



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2012

Le suicide comme langage de l'oppression

Canevascini Michela

Canevascini Michela, 2012, Le suicide comme langage de l'oppression

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive.

<http://serval.unil.ch>

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

INSTITUT DES SCIENCES SOCIALES

LE SUICIDE COMME LANGAGE DE L'OPPRESSION

ETHNOGRAPHIE D'UN SERVICE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES

THÈSE DE DOCTORAT

présentée à la Faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de Docteur ès Sciences Sociales

par

Michela Canevascini

Directeur de thèse

Professeur Ilario Rossi

Jury

Professeure Lise Demailly

Professeure Irene Maffi

Professeur Raymond Massé

LAUSANNE

2012



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences
sociales et politiques

IMPRIMATUR

Le Conseil de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, sur proposition d'un jury formé des professeurs

- Ilario ROSSI, directeur de thèse, Professeur à l'Université de Lausanne
- Irène MAFFI, Professeure à l'Université de Lausanne
- Raymond MASSE, Professeur à l'Université de Laval
- Lise DEMAILLY, Professeure à l'Université de Lille I

autorise, sans se prononcer sur les opinions de la candidate, l'impression de la thèse de Madame Michela CANEVASCINI, intitulée :

« Le suicide comme langage de l'oppression. Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques »

Lausanne, le 12 janvier 2012

Le Doyen de la Faculté

Professeur
René Knüsel

Résumé

Ce travail s'intéresse à la problématique du suicide à partir de l'émergence en Suisse, vers la fin des années '90, de la prévention du suicide comme préoccupation sociale et politique. Au début, ce sont les milieux associatifs qui ont soulevé à cette question en percevant le suicide comme le reflet d'une souffrance d'origine sociale. Par la suite, la prévention du suicide est progressivement devenue une problématique de santé publique appréhendée essentiellement sous le registre médical comme étant le symptôme d'une pathologie psychiatrique. Après une première partie consacrée aux processus sociopolitiques et aux transformations morales touchant le suicide et sa prévention, ce travail approfondit, au travers d'un terrain ethnographique, la prise en charge des personnes présentant des problématiques suicidaires au sein d'un service d'urgences psychiatriques.

Malgré une approche se voulant biopsychosociale, l'analyse des discours et des pratiques soignantes montre que la dimension sociale est largement négligée, conduisant à une médicalisation de situations de détresse qui sont principalement de nature sociale. En effet, parmi la population qui fréquente le service, on observe une surreprésentation de personnes issues des classes sociales défavorisées présentant souvent des trajectoires biographiques particulièrement difficiles. Au fil des entretiens avec les patients émerge une analyse voyant la souffrance psychique et la prise en charge psychiatrique comme étant aujourd'hui une manière d'obtenir une reconnaissance sociale et symbolique. Les problématiques suicidaires peuvent ainsi être interprétées comme une forme d'expression, un *langage* au travers duquel s'exprime la position sociale défavorisée.

En adoptant une posture militante construite à partir de la réalité ethnographique, les problématiques suicidaires sont analysées comme l'expression d'une condition d'oppression liée à un cadre social et économique de plus en plus contraignant, à des rapports de pouvoir inégaux ainsi qu'à une lecture individualisante, médicalisante et pathologisante des problèmes sociaux.

Abstract

The present thesis discusses suicide prevention in Switzerland, which emerged as a social and political issue at the end of the '90s. At first, this question was taken up by associations considering suicide as a reflection of social suffering. Thereafter, suicide prevention gradually became a public health matter conceived with a medical approach as a symptom of a psychiatric disease. The first part of this work analyzes the sociopolitical process and moral transformations concerning suicide and its prevention. The second part is based on an ethnographic fieldwork conducted in a psychiatric emergency unit that attends people who have tried to attempt their life or consider doing it. Through the analysis of discourses and practices of the medical staff, this research shows that the social aspect of suicide is widely neglected, leading to a medicalization of social problems. In fact, amongst patients attending the emergency unit, there is an over-representation of people from disadvantaged classes having very difficult life stories. Interviews with patients also revealed that psychic suffering and psychiatric treatment is nowadays a way to get social and symbolical recognition. Suicidal problems can be understood as a *language* expressing a disadvantaged social position.

By adopting a militant position constructed from the ethnographic reality, suicide is analyzed as the expression of an oppressed condition related to a more and more restricted social and economic situation, to unequal power relations as well as to an individualistic, medical and pathological interpretation of social problems.

Wanting to Die

Since you ask, most days I cannot remember.
I walk in my clothing, unmarked by that voyage.
Then the almost unnamable lust returns.

Even then I have nothing against life.
I know well the grass blades you mention,
the furniture you have placed under the sun.

But suicides have a special language.
Like carpenters they want to know *which tools*.
They never ask *why build*.

Twice I have so simply declared myself,
have possessed the enemy, eaten the enemy,
have taken on his craft, his magic.

In this way, heavy and thoughtful,
warmer than oil or water,
I have rested, drooling at the mouth-hole.

I did not think of my body at needle point.
Even the cornea and the leftover urine were gone.
Suicides have already betrayed the body.

Still-born, they don't always die,
but dazzled, they can't forget a drug so sweet
that even children would look on and smile.

To thrust all that life under your tongue!
that, all by itself, becomes a passion.
Death's a sad bone; bruised, you'd say,

and yet she waits for me, year after year,
to so delicately undo an old wound,
to empty my breath from its bad prison.

Balanced there, suicides sometimes meet,
raging at the fruit a pumped-up moon,
leaving the bread they mistook for a kiss,

leaving the page of the book carelessly open,
something unsaid, the phone off the hook
and the love whatever it was, an infection.

de Anne Sexton

poétesse américaine morte par suicide en 1974 après
plusieurs tentatives

The Complete Poems of Anne Sexton (1981)

Remerciements

Je remercie de tout mon cœur celles et ceux qui ont croisé mon chemin pendant ces longues années de vie et de thèse et qui ont nourri humainement et scientifiquement ma pensée.

Mes remerciements vont aux personnes engagées dans la prévention du suicide qui m'ont offert généreusement leur temps et leurs réflexions. Je remercie beaucoup toute l'équipe du SUC qui était présente lors de mon terrain de recherche et en particulier les responsables du service.

Ma reconnaissance va aux personnes qui ont été confrontées à des problématiques suicidaires et qui ont accepté de me raconter leur vie. J'en ai été profondément touché. Ce travail entend donner une voix à votre expérience de vie, qui est certes douloureuse mais aussi pleine de vérité et d'espoir.

Je remercie Ilario Rossi pour m'avoir donné la possibilité de réaliser cette thèse et pour l'avoir dirigée en y apportant ses interrogations et son expérience.

Merci à Irene Maffi pour ses remarques précises et précieuses en tant que membre du jury, pour ses encouragements et conseils pendant ces années de thèse... ainsi que pour son amitié !

Je remercie Lise Demailly et Raymond Massé pour leur participation au jury et pour avoir lu attentivement mon manuscrit en y apportant des remarques extrêmement pertinentes.

Les discussions partagées avec les psychiatres Friedrich Stiefel, Rafik Benharrats et Michael Saraga ont été pour moi très précieuses. Merci pour avoir accepté de prendre du temps pour répondre à mes multiples interrogations !

Merci beaucoup à Éric Volant qui, avec sa grande sagesse et son riche savoir, m'a beaucoup soutenue et encouragée pendant ces années. Nos échanges ont été très importants pour moi, je vous en suis très reconnaissante !

Je remercie de tout mon cœur Rose-Anna Foley et Josiane Mbarga, les Longues Crayons, comme on appelle au Cameroun les femmes qui ont poursuivi leurs études au delà du « socialement admis ». J'ai trouvé en vous une île précieuse d'amitié, de solidarité, de savoir et d'autoréflexivité critique. Les discussions, les rencontres et les lectures respectives ont été une source d'enrichissement intellectuel et humain sans égal. Merci !

Je tiens également à remercier les collègues assistants et doctorants qui ont croisé, pendant une période plus ou moins longue, mon chemin et avec qui l'amitié s'est très volontiers invitée au travail anthropologique. En particulier Roberta Raffaetà, Barbara Müller, Jérôme Debons, François Kaech, Anne-Christine Voeffray-Favre et Andrea Oliveira. A l'Université de Lausanne, je remercie également les autres assistants qui ont cheminé avec moi, ainsi que les secrétaires et les étudiants.

Merci beaucoup à ma famille tessinoise pour son soutien, sa chaleur et ses encouragements : mes parents Bea et Mario, ma sœur Simona, ma grand-mère Maria et mon oncle Silvio avec Sara. Un remerciement spécial va à Damiano Venturelli, mon beau-frère psychiatre, pour son écoute et sa patience à l'occasion des nombreuses discussions eues lors des repas de famille...

Toute ma famille adoptive lausannoise a également été un soutien très important me permettant de suivre mon projet malgré les moments difficiles, en particulier Corinna et Elia Martarelli, Maura Robertazzi, Daniela De Rocchi, Ivan Foletti, Bua et Olivier Ferrari, Sonia Zrelli, Nathalie Emch, Dario Bombari, Davide Picca, Francesco Giudici et bien d'autres...

Enfin un grand merci à Patrice Moix, qui a toujours cru en moi en me soutenant avec amour jusqu'au bout... et dont la parfaite maîtrise de la langue de Molière a permis une importante amélioration de ce texte.

Je remercie également la Société Académique Vaudoise, la Fondation Van Walsem et la Fondation du 450^{ème} pour leur soutien financier indispensable à la finalisation de ce travail.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
<i>Préambule.....</i>	7
INTRODUCTION	9
<i>Le suicide, sa prévention et sa prise en charge aujourd'hui.....</i>	9
<i>Socio-anthropologie du suicide et de la psychiatrie.....</i>	12
<i>Les problématiques suicidaires : un langage de l'oppression</i>	15
<i>L'oppression comme perspective d'analyse.....</i>	19
<i>De la médicalisation du suicide.....</i>	23
<i>Entre l'approche critique et la perspective interprétative</i>	25
<i>Structure du travail.....</i>	27
CHAPITRE LIMINAIRE De l'explication du suicide	31
<i>Une singulière défaite.....</i>	31
<i>Explications et méta-explications</i>	35
<i>Ce qu'expliquer veut dire.....</i>	37
<i>Suicides et tentatives de suicide</i>	39
A. Les explications profanes	41
<i>L'Europe au Moyen Age.....</i>	43
<i>Chez les Inupiat de l'Alaska</i>	44
<i>Chez les vaqueiros asturiens</i>	46
<i>Chez les jeunes femmes turques voilées</i>	47
<i>Suicide et morale</i>	50
B. Les explications psychiatriques	53
<i>Suicide et troubles psychiques</i>	53
<i>De l'étiologie aux facteurs de risque.....</i>	55
<i>Du sens psychiatrique du suicide</i>	60
C. Les explications socio-anthropologiques	63
<i>Les approches macrosociologiques.....</i>	63
Durkheim	63
Halbwachs	66
Baudelot et Establet	67
<i>Le suicide comme pathologie de l'exercice du pouvoir</i>	71
<i>La perspective compréhensive</i>	73
D. Mise en perspective de l'explication	77
<i>Sens du suicide et explications.....</i>	77
<i>Le suicide : un sujet difficile à expliquer.....</i>	81
<i>Les implicites des explications</i>	82

L'explication comme enjeu politique 84

PREMIERE PARTIE Prévenir le suicide : du processus sociopolitique aux transformations morales 87

Une transformation en marche 87

Les suicides et les tentatives de suicide en Suisse : un aperçu sociodémographique 88

1. La construction sociopolitique de la prévention du suicide en Suisse ... 95

Remarques méthodologiques..... 96

1.1. Emergence de la problématique dans l'espace public 100

Contexte international et émergence de la problématique dans le milieu médical 100

Identification du suicide comme problématique sociale et mobilisation du milieu associatif 105

Alliances transversales et émergence du suicide comme problématique de santé publique 110

Emergence de la thématique de la santé psychique au sein de la santé publique 114

Une émergence progressive et captée 116

Un changement de référentiel..... 118

1.2. Phase de lutte pour la reconnaissance 122

La publication du rapport Widmer 122

Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé 127

L'initiative « Pour la protection face à la violence des armes »..... 132

Le front médiatique 135

Le suicide assisté dans l'arène 137

Un constat d'échec au niveau national 140

1.3. Pratiques de prévention 146

L'Alliance genevoise contre la dépression 147

Le « Réseau Entraide » valaisan 149

Le « Plan de santé mentale » vaudois 152

Les congrès nationaux 156

1.4. De la médicalisation de la prévention du suicide 160

Légitimités sociales et médicales..... 160

Une pluralité régionale en dépit d'une coordination nationale..... 163

Une médicalisation complexe..... 164

2. Enjeux politiques et moraux de la prévention du suicide 171

2.1. Prévention du suicide et biopolitique 172

Faire vivre 173

Laisser mourir 175

Ne pas laisser mourir..... 177

2.2. La victime suicidaire 181

Un nouvel intolérable 181

Vers une politique de la pitié 183

De la souffrance sociale..... 186

	<i>Le suicide comme moyen de dénonciation sociale.....</i>	<i>188</i>
2.3.	Et la justice ?	192
 DEUXIEME PARTIE Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques197		
	<i>Problématiques suicidaires et prise en charge psychiatrique : une médicalisation annoncée ?.....</i>	<i>197</i>
3.	Éléments d'un terrain ethnographique	199
3.1.	Une tentative d'insertion.....	200
	<i>Un droit d'entrée.....</i>	<i>201</i>
	<i>Limitations</i>	<i>205</i>
	<i>A la recherche des patients.....</i>	<i>211</i>
	<i>Le travail sur les dossiers des patients.....</i>	<i>214</i>
	<i>Ambiguïtés de l'insertion</i>	<i>215</i>
	<i>Interférences émotives</i>	<i>217</i>
	<i>De la fermeture du milieu psychiatrique.....</i>	<i>219</i>
3.2.	De la rencontre avec les patients	222
	<i>La protection ambiguë des patients</i>	<i>223</i>
	<i>Écouter la souffrance</i>	<i>228</i>
	<i>Se distinguer du rôle de soignante.....</i>	<i>231</i>
	<i>Une rencontre de classes favorisée par le dispositif médical.....</i>	<i>238</i>
	<i>Du refus des patients</i>	<i>241</i>
	<i>L'entretien ethnographique : une mise en scène de soi.....</i>	<i>245</i>
3.3.	Un matériel ethnographique varié.....	254
	<i>Les observations au sein du SUC.....</i>	<i>254</i>
	<i>Les entretiens avec les soignants.....</i>	<i>256</i>
	<i>La consultation des dossiers des patients.....</i>	<i>258</i>
	<i>Les entretiens avec les patients</i>	<i>261</i>
 TROISIEME PARTIE Soigner des patients avec des problématiques		
	suicidaires.....	265
	<i>Structure de la troisième partie</i>	<i>265</i>
4.	Le travail des soignants	265
4.1.	Le service d'urgence et de crise	265
	<i>D'un centre de crise à l'intégration des urgences</i>	<i>266</i>
	<i>Un lieu décentré.....</i>	<i>269</i>
	<i>Enjeux de la collaboration interprofessionnelle</i>	<i>271</i>
	<i>Entre gardes et suivis.....</i>	<i>276</i>
	<i>Les urgences, le « sale boulot » de la psychiatrie ?.....</i>	<i>280</i>
4.2.	Le regard psychiatrique	285
	<i>Le suicide comme une priorité du travail des urgences</i>	<i>286</i>

De la souffrance aux idées suicidaires : l'évaluation du potentiel suicidaire.....	288
Changer les représentations autour du suicide	294
De l'exigence de poser un diagnostic.....	297
Une psychiatrie d'« accès facile ».....	305
Les problématiques suicidaires : un symptôme psychopathologique.....	308
5. Vouloir mourir.....	319
5.1. Une population défavorisée	319
Les problématiques suicidaires.....	322
Age et genre	323
Niveau scolaire atteint	324
Catégorie professionnelle	326
L'échantillon des patients interviewés.....	328
Une inégalité sociale face aux troubles psychiatriques	330
Un terrain biaisé ?	333
5.2. Trajectoires d'oppression	335
Trajectoires de vie et valorisation du « savoir des gens »	335
Arnaud : « Je suis passé par la voie bleue, sinon j'étais emmerdé avec le chômage »	337
Audrey : « Voilà quoi. L'enfance s'est un petit peu arrêtée là »	348
Aurélie : « Dès que je suis tombée malade, c'est comme si le monde vous tombe sur la tête. Comme un tremblement de terre. Après, il n'y a plus rien ».....	360
Alban : « Il y avait presque un côté 'je veux l'hospitalisation' pour pouvoir dire 'je ne vais pas bien, regardez, on me met à l'hôpital psychiatrique' ».....	367
Explications et expériences de vie.....	377
Mobbing et souffrance psychique : un lien à interroger.....	381
L'impuissance des opprimés	385
L'oppression entre condition et perception	387
S'en sortir : pouvoir individuel et pouvoir collectif.....	389
6. De la relation thérapeutique.....	395
La volonté du patient.....	396
Face à la demande de médicalisation du patient	405
Évaluer le risque	409
Trois types d'interventions relationnelles.....	411
Des interventions socialement modelées	414
Une relation sociale sous-jacente.....	419
La valorisation des suivis de crise : un effort de démedicalisation ?.....	423
CONCLUSION	429
Les inégalités sociales entre la souffrance psychique et les mouvements collectifs.....	429
De la prévention du suicide à la prise en charge psychiatrique.....	430
Le suicide au croisement d'une approche critique et interprétative.....	431
Le suicide au SUC : une perspective d'analyse ethnographique	433
Les patients face aux problématiques suicidaires et à la psychiatrie	434
Oppression et médicalisation	436
Performativité et changement social	437
Limites et perspectives	440

BIBLIOGRAPHIE443

ANNEXE Développement de la prévention du suicide en Suisse : les informateurs.....463

Préambule

A l'origine de cette thèse sur les problématiques suicidaires se trouve un séjour au Mexique effectué en 2004. Voyageant pour la première fois dans un pays extra-européen, j'avais longtemps discuté avec des amis mexicains au sujet du rapport et des différences entre les pays du Nord et ceux du Sud. Fiers de la richesse culturelle et sociale de leurs pays et refusant de considérer le développement économique des pays occidentaux comme un exemple à suivre au niveau international, ils arrivèrent à aborder la question du suicide. Un jeune me dit : « Il y a en effet chez nous des enfants qui font la manche dans les rues, des indigènes qui sont fortement discriminés, beaucoup de criminalité... mais en Suisse, vous avez un des taux de suicide les plus élevés au monde ! Ca veut bien dire que vous n'êtes pas si bien là-bas... Vous êtes peut-être riches, mais déprimés ! ».

Le suicide était ainsi vu comme étant le revers de la médaille de la richesse économique des sociétés occidentales, révélant leurs faiblesses et délégitimant en partie leur rôle en tant que pays phares dans le développement économique et social mondial. Les taux de suicide élevés reflèteraient ainsi l'incapacité des pays occidentaux à offrir une vie heureuse à leurs citoyens, et ceci malgré leur richesse¹. Le rapprochement entre le suisse riche et triste et le mexicain pauvre et heureux devenait ainsi le signe d'une sorte de justice dans l'injustice.

Rentrée en Suisse, ces discussions continuèrent de m'interroger : effectivement, comment se faisait-il que l'on ait des taux de suicide si élevés, malgré le bien-être matériel dont on dispose et l'existence d'un état social assez développé ? La richesse économique rend-elle malheureux ? L'individualisation croissante des sociétés occidentales se construit-elle en dépit du bonheur de ses membres ?

Je commençai ainsi à m'intéresser à cette problématique, mais les réponses que je trouvais ne me satisfaisaient guère. Les écrits sur la question avaient principalement une orientation « psy », réduisant le suicide au reflet d'une pathologie psychique. Du côté des sciences sociales, il semblait qu'après le travail de Durkheim, le sujet du suicide ait été quelque peu délaissé, laissant largement la place aux explications psychiatriques. Est-ce que les sciences sociales étaient incapables d'apporter des éléments interprétatifs intéressants à la compréhension de ce phénomène ? Est-ce que le suicide devait effectivement être

¹ On retrouve ici l'idée développée par Durkheim (2007 [1897]) selon qui « la misère protège ». Ceci était en effet le cas en France à la fin du 19^e siècle, où les taux de suicide étaient plus élevés dans les classes sociales plus aisées. Aujourd'hui, la situation est plus complexe, comme on le verra au chapitre liminaire. Si de manière générale les taux de suicide sont plus élevés dans les pays riches, ce sont les classes sociales les plus pauvres qui sont le plus touchées.

appréhendé comme une question purement individuelle et psychologique ? De plus, dans les médias, la problématique du suicide prenait davantage d'importance, avec une visibilité croissante de certaines associations de prévention du suicide et la publication, de la part de l'Office fédéral de la santé publique, d'un rapport sur le suicide et la prévention du suicide en Suisse (OFSP, 2005). Le sujet devenait progressivement une question d'intérêt public.

C'est donc confrontée à cette problématique de plus en plus présente et à des questionnements dont les réponses restaient très opaques que je choisis d'en faire une thèse de doctorat en anthropologie de la santé.

INTRODUCTION

Le suicide, sa prévention et sa prise en charge aujourd'hui

La Suisse présente un des taux de suicide les plus élevés au monde². Toutefois, les statistiques ne suffisent pas à expliquer pourquoi, vers la fin des années '90, alors que les taux de suicide diminuaient progressivement, cette question est devenue, au sein de l'espace publique suisse, une véritable problématique sociale et politique. Des associations de prévention du suicide se créent, des journées d'études s'organisent et, au niveau parlementaire, des initiatives et des postulats autour de cette thématique se multiplient. Ces changements reflètent une sensibilité nouvelle face à la souffrance, à la mort et au suicide. Ce qui autrefois relevait du silence, de l'intime et du privé devient progressivement une problématique publique qu'il s'agit de gérer collectivement. Dans l'appréhension du suicide, le registre compassionnel³ acquiert une plus grande légitimité face à la condamnation morale et à l'indifférence dont il faisait l'objet auparavant. Devenu un intolérable contemporain (Fassin et Bourdelais, 2005), le suicide ne peut aujourd'hui plus être compris séparément des initiatives qui se développent, à partir des années '50 aux États-Unis et des années '80 en Europe, autour de la « prévention du suicide ». C'est en effet sous le prisme de la prévention que le suicide est quasi exclusivement appréhendé aujourd'hui.

Ce travail s'est ainsi construit de manière inductive à partir de la problématique générale du suicide et de sa prévention. Quels sont les pratiques et les discours qui se développent autour de cette thématique ? Quels sont les enjeux sous-jacents ? Qui sont les acteurs présents ou absents dans ce domaine ? Suivant ces questionnements, la recherche s'est développée et les différents terrains de recherche ont été progressivement investis. Dans un premier temps, je me suis intéressée à l'émergence de la problématique du suicide et de sa prévention au niveau social, politique et médiatique en Suisse. Comment cette thématique est-elle apparue et comment s'est-elle développée ? Qui sont les acteurs qui ont participé à son émergence ? Quels sont les discours et les pratiques qui ont été mis en

² Suivant les statistiques de l'OMS, la Suisse présentait, en 2007, un taux de suicide de 18/100'000. En Europe occidentale, ce taux est l'un des plus élevés avec la Belgique (18.2) et la Finlande (18.8). Au niveau international, les pays qui présentent les plus hauts taux de suicide sont les pays de l'ex-bloc soviétique, comme la Fédération de Russie (30.1), la Hongrie (24.7) et l'Ukraine (22.6), ainsi que le Japon (24.0). Pour des données sociodémographiques plus précises se référer au sous-chapitre *Les suicides et les tentatives de suicide en Suisse : un aperçu sociodémographique*, au début de la Première partie du travail.

³ Plusieurs auteurs se sont intéressés ces dernières années à la manière dont le sentiment de compassion (au sens d'éprouver une proximité émotive face à la souffrance d'autrui) gouverne aujourd'hui le milieu des politiques de santé (Fassin, 2002b; Richard, 2006; Revault d'Allonnes, 2008).

place ? Cette question a été abordée sous l'angle de l'émergence d'un « problème social » (Lenoir, 1996), en étudiant les transformations morales, politiques et sociales sous-jacentes. Au cours du terrain, une question est apparue comme essentielle : la place prédominante occupée par le savoir et les pratiques psychiatriques. Si la prévention du suicide a émergé au sein du débat public comme une problématique avant tout d'ordre social, la lecture psychiatrique s'est progressivement imposée comme une référence centrale. Dans la suite de la recherche, la nécessité d'approfondir les savoirs et les pratiques psychiatriques dans le domaine du suicide et de sa prévention s'est donc révélée évidente. Il est en effet facile, à partir du regard extérieur attentif aux transformations de la prévention du suicide, de pointer du doigt la psychiatrie, qui « médicalise le suicide » et « pathologise » les questions sociales et existentielles sous-jacentes aux problématiques suicidaires. Dans la volonté de dépasser cette lecture simpliste et d'approfondir la complexité du savoir et des pratiques psychiatriques dans ce domaine, j'ai donc décidé de poursuivre la recherche au sein d'un service psychiatrique. Ce choix se justifiait également par le fait que dans le canton de Vaud (là où je réalisais principalement mon enquête ethnographique), la Santé Publique cantonale avait mandaté les services psychiatriques afin de mettre en place un programme de prévention du suicide. De plus, un des axes principaux de ce programme était celui de mieux prendre en charge au niveau psychiatrique les personnes ayant des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide⁴. J'ai donc décidé d'effectuer le terrain ethnographique dans un service psychiatrique d'urgences et de crise (SUC). Ce service, situé au sein d'un hôpital général, fonctionnait de manière indépendante par rapport aux urgences somatiques, tout en intervenant dans certaines situations (comme chez les personnes présentant des séquelles somatiques suite à une tentative de suicide). Les soignants du service géraient les situations d'urgence (en s'occupant également des hospitalisations en psychiatrie) et pouvaient également réaliser de courtes prises en charge pendant les périodes de crise. Qu'est-ce que les soignants en psychiatrie font concrètement lorsqu'ils sont confrontés à des personnes ayant fait une tentative de suicide ou qui expriment des idées suicidaires ? Comment essaient-ils d'éviter que ces personnes se suicident ? Quels sont les discours et les pratiques qui sont déployés face à ces problématiques ? Le choix d'effectuer le terrain ethnographique dans un service d'urgence et de crise répondait à la volonté d'analyser le moment dans lequel les problématiques suicidaires se retrouvent au centre de la prise en

⁴ Dans ce travail, j'ai évité d'utiliser le terme d'individus « suicidaires » pour désigner les patients confrontés à des idées ou des comportements suicidaires. Il s'agit en effet d'une terminologie très connotée d'un point de vue psychiatrique et qui réduit la complexité du vécu de la personne et de son expérience à cet aspect particulier.

charge et des décisions des soignants. C'est en effet à ce moment-là que la question du suicide est la plus présente au niveau du travail psychiatrique (elle s'estompe en effet progressivement au cours de la prise en charge). Cette question faisait d'ailleurs l'objet d'une attention particulière au sein du SUC et pouvait motiver, dans certains cas, l'hospitalisation d'office, pratique controversée mais emblématique du pouvoir que peut exercer la psychiatrie sur la liberté des patients.

L'idée d'étudier de près la psychiatrie correspond ainsi au choix de s'intéresser au pivot de la prévention du suicide telle qu'elle se déploie aujourd'hui. Il s'agit de s'intéresser au centre et non à la périphérie, en suivant plutôt ce qui est le plus légitime et visible, et non aux pratiques invisibles et marginales. La recherche aurait en effet très bien pu s'intéresser à des groupes d'entraide, à des formes de soutien spirituel ou à d'autres lieux, personnes ou services qui font, concrètement, de la prévention du suicide sans nécessairement s'en revendiquer⁵. C'est donc à partir des pratiques et des savoirs dominants que j'ai choisi d'aborder cette question.

S'intéresser à la prise en charge psychiatrique a ainsi ouvert la recherche à une population particulière : celle des personnes ayant des idées ou des comportements suicidaires et qui se réfèrent (ou qui sont référées) pour cette raison aux services psychiatriques. Qui sont ces personnes ? Quelle est leur trajectoire de vie ? Qu'est-ce que leurs problèmes révèlent ? Comment interprètent-elles leur situation de vie ? Quel est leur rapport avec le monde psychiatrique ? Comment sont-elles sorties ou pas de leurs problématiques suicidaires ? Il s'agit ainsi de donner la parole aux personnes qui sont directement visées par la prévention du suicide au niveau de l'intervention psychiatrique. Cette perspective permet ainsi de considérer la psychiatrie comme un espace relationnel où se croisent postures, intérêts et enjeux divergents. Dans un espace social, politique et scientifique où les discours experts occupent une place prédominante et où les personnes directement concernées sont totalement absentes, cette recherche entend ainsi donner un espace de légitimité à l'expérience de vie des personnes qui pensent au suicide ou qui tentent de le réaliser.

Cette thèse se construit autour de la gestion des situations suicidaires à partir de la problématique de la prévention du suicide. Bien que ces deux thématiques relèvent de prime abord de domaines distincts, le propre de cette thèse est justement celui de mettre

⁵ Quelques entretiens ont été effectués avec des personnes actives dans des organisations ou associations qui s'occupent de personnes en détresse et qui sont parfois confrontées à des situations d'idées ou à des comportements suicidaires. Toutefois, du fait que la problématique suicidaire n'apparaissait que de manière marginale, j'ai choisi de ne pas approfondir davantage le travail effectué dans ces lieux.

en évidence comment, à partir d'un point de vue inductif, ces deux domaines sont intimement liés. En effet, très souvent, lorsqu'on entend parler dans le contexte suisse de prévention du suicide, c'est en réalité de la prise en charge des personnes en difficultés suicidaires qu'il s'agit, tant au niveau des politiques de santé que de la prise en charge psychiatrique. Mais la prise en charge psychiatrique des problématiques suicidaires a justement comme but d'éviter que les personnes fassent ou refassent une tentative de suicide pouvant avoir une issue fatale. Il s'agit ainsi d'une des formes que peut prendre la prévention du suicide. Il est probable que l'utilisation de la terminologie « prévention du suicide » soit utilisée en psychiatrie afin d'acquérir davantage de légitimité et de jouer un rôle déterminant dans le domaine des politiques publiques. Si cette thèse s'intéresse ainsi prioritairement à la prise en charge des personnes ayant des problématiques suicidaires au sein d'un service d'urgences psychiatriques, l'éclairage se fait à partir d'une terminologie endogène s'appuyant sur la prévention du suicide⁶.

Socio-anthropologie du suicide et de la psychiatrie

Ce travail se situe au carrefour de plusieurs champs de recherche en socio-anthropologie, soit l'explication du fait suicidaire, le développement des politiques sociales, l'analyse des pratiques et des discours psychiatriques et les recherches s'intéressant à la santé mentale de manière plus générale.

Dans l'histoire de la sociologie, l'étude du suicide en tant que fait social occupe une place déterminante. En effet, Durkheim (2007 [1897]) avait fait du suicide le sujet fondateur de la sociologie moderne, en démontrant comment ses taux variaient en fonction de certains déterminants sociaux et culturels. Toutefois, malgré la richesse extraordinaire de son étude, Durkheim ne réussit pas à résoudre le problème du passage entre le niveau macrosociologique et le niveau micro, entre l'explication des taux de suicide et l'explication des cas individuels. Les auteurs qui ont poursuivi ses recherches, comme Halbwachs (2002 [1930]), ont essayé d'avancer des analyses permettant de relier les deux niveaux, sans nécessairement pouvoir y répondre de manière complète. D'autres recherches se sont par ailleurs développées à partir d'une perspective compréhensive en essayant d'étudier les cas des suicides individuels, souvent dans le but d'établir des typologies (e.g. Douglas, 1973

⁶ Il faut donc distinguer le débat concernant la pertinence de parler de prévention du suicide dans le domaine de la prise en charge psychiatrique en tant que réflexion théorique (qui sera abordé au chapitre 1.4 dans le sous-chapitre *Légitimités sociales et médicales*) et le mélange qui est fait entre ces deux thématiques au sein des « discours endogènes » qui sont considérés, dans une approche ethnographique, comme étant pertinents en soi.

[1967]; Baechler, 2009 [1975]). Toutefois, l'éclairage de la dimension individuelle s'est fait au détriment d'une compréhension plus profonde permettant de saisir comment des dynamiques globales se reflètent dans les situations particulières. Giddens (1966) a essayé de développer une théorie permettant de relier ces deux niveaux au travers de l'analyse du rapport entre pouvoir individuel et pouvoir social. Côté (2006) a plus récemment repris cette réflexion et parle du suicide comme d'une « pathologie de l'exercice du pouvoir ». Cette question reste toutefois relativement peu développée et les écrits récents parus sur le suicide reflètent toujours la difficulté à établir un lien entre les suicides particuliers et les facteurs macrosociologiques (comme Baudelot et Establet, 2006 ou le débat emblématique qui sera analysé au chapitre liminaire entre Macdonald et Rozenberg). Ce travail se situe ainsi clairement dans une volonté de poursuivre les réflexions de Giddens et de Côté afin de proposer une analyse pouvant expliquer tant les valeurs statistiques que les histoires de vie individuelles.

Etudier l'émergence de la prévention du suicide en Suisse signifie également s'immerger dans une littérature portant sur le développement des politiques publiques. Son intérêt principal est celui d'éclairer la dimension locale de cette problématique, en analysant les particularités du contexte suisse. Alors qu'en France le développement de la prévention du suicide a déjà été analysé par plusieurs auteurs (e.g. Debout, 2002; Batt-Moillo et Jourdain, 2005; Campéon, 2005; Lustman, 2008), cette thématique reste inexplorée en Suisse en raison, entre autre, de son caractère relativement récent. L'analyse du développement de la prévention du suicide devient également un prisme pour analyser le champ des politiques sociales, les rapports complexes entre les mouvements sociaux et les instances parlementaires, le rapport entre cantons et Confédération et les enjeux moraux, identitaires et économiques qui sous-tendent tant les politiques sociales que la thématique du suicide en particulier. Cette étude se situe ainsi dans le cadre des recherches s'intéressant, dans une perspective similaire, au développement d'autres types de politiques sociales comme la prévention du sida ou de la consommation de stupéfiants (e.g. Cattacin et Lucas, 1999). De plus, l'analyse du développement de la prévention du suicide dans le contexte suisse croise également la question du suicide assisté, pratiqué légalement en Suisse et faisant l'objet de nombreuses controverses.

La présente recherche fait en outre partie des études ethnographiques portant sur la psychiatrie. Plusieurs recherches se sont penchées sur la réalité de l'hôpital psychiatrique. On peut citer, dans une perspective interactionniste, *Asiles* de Goffman (1968) et *La trame de la négociation* de Strauss (1992). S'intéressant plus particulièrement à la schizophrénie,

Barrett (1998) a également réalisé une enquête ethnographique dans un hôpital psychiatrique, bénéficiant de son double statut de psychiatre et d'anthropologue. Lors des dernières décennies, les transformations du travail psychiatrique ont progressivement amené à un renforcement des services ambulatoires. Les recherches ethnographiques se sont donc intéressées à ces nouvelles formes institutionnelles. Estroff (1998) a par exemple effectué son terrain de recherche auprès de patients d'un service psychiatrique ouvert aux États-Unis. Plus récemment, Velpry (2008a) s'est intéressée à un service psychiatrique « de secteur » en France.

Toutefois, on dénombre très peu d'études qui se sont penchées sur les services psychiatriques d'urgence. Il y a par exemple Rhodes (1995) qui a réalisé une enquête ethnographique dans un service d'urgences psychiatriques aux États-Unis. Il s'agissait toutefois d'un service très différent de celui du SUC car il comprenait une unité de lits. Les analyses de Rhodes se sont d'ailleurs principalement axées sur la gestion des places de lit, d'où le titre *Emptying Beds*. Très récemment, Thomas a réalisé une thèse de doctorat en sciences de la communication à partir d'un terrain ethnographique au sein d'un service d'urgences de Lyon (regroupant tant les urgences somatiques que psychiatriques), où une attention particulière a été portée aux situations d'urgence psychiatriques (Thomas J., 2010).

L'absence de recherches portant sur des services similaires au SUC est liée à sa configuration particulière, qui apparaît comme relativement rare dans le panorama des services psychiatriques tant dans le monde francophone qu'anglophone. La plupart des fois, les urgences psychiatriques et somatiques convergent dans un même service, qui oriente successivement les patients en fonction des problématiques spécifiques. Dans d'autres contextes, les urgences psychiatriques se trouvent directement au sein de l'hôpital psychiatrique, ayant ainsi peu ou pas de liens avec les urgences somatiques. Concernant les prises en charge de courte durée (appelés au SUC les *suivis de crise*), des centres s'intéressant plus spécifiquement à ce type de prise en charge se sont développés dans les dernières années, mais ceux-ci sont la plupart des fois intégrés soit à l'hôpital psychiatrique, soit à des services psychiatriques ambulatoires. L'intérêt de la présente recherche réside également dans la particularité de se pencher sur un service situé au sein d'un hôpital somatique, s'occupant conjointement des urgences psychiatriques et des suivis de crise.

En ce qui concerne la problématique du suicide en psychiatrie, peu d'études s'y sont intéressées dans une perspective socio-anthropologique. On peut citer en ce sens Kitanaka

(2008) qui a approfondi les discours et les pratiques liés à la prise en charge des problématiques suicidaires au sein d'un hôpital psychiatrique japonais. Son analyse porte plus particulièrement sur la médicalisation du suicide au Japon (qui présente un des taux de suicide les plus élevés au monde) au travers de l'analyse de l'interaction entre les représentations du suicide propres à la société japonaise et la lecture psychopathologique.

Dans ce travail, la question du suicide et de sa prévention devient ainsi un moyen pour interroger les transformations du monde psychiatrique d'aujourd'hui. Cette thématique soulève en effet des éléments centraux relatifs aux dimensions morales et identitaires de la psychiatrie contemporaine. En ce sens, les écrits critiques de Foucault (1961; 2003) autour du pouvoir psychiatrique sont d'un intérêt certain, notamment pour penser le rapport entre le pouvoir (et savoir) expert et profane dans la gestion de la souffrance psychique et des problématiques suicidaires. D'un côté, cela soulève la problématique du pouvoir psychiatrique face à la tension existante entre la volonté du patient de se suicider et la responsabilité du soignant de protéger sa vie. De l'autre, la psychiatrie a énormément changé par rapport à l'époque de Foucault et son évolution a partiellement intégré certaines de ses réflexions critiques. Le respect de la volonté et de l'autonomie du patient fait aujourd'hui partie des valeurs morales et identitaires auxquelles la psychiatrie se rattache. Toutefois, un décalage important existe entre les discours et la pratique, décalage qu'il s'agira d'interroger au travers des différents éléments issus du terrain ethnographique.

Les problématiques suicidaires : un langage de l'oppression

Ce travail est enfin traversé par la question de la « santé mentale » et de son appréhension d'un point de vue socio-anthropologique. Il s'agit ici de préciser l'utilisation de certains termes qui peuvent prêter à confusion. Suivant les champs auxquels on s'intéresse (que ça soit en sociologie, en anthropologie, en psychiatrie, ou au niveau de la santé publique) mais aussi en fonction du lieu ou de l'époque en question, les termes utilisés et leur définition varient sensiblement. Santé mentale, santé psychique, troubles mentaux, maladie mentale, souffrance sociale, souffrance psychique, folie, aliénation, détresse... autant de termes dont la définition n'est pas toujours communément partagée, créant parfois des malentendus et des incompréhensions. A partir d'une approche inductive, ma première exigence dans ce travail a été celle d'utiliser les termes tels que les acteurs sociaux les utilisent. En m'intéressant à la santé publique suisse, j'ai repris le terme de *santé psychique* (qui est utilisé dans les documents officiels suisses), alors que le milieu français parle de *santé mentale* pour désigner le même domaine. En psychiatrie, les terminologies ont également

évolué en fonction des époques et de l'appréhension du fait psychique et de la pathologie. Alors qu'au 19^e siècle on parlait d'*aliénation* pour désigner la pathologie psychiatrique, ce terme a été remplacé par celui de *maladie mentale* au cours du 20^e siècle. Lié à un élargissement de la notion de pathologie à des problématiques plus légères et à une vision moins figée de celle-ci, le terme de *trouble mental* communément utilisé aujourd'hui en psychiatrie se développe à partir de la deuxième moitié du 20^e siècle. En m'intéressant aux discours et aux savoirs psychiatriques contemporains, c'est donc ce terme que j'ai principalement employé. Toutefois, cette recherche ne propose pas uniquement un discours *sur* le travail psychiatrique mais donne également une lecture socio-anthropologique des problématiques auxquelles les patients du service psychiatrique étudié sont confrontés. On remarque ici comment les terminologies représentent un « terrain miné » : les problématiques suicidaires qui constituent la porte d'entrée de mon terrain reflètent-elles dans une appréhension socio-anthropologique des troubles psychiques, une souffrance sociale, une détresse existentielle ou des difficultés sociales ? Chaque terme implique une interprétation particulière des problématiques étudiées. Dans l'analyse des entretiens avec les personnes confrontées à ces problèmes, j'ai privilégié leur propre terminologie et lecture de la situation. A partir de mon propre discours, les termes ont été utilisés en fonction de l'aspect que j'entendais mettre en évidence, ne me laissant toutefois pas enfermer dans une utilisation terminologique trop rigide.

Les problématiques suicidaires rencontrées parmi les patients du SUC peuvent en effet donner lieu à des lectures différentes. Au plus près de l'interprétation psychiatrique, on peut y voir des troubles psychiques (présentant une symptomatologie principalement de type anxio-dépressive). En s'y éloignant progressivement, on y lit une souffrance psychique, une détresse ou encore, et c'est principalement mon point de vue, l'expression de difficultés sociales (le chômage, les problèmes au travail, les séparations de couple, les deuils, les problèmes de logement, de permis de séjour, etc.). Certes, les difficultés de la vie ont toujours existé mais leur lecture et leur manière de s'exprimer chez les individus changent à travers les époques et les lieux. On peut penser qu'ailleurs (au sens géographique et temporel du terme) l'engagement politique, les croyances religieuses, la recherche spirituelle ou philosophique, voire l'expression artistique, constituent des *langages* légitimes permettant d'exprimer et de donner un sens à ces difficultés. Cela n'est pas le cas dans les pays occidentaux contemporains où c'est le langage de la souffrance psychique qui est devenu le moyen d'expression prédominant et légitime. Dans cette approche, les difficultés de la vie (qui peuvent être sociales, culturelles, économiques et/ou

personnelles) s'incarnent dans l'expérience de la souffrance psychique qui se caractérise principalement aujourd'hui, suivant la lecture psychiatrique, par des troubles de type anxio-dépressifs (troubles de l'adaptation, anxiété, dépression) accompagnées souvent d'idées ou de comportements suicidaires. D'ailleurs, la prévalence de cette symptomatologie est en constante augmentation dans les pays occidentaux, semblant confirmer le fait qu'il s'agit d'un moyen d'expression de plus en plus légitime et reconnu socialement. Je m'insère en ce sens dans les réflexions d'Ehrenberg qui parle d'un changement du statut social de la souffrance, relevant aujourd'hui d'une « attitude sociale générale », « d'une atmosphère », « d'un état d'esprit » (Ehrenberg, 2010: 16). Le développement du langage de la souffrance est lié aux transformations morales impliquant l'expansion des valeurs individualistes et d'autonomie, ainsi que le développement des valeurs compassionnelles (qui se fait parallèlement à l'affaiblissement des valeurs de justice).

La lecture de ces problématiques en termes de difficulté, de détresse, de souffrance ou de trouble sont donc toutes valables mais expriment un niveau d'analyse différent. Appréhender ces questions comme le reflet d'un trouble revient à les considérer uniquement dans leur dimension individuelle et psychopathologique. Il s'agit d'ailleurs de la posture prédominante adoptée par le service psychiatrique étudié. En sciences sociales, on assiste depuis quelques années au développement d'écrits qui parlent de souffrance sociale (e.g. Kleinman et al., 1997; Jacques, 2004). Se revendiquant d'une perspective critique, ils opèrent un premier éloignement vis-à-vis de la lecture psychiatrique : ces problématiques exprimeraient une souffrance ayant son origine dans les conditions sociales, économiques, culturelles ou politiques dans lesquelles vit l'individu. Toutefois, l'éloignement n'est que partiel car on reste au niveau de la terminologie de la *souffrance*, qui exprime un état psychologique individuel⁷. De plus, la souffrance est considérée comme « le » résultat direct des conditions sociales et non pas « un certain résultat », caractéristique de l'époque contemporaine. Le pouvoir critique de ces discours se base d'ailleurs sur l'idée que les conditions sociales difficiles produisent inéluctablement une souffrance psychique. Mettre en évidence le caractère construit de cette association risquerait ainsi d'affaiblir le pouvoir dénonciateur de ce discours⁸. Enfin, les écrits parlant plus spécifiquement de détresse (Gratton, 1999; Massé, 2008) se révèlent être assez

⁷ Une critique plus approfondie de la « souffrance sociale » se trouve au chapitre 2.2 (sous-chapitre *De la souffrance sociale*).

⁸ En effet, souligner le caractère contextuel de l'émergence de la souffrance pourrait compromettre sa crédibilité et son lien avec les conditions sociales sous-jacentes. Ceci renvoie la question de l'intentionnalité qui, dans la problématique de l'incorporation, reste parfois difficile à comprendre.

proches de ceux concernant la souffrance sociale, bien que le terme de détresse souligne moins l'état psychologique que les conditions politiques et sociales difficiles sous-jacentes⁹.

Ces différentes manières d'interpréter ces problématiques ont également une valeur performative importante (Thomas H., 2010). Parler de troubles ou de souffrance revient à légitimer cette lecture et renforcer cette forme d'expression. Par exemple, plus on souligne la manière dont les conditions de travail actuelles induisent une souffrance¹⁰, plus les travailleurs vont exprimer les difficultés rencontrées au travail par le biais de la souffrance psychique¹¹. On pourrait toutefois relativiser cette analyse critique. En effet, l'expression des difficultés de la vie par le biais du langage de la souffrance ne se traduit pas forcément par une médicalisation de la prise en charge de ces situations. Au contraire, la mise en évidence de ces situations de souffrance peut devenir un moyen pour dénoncer des conditions de travail difficiles et de moins en moins sensibles à la dimension humaine (c'est d'ailleurs l'intention des écrits sur la souffrance sociale). Toutefois, dans la réalité, on constate plutôt que les discours traduisant la souffrance en termes d'injustice sociale n'occupent qu'une place marginale dans l'espace social (ils sont surtout présents au niveau des discours, mais peu dans la pratique). L'espace est plutôt dominé par la lecture et les pratiques psychiatriques qui interprètent ces problématiques en termes psychopathologiques. C'est notamment cette perspective qui est utilisée au sein du service psychiatrique étudié.

Comment dès lors parler de ces situations en évitant de renforcer le langage de la souffrance et des problématiques suicidaires ? Au fur et à mesure de ce travail, j'en suis progressivement arrivée à adopter une perspective en termes d'inégalité sociale de la santé et d'oppression. En effet, le terrain de recherche au SUC a permis de mettre clairement en évidence comment les classes sociales défavorisées étaient les plus touchées par ces problématiques¹². Ces différences se confirment d'ailleurs au niveau de la littérature, où les

⁹ Dans la littérature socio-anthropologique, les troubles psychiques, la souffrance sociale et la détresse ne désignent pas tous la même réalité. La souffrance sociale désigne des problématiques qui dépassent les troubles psychiques, tout comme la détresse indique une réalité plus vaste que celle de la souffrance. Toutefois, ces différents regards peuvent tous se poser sur les problématiques suicidaires qui se trouvent au centre de mon terrain ethnographique.

¹⁰ Ces conditions sont à l'origine de nombreux suicides, notamment en France avec les suicides très médiatisés survenus dans de grandes entreprises telles que Telecom ou Renault.

¹¹ Cette performativité n'est pas intentionnelle mais relève d'une dynamique socioculturelle qui dépasse le plus souvent la dimension consciente des individus.

¹² Comme je le développerai plus en avant dans le texte, cette prévalence est en partie liée au fait que les classes défavorisées fréquentent plus facilement des services d'urgence comme le SUC, alors que les classes supérieures vont plus facilement dans des cliniques privées ou chez des psychiatres exerçant en cabinet. Au delà de ce biais initial, la surreprésentation des personnes appartenant aux classes défavorisées est une réalité

taux de suicide (Bourgoin, 1999; Baudelot et Establet, 2006b) et la prévalence de troubles psychiques (Demailly, 2011) varient sensiblement en fonction de la classe sociale. Ce lien est certes complexe (quelle est la cause, quel est l'effet ?) mais, par le biais du terrain ethnographique et notamment grâce aux entretiens avec les patients, on peut voir comment l'appartenance à une classe sociale défavorisée implique des ressources sociales, économiques, intellectuelles et culturelles davantage limitées pouvant amener, dans le contexte actuel, à des difficultés psychiques plus fréquentes et graves, induisant de facto une médicalisation plus grande.

Je considère donc que ces problématiques reflètent des difficultés sociales, politiques et économiques intimement liées à la condition d'oppression occupée par les acteurs sociaux. Par ce biais, il s'agit de mettre l'accent sur l'existence d'un système social et politique qui accorde une place économique, politique, culturelle et symbolique inégale aux différentes classes sociales. Aujourd'hui, les problématiques suicidaires et la souffrance psychique deviennent un canal légitime pour exprimer cette condition d'oppression. Elles se révèlent être conformes à l'« expression obligatoire des sentiments » (Mauss, 1921) propre à l'époque contemporaine qui préfère au langage politique celui qui relève du psychologique et de la souffrance. Ces formes d'expression donnent d'ailleurs accès à une certaine reconnaissance sociale et morale (surtout de type compassionnel et psychiatrique). Mettre l'accent sur la dimension de l'oppression, c'est ainsi vouloir, par la performativité de mon discours, politiser tant la question des rapports entre classes sociales que celle de la souffrance psychique et des problématiques suicidaires. Loin d'être uniquement l'expression d'une trajectoire psychologique et individuelle, ces questions expriment également une condition et une position sociale particulière. Cette recherche n'entend pas forcément questionner la condition d'oppression en elle-même, mais plutôt son expression par le biais des problématiques suicidaires et de la souffrance psychique, ainsi que sa lecture et sa prise en charge psychiatrique, autrement dit sa médicalisation.

L'oppression comme perspective d'analyse

J'ai choisi d'employer la notion d'*oppression*, et cela déjà dans le titre, car elle est particulièrement intéressante afin d'analyser dans une perspective politique l'inégalité sociale face à la souffrance psychique et aux idées et aux comportements suicidaires. A l'origine, l'utilisation de cette notion est due à Paulo Freire, pédagogue militant brésilien

qui s'explique d'un point de vue interprétatif et se confirme au niveau quantitatif dans d'autres études. Pour un approfondissement de cette question voir le sous-chapitre *Un terrain biaisé ?* au chapitre 5.1.

qui théorisa la *Pédagogie des opprimés* (Freire, 1980) qui est une sorte de manifeste pour la « libération » des populations dominées. Son œuvre est marquée par l'idée (inspirée par les théories marxistes) que la société est régie par des rapports de domination entre oppresseurs et opprimés qu'il faut essayer de subvertir par une pédagogie de la libération. Celle-ci passe par la prise de conscience de la condition d'oppression et par le développement d'outils, de connaissances et de compétences permettant à ces populations de s'engager politiquement et socialement. Aujourd'hui, cette notion se retrouve principalement dans le cadre des études de genre, mais elle est curieusement absente des écrits qui concernent la santé mentale et le suicide¹³. Frye, philosophe féministe américaine, définit ainsi l'expérience des opprimés : « The experience of oppressed people is that the living of one's life is confined and shaped by forces and barriers which are not accidental or occasional and hence avoidable, but are systematically related to each other in such a way as to catch one between and among them and restrict or penalize motion in any direction » (Frye, 1983). L'opprimé dispose ainsi d'une capacité d'action et d'expression limitée. L'expression de la souffrance semble être un langage relatant la condition des opprimés, car elle se révèle être aujourd'hui un des seuls moyens d'expression considéré comme légitime et permettant d'obtenir une reconnaissance sociale et morale. Si le langage politique pouvait autrefois constituer une manière d'exprimer une condition de classe, ce paradigme est aujourd'hui largement invalidé. Cela contribue finalement à renforcer l'oppression, car, comme le dit Freire, il n'y a pas d'oppression plus complète que lorsque ces rapports de domination sont niés.

Toutefois, contrairement à ces auteurs qui théorisent l'existence d'opprimés et d'opresseurs (les classes dominantes chez Freire ou les hommes chez Frye) contre lesquels il faut lutter (dans une perspective marxiste des luttes de classe), je considère que ce cadre interprétatif ne s'adapte pas au contexte contemporain. En particulier, le fait de considérer les classes supérieures comme étant, en tant qu'opresseurs, les responsables de la condition d'oppression des classes défavorisées n'est à mon avis pas pertinent, tant d'un point de vue analytique que dans une perspective d'action politique.

Je conçois plutôt qu'il s'agit du système social, économique et politique qui opprime les individus par le biais du travail, de la compétition, de l'exploitation, de la consommation,

¹³ Coupechoux, journaliste français, dans son ouvrage *La déprime des opprimés* (2009) est le seul à mettre explicitement en lien le concept d'oppression avec celui de santé psychique. La notion d'oppression est toutefois utilisée sans faire l'objet d'une définition et d'une discussion approfondie.

mais également de l'individualisme¹⁴. L'oppression s'exerce davantage sur les classes défavorisées, mais semble s'étendre de plus en plus aux classes dominantes. Classes supérieures et classes défavorisées font partie de ce système oppressant et participent à le reproduire, mais peuvent aussi contribuer à le combattre. Je refuse ainsi de voir dans les classes aisées l'« ennemi à combattre », tout comme je ne considère pas les opprimés nécessairement comme des « victimes à sauver ». Ainsi, l'emploi de la notion d'oppression entend mettre le doigt sur un certain système opprimant dans une perspective où finalement tout le monde peut être perçu comme étant opprimé par le système, même s'il y occupe une position plus privilégiée. Un exemple est celui de l'introduction de nouvelles politiques managériales néolibérales où les cadres des entreprises doivent mettre en place des mesures déshumanisantes (manipulations et humiliations envers les subalternes) en jouant pour ainsi dire le rôle de l'opresseur. Malgré le pouvoir social et économique dont ils disposent ainsi que l'emprise qu'ils exercent sur leurs subordonnés, ces cadres deviennent eux-mêmes les instruments d'un système qui les opprime à leur tour. C'est d'ailleurs dans des situations de ce type que l'on peut situer plusieurs cas de suicides de cadres survenus en France ces dernières années (e.g. Dejours, 2005).

Toutefois, bien que les classes supérieures soient aussi confrontées à la souffrance psychique et aux problématiques suicidaires, celles-ci le sont dans une moindre mesure et de façon différente. L'hypothèse est en effet que les classes supérieures rencontrent de manière générale moins de difficultés et, même si elles y sont confrontées, elles possèdent davantage de ressources économiques, sociales, culturelles et symboliques pour s'en sortir. D'autre part, elles ont à disposition d'autres moyens d'expression que celui de la souffrance psychique. Leur position sociale privilégiée réduit ainsi les possibilités de se retrouver dans une situation d'impuissance et de perte totale de pouvoir sur soi et sur sa propre vie, au contraire de ce qui se passe souvent dans les classes défavorisées.

Pourquoi alors choisir de parler d'oppression au lieu d'employer la notion de domination, plus largement utilisée en sciences sociales ? La domination peut être définie comme un rapport social impliquant une subordination et qui se reproduit grâce à l'adhésion des individus assurée par le biais de la contrainte ou au travers d'une forme de légitimation

¹⁴ La critique de l'individualisme qui se retrouve tout au long du travail en tant que cadre socioculturel participant à l'oppression ne se situe pas dans une vision nostalgique d'une vie communautaire organique et idéale. Le processus d'individualisation qui s'est accéléré au cours du 19^e et du 20^e siècle est au contraire appréhendé comme une transformation globalement positive et emblématique de l'avancée de la démocratie et des droits des individus. La critique porte sur le versant négatif de l'individualisme, plutôt de type libéral, qui consiste à considérer l'individu comme étant entièrement responsable de son sort, en niant les limites liées à son inscription sociale et en négligeant l'importance de l'intérêt général (pour un approfondissement de cette question, voir Martuccelli et De Singly, 2009).

idéologique (Chazel, 1983; Martuccelli, 2004). La notion d'oppression est très proche de celle-ci mais son emploi y ajoute une dimension politiquement plus forte. En effet, la domination est aujourd'hui perçue comme étant un aspect constitutif (et « normal ») des relations humaines et son utilisation massive semble avoir affaibli en partie son caractère dénonciateur. Ainsi parler d'oppression revient à mettre en avant, outre la dimension d'inégalité, l'aspect injuste et inacceptable qui demande implicitement une forme de résistance ou d'engagement politique.

Si l'oppression désigne un système ou une structure, le pouvoir indique une qualité dynamique qui, tout en s'inscrivant dans un système, constitue une « propriété de l'interaction sociale » (Chazel, 1983: 384). On retrouve ici le concept de dualité structurelle, théorisée par Giddens (1973; 2005 [1987]), où les actions individuelles produisent les structures sociales mais sont également produites par celles-ci. Le pouvoir, qui est une des propriétés des interactions sociales, présente également cette dualité car il découle des logiques structurelles dans le sens d'une reproduction, tout en étant strictement lié aux dynamiques interactionnelles, productrices de nouvelles configurations structurelles. Je me positionne ainsi dans une conception de l'individu proche de celle de Giddens se situant entre l'individualisme méthodologique et l'holisme. D'ailleurs, comme l'écrit Dubet (2005), l'opposition entre individu et société, qui sous-tend les débats entre une vision du sujet comme agissant ou comme étant agi par les structures sociales, relève souvent d'un exercice rhétorique qui conduit à un raisonnement circulaire. La plupart des fois, les auteurs combinent les deux perspectives et leur approche intègre le paradoxe où « l'individu est pleinement social et la société est la résultante des actions individuelles » (Dubet, 2005). Dubet distingue ainsi trois conceptions majeures de l'individu d'aujourd'hui : l'individu social, rationnel et éthique. Puisque d'un point de vue théorique ces trois conceptions font sens et coexistent aujourd'hui, Dubet propose d'adopter le modèle dialogique, où l'objet du travail sociologique est finalement l'articulation entre ces trois sphères. Ici, l'objectif est plutôt celui de voir comment, dans un contexte où l'autonomie et la liberté individuelle sont érigées en valeurs dominantes (individu éthique), les individus agissent (individu rationnel) ou sont agis dans le cadre d'un système social englobant (individu social).

Toutefois, le pouvoir n'est pas uniquement une caractéristique objective mais dépend de la perception que les individus ont, tant du caractère déterminant de la structure que des marges de main d'œuvre individuels. En ce sens, le pouvoir n'est pas indépendant du cadre idéologique qui l'appréhende (Martuccelli, 2004). Ce travail s'intéresse ainsi à la manière

dont les problèmes psychiques et le processus thérapeutique sont liés au pouvoir des individus, influencé par la position sociale qu'ils occupent (dimension structurelle), par les interactions sociales dans lesquelles ils se situent et par la perception qu'en ont les individus. C'est en particulier ce dernier aspect (la perception du pouvoir) qui sera discuté dans l'analyse des entretiens tant avec les soignants qu'avec les patients et qui est déterminant dans l'existence de l'oppression. En parlant d'oppression, mon intention sera également de donner une certaine interprétation des liens entre pouvoir et problématiques sociales et psychologiques, notamment par rapport aux équilibres entre pouvoir individuel et collectif.

De la médicalisation du suicide

Ce travail s'insère à la suite des travaux portant sur la médicalisation (Conrad, 1992; Aïach et Delanoë, 1998; Rossi, 2005; Conrad, 2007) qui, selon Conrad, « consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to "treat" it » (Conrad, 1992: 211). La « médicalisation du suicide » constitue un processus long et progressif. MacDonald (1989) évoque comment le suicide était considéré en Angleterre à partir du 17^e siècle : il était de plus en plus appréhendé par les juges comme le reflet d'une folie, et ce afin d'éviter l'expropriation des biens du défunt (qui constituait la punition lorsque le suicidant était considéré responsable de son geste et donc pas « fou »). Avec l'émergence de la psychiatrie à la fin du 19^e siècle, les débats autour de l'étiologie suicidaire revendiquent la médicalisation du suicide afin de contrer la condamnation morale dont il faisait l'objet (Bourdin, 1845; Brierre De Boismont, 1865; Le Roy, 1870). C'est toutefois à partir de la moitié du 20^e siècle avec le développement de la suicidologie que la médicalisation du suicide s'accroît et devient un des traits les plus saillants dans l'appréhension du phénomène suicidaire contemporain.

En quoi consiste précisément la médicalisation du suicide ? Dans ce contexte, on peut principalement parler de psychiatrisation du suicide, car c'est avant tout la psychiatrie qui s'intéresse à cette thématique¹⁵. Cette problématique touche également mais de manière plus marginale la question de la psychologisation des problématiques suicidaires. Premièrement, la médicalisation du suicide concerne la manière dont ces problématiques sont « traitées ». En Suisse, les programmes de prévention du suicide ont principalement

¹⁵ Dans le présent travail, je vais toutefois privilégier le terme de médicalisation par rapport à celui de psychiatrisation. En effet, par rapport à cette thématique, je les considère comme étant synonymes et c'est surtout dans sa dimension médicale que l'intervention psychiatrique est analysée.

(et de plus en plus) une orientation médicale. Au niveau fédéral, c'est par exemple au travers d'une meilleure prise en charge des troubles psychiques que la prévention du suicide est appréhendée. La médicalisation du suicide concerne deuxièmement l'appréhension et l'explication du phénomène suicidaire. Celui-ci est principalement considéré comme le symptôme d'un trouble psychique (en particulier les troubles de l'humeur comme la dépression ou les troubles bipolaires maniaco-dépressifs, et les états psychotiques comme la schizophrénie). Le phénomène suicidaire est ainsi perçu comme une problématique pathologique et d'ordre individuel. Troisièmement, au sein de la prise en charge psychiatrique, la médicalisation du suicide se manifeste par le fait que, malgré une approche biopsychosociale revendiquée par la psychiatrie contemporaine, les problématiques suicidaires sont principalement appréhendées dans leur dimension biologique (neuronale et génétique en particulier) et psychologique. Enfin, la médicalisation s'exprime également par le fait que ce sont surtout les psychiatres qui prennent en charge ces patients, en s'appuyant notamment sur l'hospitalisation (volontaire et d'office) et sur la médication¹⁶.

Enfin, il est important de souligner que la médicalisation du suicide ne résulte pas uniquement d'une volonté propre aux milieux psychiatriques. Même si la psychiatrie joue un rôle important, la médicalisation doit être aujourd'hui considérée comme un processus interactif complexe qui engage tant les soignants que les patients, mais aussi les proches et la société civile de manière générale. C'est donc en prenant en compte ce qu'elle révèle en tant que phénomène social global que la médicalisation du suicide est appréhendée ici.

J'adopte ainsi une posture critique envers la médicalisation du suicide, mettant principalement en évidence ses aspects négatifs : « assumption of medical moral neutrality, domination by experts, individualization of social problems, depoliticization of behavior, dislocation of responsibility, using powerful medical technologies, and "the exclusion of evil"¹⁷ » (Conrad, 1992: 223). Cette posture critique s'appuie en particulier sur une vision de la souffrance psychique et des problématiques suicidaires comme relevant principalement des conditions sociales d'oppression. La médicalisation du suicide est ainsi critiquée car elle

¹⁶ Les psychiatres s'appuient également sur les outils psychothérapeutiques qui sont présents, comme on le verra, dans les suivis de crise effectués au SUC. Concernant l'aspect psychothérapeutique, on ne peut pas parler de médicalisation mais on peut l'associer au phénomène de psychologisation.

¹⁷ Conrad et Schneider considèrent en effet que le processus de médicalisation a contribué à exclure le concept du « mal » des paradigmes de compréhension de la réalité sociale contemporaine en général et de la déviance en particulier, avec des conséquences importantes au niveau du rapport entre déviance et morale (pour une discussion plus approfondie de cet aspect, voir Conrad et Schneider, 1995: 223-224).

neutralise ce que les problématiques suicidaires expriment en termes d'injustice sociale, contribuant à renforcer les logiques d'oppression.

Certes, la médicalisation ne présente pas que des aspects négatifs. Elle relève la plupart du temps d'une volonté de « bien faire » et de trouver des solutions permettant de soulager la souffrance des individus présentant des problématiques suicidaires, ainsi que leurs proches. La médicalisation du suicide permet ainsi de prendre au sérieux des problématiques suicidaires et évite la mort de nombreuses personnes par le biais d'une intervention thérapeutique. La critique de la médicalisation n'a donc pas comme objectif celui de « criminaliser » la psychiatrie ou la santé publique. En tant que phénomène qui relève d'une dynamique sociétale, cette critique entend donner des éléments permettant de nourrir la réflexivité de tous les acteurs impliqués.

Entre l'approche critique et la perspective interprétative

Ce travail aborde la problématique du suicide et de sa prévention au travers d'une lecture qui entend combiner l'approche critique et la perspective interprétative. La première s'insère dans une perspective macrosociologique, attentive aux rapports de pouvoir, aux logiques de dominations, aux dynamiques sociales et aux enjeux économiques. Elle porte un regard sur la réalité sociale à partir des logiques qui dépassent les actions individuelles ou les motivations des acteurs. Le chercheur est justement là pour éclairer ou dévoiler les dynamiques qui ne sont pas saisissables par les acteurs eux-mêmes. Concernant la présente thématique, il s'agit de s'intéresser, par le biais de certaines analyses statistiques, aux influences sociales et économiques sur la prévalence des problématiques suicidaires en adoptant notamment une terminologie de l'oppression. Il s'agit également de situer la prévention du suicide et la prise en charge psychiatrique au sein d'une dynamique historique particulière liée à des transformations morales et politiques spécifiques. Cette approche, ayant principalement ses racines dans la tradition sociologique, se situe dans l'héritage d'auteurs comme Durkheim (2007 [1897]), Foucault (1976a; 1976b; 1997; 2003) et plus récemment Baudelot et Establet (2006b).

La perspective interprétative adopte un point de vue différent. Au lieu de regarder la réalité sociale de l'extérieur, elle plonge dans son intérieur afin d'en comprendre le fonctionnement et la logique interne. Moins soucieuse d'apporter un regard critique, elle cherche à aller au plus près des acteurs, de leurs motivations, de leurs représentations et de leurs pratiques. Le but est d'analyser la réalité sociale comme le résultat d'une logique locale. Dans le présent travail, l'approche interprétative vise à comprendre le

fonctionnement interne du SUC, les pratiques et les discours des soignants, le sens qu'ils donnent à leur travail et aux problématiques qu'ils rencontrent. Il s'agit également de se pencher sur les trajectoires de vie des personnes ayant consulté en psychiatrie pour des problématiques suicidaires, afin de comprendre le sens qu'elles donnent à leur vécu. Cette approche trouve principalement son origine du côté de la sociologie chez Weber (1971) et de celui de l'anthropologie chez Geertz (1973). Des auteurs comme Douglas (1973 [1967]) et Baechler (2009 [1975]) qui traitent du suicide, ou comme Goffman (1968), Velpy (2008a) ou Estroff (1998) qui s'intéressent à la psychiatrie se positionnent également dans cette perspective théorique.

Ces deux niveaux d'analyse sont souvent discordants, voire en contradiction. Dans l'analyse du discours des patients, on retrouve souvent des références à la souffrance dans une interprétation souvent psychologisante et individualisante. Dans leurs discours, en revanche, on ne trouve que rarement des renvois à une lecture en termes d'oppression et de rapports de pouvoir qui représente l'approche du chercheur mise en avant dans ce travail. En raison de cette discordance séminale, ces deux niveaux d'analyse ont longtemps été considérés comme irréductibles (et tout particulièrement dans le domaine du suicide). Aujourd'hui, ce sont toutefois des paradigmes qui sont de plus en plus combinés dans l'analyse socio-anthropologique. Plusieurs auteurs (e.g. Bibeau, 1999; Massé, 2007; Fassin, 2010) appellent ainsi à une « troisième voie » afin de développer des approches théoriques intégrant les deux perspectives. Je m'inscris donc dans cette tendance, en abordant mon sujet de recherche par des allers retours entre la perspective macro et micro, en essayant de mettre en évidence les dynamiques globales sans perdre de vue les significations locales. Il s'agit toutefois d'un équilibre délicat souvent perçu, à première vue, comme étant incohérent ou contradictoire. En effet, comment parler ouvertement d'oppression au sujet des problématiques suicidaires alors qu'il ne s'agit pas de l'interprétation donnée par les individus ? Ne risque-t-on pas de tomber dans une surinterprétation qui invalide finalement la lecture donnée par les sujets ? Personnellement, je suis convaincue du contraire. Donner une visibilité et une reconnaissance au discours et à la lecture des individus (comme revendiqué par l'approche interprétative) n'implique pas de la valider en l'utilisant en tant qu'interprétation socio-anthropologique. On peut tout à fait, et c'est mon intention dans ce travail, mettre en avant les lectures données par les individus en montrant leur pertinence, leur logique et leur « sens », tout en proposant une autre analyse propre au chercheur, établie à partir d'une autre logique et d'un autre point de vue qui est celui de l'analyse d'une réalité sociale globale. Ceci revient finalement à postuler une intelligence réflexive de

l'acteur social qui pourra écouter une interprétation différente de la sienne sans pour autant se sentir invalidé dans sa propre lecture et expérience. L'analyse en termes d'oppression n'entend ainsi pas nier l'expérience de la souffrance, mais donner, à un autre niveau, une lecture différente qui peut se superposer à la première.

Par ce biais, il s'agit de développer une pensée critique réflexive qui ne soit ni surplombante ni trop condescendante, et qui sache être au plus près des acteurs tout en pouvant s'en distancier. En ce sens, la critique peut être entendue et donc agir sur la réalité sociale lorsqu'elle se fait depuis cette position d'entre deux (Albert, 1995; Walzer, 1996). C'est donc à partir d'une vision impliquée de la démarche anthropologique allant dans le sens d'un changement social que cette thèse a été réalisée.

Structure du travail

Ce travail est structuré en trois parties principales précédées par un chapitre liminaire.

Le chapitre liminaire approfondit la question de l'explication du suicide, thématique centrale dans les transformations contemporaines de cette problématique et transversale dans le domaine de la socio-anthropologie du suicide. C'est en effet à partir d'une appréhension davantage compassionnelle du suicide que se développe une nouvelle sensibilité conduisant au développement de programmes de prévention du suicide. L'explication du suicide occupe une place intéressante dans la littérature socio-anthropologique car elle est à la fois un objet des analyses (à travers l'approfondissement des explications profanes et psychiatriques du suicide) et un objectif des analyses (afin de donner une explication socioculturelle aux comportements suicidaires). Il s'agira ainsi d'organiser cette littérature de manière systématique et de l'analyser afin d'explicitier clairement le positionnement épistémologique et théorique adopté dans ce travail.

La première partie du travail approfondit la question de l'émergence de la prévention du suicide en Suisse. Le chapitre 1 reconstruit le processus sociopolitique ayant amené la thématique de la prévention du suicide à devenir un « problème social ». Il s'agit en particulier d'éclairer les différentes étapes de ce processus, ainsi que les acteurs impliqués. L'analyse questionne l'échec de la mise en place d'un programme national de prévention du suicide et approfondit les réalisations au niveau des programmes cantonaux de prévention du suicide. Plus spécifiquement, l'analyse porte sur la façon dont ces transformations témoignent d'un changement dans la manière d'appréhender le suicide dans notre société. La problématique de la médicalisation du suicide et de sa prévention va

donc émerger progressivement à partir de ces analyses. Le chapitre 2 propose une lecture politique et morale de ces transformations. Le suicide, devenu un intolérable contemporain, fait ainsi l'objet de politiques « compassionnelles » qui révèlent les changements du rapport entre les politiques et le vivant. De manière particulière, il s'agit de questionner la place de la justice sociale au sein des nouvelles politiques publiques.

Dans la deuxième partie formée par le chapitre 3, je relate l'expérience ethnographique vécue au sein du SUC. Dans un premier temps, j'analyse les difficultés d'insertion appréhendées comme des éléments ethnographiques significatifs permettant de mieux comprendre le service étudié. Ensuite, j'approfondis le processus m'ayant permis de rencontrer et d'interviewer des personnes ayant consulté au SUC pour des problématiques suicidaires. La rencontre ethnographique devient ainsi une manière d'interroger le rapport entre ce dispositif de recherche et les problématiques de la souffrance psychique en générale et du suicide en particulier.

La troisième partie porte plus spécifiquement sur la prise en charge des problématiques suicidaires au SUC au travers des regards croisés entre soignants et patients. Le chapitre 4 est consacré au travail psychiatrique, au travers de l'analyse du fonctionnement du service et de l'approfondissement des discours et des pratiques des soignants en psychiatrie confrontés aux patients consultant pour des problématiques suicidaires. Ceci permet de mettre en évidence comment le travail psychiatrique induit une médicalisation des situations qui se présentent au SUC. Au chapitre 5, il s'agit d'analyser les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des patients consultant au service étudié, permettant de mettre en évidence une surreprésentation des classes sociales défavorisées. Les trajectoires de vie des patients et leurs problèmes psychiques et suicidaires sont ensuite approfondis et analysés comme le reflet de rapports de pouvoir inégaux et d'une condition d'oppression. Le travail thérapeutique effectué par les soignants en psychiatrie est ainsi étudié par rapport à l'expérience subjective des patients et à la manière dont il agit sur le pouvoir des individus. Le chapitre 6 se penche plus particulièrement sur la relation thérapeutique et sur le moment où le patient présentant des problématiques suicidaires rencontre le soignant en psychiatrie. Les discours moraux des soignants valorisant la volonté et le point de vue du patient sont confrontés (dans une perspective à la fois critique et interprétative) aux enjeux identitaires, économiques, politiques et sociaux qui influencent le rapport entre patients et soignants. Les questions de la contrainte au travers de l'hospitalisation d'office, de l'évaluation du risque que la personne se suicide et de la prise en compte du point de vue du patient sont ainsi également approfondies. Loin de

proposer une analyse simpliste, l'objectif est de restituer la complexité des rapports entre patients et soignants vis-à-vis de la problématique suicidaire, et cela dans le contexte contemporain. Cette troisième partie, tout en proposant une analyse ethnographique, a la particularité de s'appuyer sur des statistiques basées sur la consultation des dossiers des patients du SUC. Dans la conclusion, je reprends les éléments principaux que ce travail apporte à la thématique du suicide et de sa prévention, tout en dégageant des ouvertures analytiques en retournant de manière critique sur les limites de la présente recherche.

CHAPITRE LIMINAIRE

De l'explication du suicide

« Il n'y a rien de plus mystérieux qu'un suicide. Quand j'entends expliquer les raisons de tel suicide, j'ai toujours l'impression d'être sacrilège. Car il n'y a que le suicidé qui les ait connues, et qui ait été en mesure de les comprendre. Je ne dis pas : de les faire comprendre ; elles sont le plus souvent multiples et inextricables, et hors de portée d'un tiers » Henry de Montherlant *Le Treizième César*. (Minois, 1995: 372)

Une singulière défaite...

En 2009, la revue *L'Homme* publie une confrontation entre deux anthropologues autour des problèmes épistémologiques posés par l'« anthropologie du suicide » (Macdonald C. J.-H., 2009; Rozenberg, 2009). A l'origine du débat se trouve la publication par Macdonald de l'ouvrage *Uncultural Behavior. An anthropological Investigation of Suicide in the Southern Philippines* (Macdonald C. J.-H., 2007) où l'auteur, en s'intéressant au taux de suicide particulièrement haut des Palawan du sud des Philippines, entreprend une recherche approfondie pour en trouver les causes sur un plan socioculturel. L'enquête de Macdonald se base en effet sur un postulat : si le suicide est une question anthropologique, il faut pouvoir trouver une cause socioculturelle unifiante, donnant cohérence à tous les suicides singuliers. L'analyse approfondie de 61 cas de suicide survenus dans le groupe ethnolinguistique étudié permet à l'auteur de dégager des typologies de suicides, mais pas d'en trouver des principes causaux de nature socioculturelle. En élargissant le regard à une comparaison interculturelle, l'auteur se questionne sur l'existence de similitudes avec d'autres sociétés présentant des taux élevés de suicide (comme les Jivaros d'Amazonie péruvienne ou les Baruya en Papouasie Nouvelle Guinée). La seule caractéristique socioculturelle commune chez ces groupes serait le caractère endogame et fermé de leur organisation sociale. Ceci permet à l'auteur de s'aventurer dans le domaine biologique en s'inspirant des nouveaux champs de recherche étudiant les causes génétiques du suicide. L'endogamie comporterait, selon Macdonald, une certaine homogénéité génétique qui, en présence du « gène du suicide », expliquerait une prédisposition au suicide plus élevée parmi certains groupes sociaux. A une « vague de suicide » initiale (provoquée par un fait particulièrement tragique, comme une épidémie de choléra), s'ajouterait ainsi une prédisposition génétique et une socialisation au comportement suicidaire (le fait de considérer le suicide comme étant une solution possible à une situation difficile), qui expliqueraient le taux de suicide particulièrement élevé notamment chez les Palawan.

Selon Macdonald, l'anthropologie à elle seule ne permettrait pas d'expliquer le suicide de manière cohérente et exhaustive, invalidant par conséquent la pertinence d'étudier ce phénomène par le biais de cette discipline.

La posture théorique, la logique de l'argumentation, ainsi que les conclusions tirées par Macdonald suscitent une réaction vive chez Rozenberg, lequel dénonce ce qu'il définit comme une « singulière défaite de l'anthropologie » (Rozenberg, 2009). Selon lui, Macdonald justifierait le caractère non-culturel (*uncultural*) du suicide tout en utilisant des concepts et des outils anthropologiques. La socialisation, expliquant pourquoi parmi les personnes ayant une même vulnérabilité génétique au suicide certains se suicident et d'autres pas, constitue en effet une dimension clairement anthropologique sans que l'auteur le reconnaisse. Rozenberg exprime sa contrariété jusqu'à affirmer que « L'explication prétendument non culturelle de Charles Macdonald fleure le culturalisme à la Margaret Mead, d'après lequel la psychologie et le comportement des membres d'une société sont déterminés par leur milieu moral » (Rozenberg, 2009: 249). L'auteur de *Uncultural Behavior* aurait d'ailleurs fait fausse route depuis le début, en trébuchant dans une « illusion scientifique tenace » qui, depuis Durkheim, prétend trouver dans les causes sociales l'explication majeure du suicide. Tant l'œuvre de Durkheim que les travaux socio-anthropologiques successifs sur la question n'auraient pas « expliqué » le suicide. Ce serait plutôt dans l'explication du taux de suicide et dans la mise en évidence des penchants « suicidogènes » d'un groupe social que ces travaux auraient apporté leur contribution à la socio-anthropologie du suicide. Rozenberg conclut en affirmant :

L'anthropologie, à l'instar de la sociologie, est incapable, et d'ailleurs bien peu soucieuse, d'apercevoir la ou les 'causes' dernières du suicide. Elle ne dira jamais pourquoi, de deux individus soumis à des conditions identiques (une situation d'anomie par exemple), l'un seulement va jusqu'à se donner la mort. Il suffit de mesurer la part et décrire le jeu des facteurs sociaux et culturels dans les manifestations du phénomène, dans sa production, sa reproduction et son traitement. Elle se maintient, vaille que vaille, sur le plan où les deux démarches, interprétation et explication, sont susceptibles de se rejoindre, les significations ou les fonctions sociales du suicide décidant en partie de son accomplissement. (Rozenberg, 2009: 251).

En répondant à ces critiques, Macdonald écrit un article dans la même revue (Macdonald C. J.-H., 2009) où il récusé la grande partie des critiques et revient sur la distinction développée dans son ouvrage entre les explications ethnopsychiatriques et sociologiques. En se situant à des niveaux différents, l'une s'intéressant à la dimension individuelle et psychologique, l'autre à celle sociologique et statistique, ces deux types d'explication

posent le problème de leur perméabilité : une explication sociologique permet-elle de comprendre les suicides singuliers, et vice versa ? En d'autres termes : est-ce qu'une théorie du suicide valable pour un ensemble statistique peut s'appliquer à une histoire de suicide individuelle ? Et, respectivement : l'explication compréhensive des suicides peut-elle se généraliser au niveau macrosociologique ? Selon Macdonald, il n'y aurait pas d'extrapolation possible : si on est certains que « l'an prochain plus de Bretons, âgés de soixante ans ou plus, veufs et sans emploi, se donneront la mort que, mettons, de jeunes Provençales mères de famille, (...) il sera impossible de savoir lequel de ces Bretons se suicidera ni si une jeune mère de famille vivant à Nice ne se donnera pas la mort » (Macdonald C. J.-H., 2009: 204). En reprenant une distinction classique opérée entre l'explication compréhensive et microsociologique, l'auteur essaie de faire jouer à la culture la fonction de joint entre les deux niveaux. Toutefois, aucun facteur culturel ne semble pouvoir expliquer à la fois le suicide individuel et les taux de suicide. La génétique semble ainsi représenter, aux yeux de Macdonald, le seul élément explicatif pouvant faire le lien entre les deux niveaux. Bien que la prédisposition génétique ne permette pas non plus de prédire à 100% le suicide (comme le critique Rozenberg), Macdonald affirme que sa prévisibilité statistique serait beaucoup plus importante que pour d'autres causes, tant culturelles ou sociales que psychologiques.

Curieux débat ! Comment, au début des années 2000, la question de l'explication du suicide peut-elle encore enflammer les esprits et motiver un étalage d'arguments et de questionnements épistémologiques, malgré le fait que cette controverse semble avoir été dépassée il y a plusieurs décennies déjà. Comme Rozenberg, je considère que dans ses écrits, Macdonald a ignoré et mésinterprété une partie de la littérature socio-anthropologique qui l'a précédé. En effet, le dilemme que l'auteur évoque au niveau de la perméabilité entre les explications ethnopsychiatriques et sociologiques a été, dans les dernières années, largement exploré, notamment au travers des travaux en anthropologie politique de la santé s'appuyant sur le concept d'incorporation (Scheper-Hughes et Lock, 1984; Fassin, 1996; Csordas, 2000; Fassin, 2000; Massé, 2008). Ces approches essaient justement de lire ce que l'expérience individuelle exprime des dynamiques sociales, culturelles et politiques plus larges. Toutefois, dans le champ du suicide, cette approche n'a été que rarement explorée et il n'y a pas eu d'études récentes importantes abordant le sujet dans cette perspective¹⁸. La littérature sur le suicide présente donc un fort clivage

¹⁸ Un des seuls exemples est celui de Giddens (1971) interprétant le suicide comme une « pathologie du pouvoir ». Largement méconnu, cet article sera repris par Côté en 2006.

entre les études réalisées en anthropologie dans une perspective purement compréhensive et les études macrosociologiques s'intéressant aux taux de suicide, donnant l'impression que des ponts entre les deux approches sont difficiles à créer. Ainsi, malgré les imprécisions et les erreurs, la réflexion de Macdonald est révélatrice de cette littérature fragmentée au sein des études sur le suicide. De plus, malgré ce qu'affirme Rozenberg, la distinction entre l'approche explicative et compréhensive n'est de loin pas claire dans le domaine du suicide. La recherche des causes du suicide reste en effet, souvent implicitement, déterminante même dans les études se revendiquant d'une posture compréhensive. La question de savoir « pourquoi quelqu'un se suicide », en faisant surface de manière régulière et répétée dans les recherches en sciences sociales, constitue un trait révélateur de ce domaine disciplinaire. Ceci est lié à la thématique particulière du suicide et à son statut dans l'espace social et scientifique.

Perçu comme une menace à l'ordre social par le fait de nier le sens du vivre, le suicide exige ainsi une explication, seule condition permettant de signifier la déviance et de rétablir l'ordre social. L'étiologie suicidaire constitue ainsi un trait fondamental des discours autour du suicide, tant d'un point de vue profane¹⁹ que scientifique. De plus en plus, la « science » en tant que voix contemporaine de la vérité, semble devoir répondre au pourquoi du suicide, contribuant ainsi à la cohésion sociale menacée par le phénomène suicidaire. Finalement, les sciences sociales ne sont pas immunes à ces enjeux et, malgré les précisions épistémologiques et les finesses terminologiques (notamment entre interprétation et explication, entre causes sociales du suicide et causes sociales du taux de suicide), la problématique de l'explication semble rester en filigrane des études menées sur la question, sans que cela soit nécessairement clarifié explicitement. Malgré la distinction opérée par certains auteurs quant à l'utilisation des termes d'« interprétation » ou d'« explication » que je discuterai tout au long de ce chapitre, je ne ferai pas, dans ce travail, de distinction significative entre ces deux termes. Dans le domaine du suicide, ces deux niveaux s'interpénètrent continuellement et leur dissociation n'est à mon sens pas constructive dans une tentative de comprendre ce phénomène en particulier.

¹⁹ Par profane, je ne me réfère pas au caractère non-religieux des explications, mais plutôt à celui de non-initié à une science, à un savoir scientifique et ceci afin de mieux marquer la différence avec les approches scientifiques psychiatriques et socio-anthropologiques abordées par la suite. J'ai par là préféré le terme de profane à celui de populaire, car ce dernier terme me semblait trop associé à celui de « classes populaires » ou de traditionnel. Les explications abordées dans ce chapitre s'appliquent ainsi également aux savoirs profanes des classes supérieures et ne sont pas nécessairement insérées dans un système de savoir traditionnel, mais peuvent au contraire découler de systèmes de significations contemporaines.

A partir de du débat révélateur analysé plus haut, mon objectif est celui d'approfondir la question du suicide à partir des explications qui sont avancées, tant d'un point de vue profane que scientifique, et qui contribuent largement à façonner la place sociale contemporaine du suicide. Je considère l'explication du suicide comme une problématique transversale qui constitue un enjeu central, tant d'un point de vue social, culturel que scientifique.

Il s'agit ainsi de s'insérer dans une démarche réflexive. En ce sens, on peut considérer l'explication socio-anthropologique comme une réponse parmi d'autres que les sociétés humaines ont donné au pourquoi une personne se donne la mort. Cela part du principe que les explications des sciences sociales, au même titre que celles psychiatriques ou profanes, relèvent d'implicites théoriques inhérents à leur posture. Il ne s'agit toutefois pas de se désinvestir d'une perspective socio-anthropologique en penchant vers une déconstruction radicale de cette pensée. La mise en évidence des dimensions sociales, historiques et politiques permet au contraire de repenser la posture anthropologique vis-à-vis du suicide afin de mieux la clarifier. Ainsi, le travail de réflexivité devrait permettre de sortir d'un débat trop souvent marqué par une opposition disciplinaire entre socio-anthropologie et psychiatrie, qui finit par devenir stérile, tant pour les disciplines en question que pour la thématique du suicide en général. En partant de l'explication du suicide, il s'agira ainsi de faire une lecture transversale, essayant de dégager les éléments théoriques qui me seront utiles pour définir ma posture afin d'analyser, signifier et organiser le matériel ethnographique issu de mon terrain de recherche.

Face à une littérature fragmentée et prêtant facilement à confusion, une analyse systématique et approfondie des implicites théoriques et épistémologiques semble être indispensable afin d'explicitier les enjeux du débat autour de l'explication du suicide et pouvoir ainsi se positionner de manière claire.

Explications et méta-explications

Dans la littérature socio-anthropologique, on peut distinguer deux niveaux interprétatifs différents concernant les explications. D'un côté, l'étude socio-anthropologique peut chercher à trouver une explication du suicide. L'objectif est alors celui d'expliquer le malheur à partir du paradigme socio-anthropologique, en cherchant dans les catégories de sens, dans l'habitus, ou dans les rapports de pouvoir, la manière dont le social et le culturel influencent ou déterminent le passage à l'acte suicidaire. D'un autre côté, les explications (qu'elles soient psychiatriques, profanes ou socio-anthropologiques) peuvent devenir le

sujet même de l'étude. Les différentes explications sont ainsi décrites (quelle est l'explication donnée par ce groupe social, par cette discipline scientifique ?) et interprétées (pourquoi ce sens particulier est-il mobilisé ? Comment l'inscrire dans un historique, dans des catégories morales et politiques ?). Dans le premier cas, l'objectif est d'avancer une explication du suicide, alors que dans le deuxième, il s'agit de faire une méta-explication.

Lorsqu'on s'intéresse aux méta-explications, on retrouve principalement des recherches portant sur les explications profanes et psychiatriques. Les explications profanes ont été étudiées en sciences sociales dans le but de comprendre les catégories de sens dans lesquelles le suicide s'insère. Les explications sont ainsi interprétées comme révélatrices des représentations et des valeurs morales d'une société donnée. Dans une posture médicale de santé publique, les explications profanes sont pour la plupart considérées comme des idées fausses, l'objectif étant de les déconstruire afin de les remplacer, dans un but préventif, avec des explications médicales (voir à ce propos Terra, 2003b).

Lorsque les sciences sociales s'intéressent aux explications psychiatriques, c'est la plupart des fois dans une perspective critique. Ces études ne nient pas nécessairement la dimension pathologique du suicide (argument principal avancé par les approches psychiatriques), mais elles en relativisent l'ampleur et mettent plutôt en évidence les aspects socioculturels sous-jacents. Les recherches qui s'intéressent aux explications socio-anthropologiques sont plus rares, ou même absentes. Les différentes théories explicatives sont souvent présentées au sein d'une revue de la littérature dans le but de prendre position et de définir sa propre posture théorique, sans nécessairement les appréhender comme des productions sociales et culturelles. Dans ce chapitre, il s'agira au contraire de présenter quelques théories explicatives des sciences sociales en essayant de les considérer, au même titre que les explications profanes et psychiatriques, comme des explications parmi d'autres données au phénomène suicidaire ayant ses implicites et ses logiques propres (tout en analysant leur manière de se positionner par rapport à la question de l'explication).

En effet, au même titre que l'explication psychiatrique peut être considérée comme une variante explicative du malheur propre à l'histoire et à la culture occidentale, l'explication anthropologique a également une histoire, des implicites socioculturels, une place (minoritaire par rapport à la biomédecine) et une logique qui lui sont propres. Il s'agit ainsi de considérer les explications socio-anthropologiques comme des objets d'analyse en soi, en d'autres termes comme des révélateurs du sens et des enjeux qui sous-tendent le phénomène suicidaire, ainsi que son explication.

Ce qu'expliquer veut dire...

En raison de la multiplicité d'interprétations de ce qu' « expliquer veut dire », il semble important de définir de quelle manière ce terme va être utilisé dans le présent travail. En biomédecine, l'explication d'une maladie²⁰ ou d'un comportement déviant se rattache à l'étiologie, qui est « l'étude des causes des maladies ». Il s'agit ainsi de trouver les éléments qui permettent de comprendre, dans une logique de cause (ou réseau de causes) à effet, l'apparition de la maladie ou, dans notre cas, du comportement suicidaire. L'étiologie se base sur des modèles étiologiques (e.g. biologique, génétique, biopsychosocial, systémique) qui évoluent et dont la reconnaissance dans le milieu médical résulte de dynamiques socioculturelles et historiques²¹.

En sciences sociales, la question de l'explication a fait l'objet de nombreux débats qui ont opposé les tenants d'une sociologie explicative et ceux relevant d'une sociologie interprétative. A l'origine se situe la distinction opérée par Dilthey (1883) qui distingue entre sciences de l'esprit et sciences de la nature, les premières visant l'explication et les deuxièmes visant la compréhension et l'interprétation des phénomènes étudiés. Durkheim (1897), prônant une sociologie positiviste, reprend les principes des sciences de la nature pour les appliquer aux sciences de l'homme, voulant ainsi trouver, dans les régularités statistiques, le socle pouvant permettre à la sociologie d'expliquer de manière objective les phénomènes sociaux. Weber (1971), quant à lui, développe une sociologie interprétative qui se base sur la spécificité de l'action humaine (par opposition aux sciences naturelles). Il s'agit ainsi de s'intéresser aux sens subjectifs donnés par les acteurs et de les étudier scientifiquement. Contrairement à ce qu'on peut retenir d'une lecture superficielle du débat entre les postures durkheimienne et wébérienne, celles-ci ne s'opposent pas par leur intention d'expliquer et d'interpréter les phénomènes sociaux. En effet, Weber ne conçoit pas l'interprétation séparément de l'explication. Pour les deux sociologues, la tâche de la sociologie est celle d'expliquer mais pour Weber l'explication ne passe pas par des éléments objectifs mais par le sens subjectifs des acteurs, leur interprétation et leur compréhension de la réalité sociale. Implicitement, Weber considère que l'interprétation

²⁰ Le rapprochement avec l'explication de la maladie se fait ici à partir du discours de la psychiatrie, qui, comme on le verra plus loin, considère le suicide comme un comportement déviant constituant le symptôme d'un trouble psychopathologique.

²¹ Aronowitz évoque notamment comment le modèle « ontologique » de la maladie (où la maladie est conçue comme ayant une caractéristique propre et comme étant indépendante de manifestations particulières chez les individus) a progressivement supplanté le modèle « holiste » (où l'existence de la maladie est strictement liée aux particularités individuelles et sociales) lors de la découverte des germes et du développement du modèle infectieux à la fin du 19^e siècle (Aronowitz, 1999: 23-28).

donnée par les acteurs aux faits peut être utilisée pour expliquer les faits eux-mêmes²² : « Nous appelons sociologie une science qui se propose de comprendre par interprétation l'action sociale et par là d'expliquer causalement son déroulement et ses effets » (Weber, 1971: 4). Si chez Durkheim l'explication s'inspire du modèle de cause à effet influencé par les sciences naturelles, chez Weber l'explication procède, d'une manière moins linéaire, du réseau de significations sociales complexes.

On voit ici comment la distinction entre explication et interprétation peut être ambivalente, même chez les pères fondateurs. Ce qui distingue les deux approches n'est pas la volonté d'expliquer (commune aux deux), mais le cadre épistémologique et méthodologique employé, qui diffère sensiblement. Je considère ainsi la distinction entre ces deux termes comme arbitraire, risquant de marquer des différences et des distinctions là où il n'y en a pas nécessairement. Dans le présent travail, j'emploierai plutôt le terme d'« explication » (pour désigner les différentes démarches définies comme explicatives et/ou interprétatives), car son acception est plus claire et permet d'être utilisée de manière transversale.

Dans ce travail, je définis l'explication plutôt en suivant l'approche wébérienne. En ce sens, je vais m'intéresser aux explications que les acteurs sociaux donnent au phénomène suicidaire (qu'ils soient des soignants ou des personnes ayant fait une tentative de suicide), car elles constituent un élément essentiel pour comprendre le statut social et moral du suicide. Il s'agira d'être attentive à la manière dont les acteurs sociaux eux-mêmes définissent et emploient l'explication du suicide. Bien que révélatrices du fait étudié, je ne considère pas, contrairement à Weber, que les explications « endogènes » suffisent à expliquer le fait suicidaire. Grâce à ma position de chercheuse ayant eu accès à différents discours, pratiques, récits et données statistiques, il s'agira ainsi de proposer une explication du suicide (qui diffère des explications endogènes) à partir des dynamiques sociales, culturelles et politiques propres au contexte étudié (ayant ainsi une certaine proximité à la démarche durkheimienne).

Parmi les différentes explications du suicide qui sont présentes dans l'espace social et scientifique contemporain, j'ai choisi d'approfondir trois catégories d'explications : profanes, psychiatriques et socio-anthropologiques²³. Ce choix s'explique par la

²² Dans le cas du suicide, celui-ci s'expliquerait par le sens social donné au phénomène suicidaire. L'étude du sens suffirait ainsi à comprendre pourquoi les personnes se suicident. Il s'agit des postures de Douglas (1973 [1967]) et de Baechler (2009 [1975]) analysées plus loin.

²³ J'ai choisi ici d'approfondir les approches psychiatriques axées sur la pathologie, plutôt que les approches psychologiques qui se penchent davantage sur les dynamiques psychologiques en jeu lors d'un passage à l'acte

problématique qui est la mienne : l'émergence de la prévention du suicide et la prise en charge psychiatrique des personnes qui ont des idées ou des comportements suicidaires. La compréhension des logiques internes aux explications profanes est importante pour comprendre comment les différents acteurs sociaux donnent un sens à ce phénomène. L'explication psychiatrique occupe une position transversale dans tout le travail, car centrale dans le développement des politiques et des pratiques de prévention du suicide. L'approfondissement des paradigmes socio-anthropologiques me permet en outre de comprendre les différentes postures adoptées dans les sciences sociales face à la mort volontaire, mais aussi face aux explications médicales et profanes. L'objectif n'est pas de donner un aperçu exhaustif des systèmes explicatifs à l'œuvre, mais plutôt celui d'éclairer certaines logiques qui se jouent dans l'explication du suicide, appréhendée en tant que processus socioculturel et scientifique.

Suicides et tentatives de suicide

Les explications analysées dans ce chapitre portent sur le suicide en général, faisant le plus souvent référence aux suicides dits « complétés » et non aux tentatives de suicide. Cela peut sembler en contradiction avec le fait d'analyser, notamment à partir du terrain effectué au service d'urgences psychiatriques, les tentatives de suicide. En effet, les tentatives de suicide ne sont pas seulement des tentatives « ratées » mais présentent des caractéristiques différentes que les suicides complétés : plus de femmes et de jeunes font des tentatives de suicide, alors que les hommes et les personnes âgées se suicident plus.

Malgré cela et tout en n'assimilant pas les suicides aux tentatives de suicide, je considère dans cette recherche que les deux catégories se recoupent considérablement. Ceci permet de s'appuyer sur la littérature portant sur le suicide afin d'éclairer la problématique de la prévention du suicide dans une perspective sociopolitique et la question des tentatives de suicide dans le cadre de la prise en charge psychiatrique. Premièrement, les caractéristiques socioéconomiques des personnes faisant des tentatives de suicide et des suicides complétés sont relativement similaires : dans les deux catégories, on y observe une prévalence de chômeurs et de personnes appartenant aux classes sociales défavorisées²⁴ (e.g. Bourgoin, 1999; Taylor et al., 2004; Baudelot et Establet, 2006b). Deuxièmement, les

suicidaire. La raison est qu'une grande partie de mon terrain de recherche porte plus spécifiquement sur le domaine psychiatrique, où l'approche médicale est centrale par rapport aux orientations théoriques spécifiques.

²⁴ Un approfondissement de cet aspect se retrouve à différents moments du travail, mais en particulier au chapitre *Les suicides et les tentatives de suicide en Suisse : un aperçu sociodémographique*, dans la première partie.

recherches démontrent que le meilleur signe annonciateur d'un suicide est le fait d'avoir déjà fait une tentative de suicide et que 10% des personnes ayant fait une tentative de suicide décèdera par suicide au cours de sa vie, dont 1% dans l'année qui suit la tentative (Batt, 2001; Mishara et Tousignant, 2004). Il y a ainsi une importante superposition de la population faisant des tentatives de suicide et des suicides complétés. Troisièmement, la question de l'intentionnalité est souvent évoquée dans le but de distinguer les deux groupes où cet aspect serait plus marqué dans les suicides complétés. L'intentionnalité serait strictement liée à l'utilisation d'une méthode plus létale (comme les armes à feu ou le saut dans le vide) car elle reflèterait une plus grande volonté de mourir et déterminerait l'issue fatale du comportement suicidaire. En réalité, le choix de la méthode pour se suicider semble être plus influencé par des facteurs socioculturels et de genre que par une question d'intentionnalité. De plus, une certaine ambivalence face à la volonté de mourir semble être une caractéristique présente dans tout geste suicidaire, bien que probablement moins marquée chez certaines personnes mortes par suicide où l'on peut supposer que la détermination à mourir était plus claire (par exemple lorsque la personne a laissé des lettres d'adieu expliquant les raisons de son geste). Je considère ainsi les tentatives de suicide et les suicides complétés comme se situant sur un même continuum et reflétant des problématiques et des comportements similaires allant dans le sens d'une auto-agression à des fins destructrices.

A. Les explications profanes

Dans les exemples retenus ici, le suicide constitue un événement perturbant profondément l'ordre social. Comme l'expression plus générale d'un malheur affectant l'individu et la société, il appelle à une explication pouvant le réintégrer dans le domaine du sens. Le « sens du mal » (Augé et Herzlich, 1994), recherché et élaboré par toute société, permet ainsi de maîtriser le facteur perturbateur et de rétablir l'ordre social perdu. Comme le souligne Herzlich :

Etre sujet d'une infortune est un événement fondamentalement injuste pour quiconque, qui implique la nécessité de trouver un sens, de l'insérer dans une chaîne de causes et d'effets, i.e. une explication. Celle-ci est a fortiori exigée par la mort, à la différence que là, la victime n'appartient plus, par définition, aux destinataires de l'explication. (Herzlich, 1994: 96).

Le besoin de donner un sens motive ainsi les tentatives d'explication s'adressant aux individus concernés et, davantage encore, au groupe social dans son ensemble.

Ce chapitre porte ainsi sur les suicides qui sont condamnés socialement et qui, dans l'idéal, devraient être éradiqués. On pourrait se demander si la condamnation du suicide constitue un trait commun à toutes les sociétés par le fait qu'il nie la vie elle-même. Il existe en effet des suicides qui sont prescrits d'une certaine manière par la société et qui correspondent ainsi à un comportement conforme et non déviant. C'était le cas du suicide des samourais, le *seppuku*, qui était réalisé pour sauvegarder l'honneur des guerriers confrontés à la capture ou à la défaite (Pinguet, 1984). En Inde, le *sati* constitue une sorte de sacrifice rituel qui voit les veuves se jeter sur le bûcher du mari défunt. En plus, depuis les années '80, certains mouvements politiques islamistes utilisent les attentats-suicides comme moyen de lutte armée, notamment dans le cadre du conflit israélo-palestinien. Là encore le suicide est appréhendé comme un sacrifice encouragé et approuvé par la société, d'où le terme de « martyr » pour désigner les individus qui se suicident dans ce cadre. Au delà de ces exemples où le suicide relève d'un comportement « conforme », les suicides sont le plus souvent appréhendés comme des gestes déviants. Ceci correspond à une vision dans laquelle la vie n'appartient pas à l'individu mais au groupe, voire à une entité supérieure²⁵. Une différence existe toutefois parmi les sociétés quant au degré de réprobation et de condamnation dont le suicide fait l'objet. Par exemple, chez les bouddhistes et chez les

²⁵ Comme il sera approfondi au chapitre 2, le caractère déviant ou conforme du suicide peut être vu de manière plus complexe. Malgré une condamnation sociale explicite, certains suicides peuvent en effet être perçus comme des comportements conformes à une certaine exclusion ou à une condamnation sociale (notamment des personnes malades, dépendantes, exclues, etc.).

hindouistes, le suicide n'est pas vu comme une fin radicale condamnant l'individu dans sa vie post-mortem (comme chez les chrétiens), mais comme une étape, certes très négative, mais faisant toutefois partie du cycle des réincarnations²⁶ (Mishara et Tousignant, 2004).

Les explications profanes ont en outre la particularité d'expliquer le suicide en tant qu'événement abstrait et social, et non à partir de cas individuels. Comme on le verra par la suite, l'explication varie sensiblement selon qu'on se réfère à des cas particuliers (lors de la mort d'un proche, par exemple) ou au phénomène social en général. L'explication profane ne résulte pas non plus d'une accumulation d'explications individuelles. Comme l'écrit Saillant à propos des explications profanes de la maladie : « Plus qu'un phénomène idiosyncratique à rattacher à l'unicité d'un itinéraire thérapeutique individuel, il s'agit là plutôt d'un savoir dont le statut demeure collectif (...) » (Saillant, 1986: 460). Massé propose de considérer ces explications profanes collectives, toujours en se référant à la maladie, de deux manières : « comme la synthèse des modèles élaborés par les individus d'un sous-groupe socioculturel donné » ou « comme des systèmes de croyances dont s'inspirent, à rebours, les individus pour expliquer et interpréter un épisode particulier de maladie » (Massé, 1995: 299).

S'intéresser aux explications profanes du suicide constitue ainsi une manière de porter l'attention aux représentations émiques du suicide, par opposition aux explications savantes. Elles permettent de valoriser l'expérience des individus et des collectivités, ainsi que leur manière « profane » de donner un sens au suicide. Si cette posture se révèle être importante aujourd'hui, c'est en raison d'un processus historique ayant amené à une progressive perte de légitimité du « savoir des gens » (Foucault, 1997) au profit des approches savantes, notamment psychiatriques, dans le champ de la « folie » et du suicide. Redonner une légitimité à ces explications considérées aujourd'hui comme marginales et disqualifiées signifie les appréhender comme des univers de sens révélateurs de la réalité sociale et culturelle de laquelle ils émergent. En saisir les logiques sociales et morales permet ainsi de comprendre le suicide en tant que pratique sociale façonnée par le contexte dans lequel elle s'insère²⁷.

²⁶ En Inde parmi les hindouistes, la pratique du *sati* est encore largement pratiquée. La définition même du suicide est ambiguë, car il est souvent considéré comme un sacrifice de soi. Malgré cela (ou peut-être en raison de cela), la loi indienne est une des plus strictes au monde concernant le suicide, qui est condamné comme étant un crime (Vishven, 2008). Les personnes ayant fait une tentative de suicide sont notamment emprisonnées et/ou obligées de payer une amende.

²⁷ La question de la valorisation des explications et des discours profanes sera approfondie au chapitre 5, en lien avec le discours des patients interviewés dans le cadre de la prise en charge psychiatrique.

Dans le but d'approfondir certaines logiques propres aux explications profanes du suicide et en l'absence d'études ethnographiques portant sur les explications profanes en Suisse²⁸, j'ai choisi d'approfondir quatre contextes où émergent ce type d'explication, et cela à partir d'une littérature variée. Je vais donc développer les explications profanes du suicide présentes en Europe occidentale au Moyen-Age (en m'appuyant sur le texte d'un historien), chez les Inuits d'Alaska et les *vaqueiros* des Asturies à l'époque contemporaine (à partir d'enquêtes ethnographiques). Enfin, les explications profanes concernant le suicide des jeunes femmes voilées en Turquie à la fin des années '90 seront analysées à partir d'un texte littéraire. Ces exemples n'ont pas été choisis de manière systématique mais ont émergé au fil de la recherche, de manière inductive, lorsque je m'intéressais aux différentes manières non savantes de donner un sens et d'expliquer le phénomène suicidaire. L'objectif est ainsi de dégager certaines variabilités culturelles, sociales et historiques des explications, tout en essayant d'en montrer les constantes, notamment en termes moraux. Cette analyse permettra de mieux comprendre les explications profanes du suicide qui émergeront à partir du terrain ethnographique.

L'Europe au Moyen Age

Minois, en écrivant une *Histoire du suicide* (1995), se penche sur la complexité du suicide au Moyen Age en Europe occidentale. On y retrouve deux catégories de suicides : le suicide par sacrifice et le suicide par désespoir, l'un glorifié et l'autre réprimé. Le premier est le suicide des martyrs qui se sacrifient pour une noble cause (la religion ou le royaume), suicide considéré comme étant altruiste car accompli dans l'intérêt collectif. Le deuxième est le suicide de celui qui veut échapper à la souffrance, à l'humiliation ou à la honte. Ce type de suicide est considéré comme étant égoïste et il est donc condamné. Derrière ces catégories, on retrouve le discours propre aux classes dominantes²⁹, puisque le premier type de suicide est typiquement celui des chevaliers et des hommes d'Église alors que le second est celui du petit peuple. Alors que le motif du martyr rejoint l'explication donnée (se suicider pour échapper à l'ennemi ou ne pas s'éloigner de la foi), les motivations du désespéré (échapper à la souffrance) ne sont qu'apparentes : en réalité, ce serait la tentation du diable qui conduirait les personnes au suicide, en les faisant plonger dans la folie ou le désespoir. Comme le dit Minois (1995: 45) : « Le désespoir n'est pas un état

²⁸ La thématique du suicide ne semble en effet pas avoir été investiguée en Suisse à partir d'une approche socio-anthropologique. Les seules études portant sur les représentations du suicide le font à partir de la problématique du suicide assisté (e.g. Jolicorps, 2007).

²⁹ En effet, il s'agit d'un travail historique basé sur les textes de l'époque qui reflètent inévitablement le discours officiel déployé par les classes supérieures (dans ce cas les nobles et le clergé).

psychique, mais un péché, dû à l'action du diable, qui persuade le pécheur de sa damnation certaine et lui fait douter de la miséricorde divine ». Les suicidés sont considérés comme responsables de leur acte, justifiant par conséquent leur condamnation. Celle-ci s'exprime dans la gestion du cadavre qui est trainé dans les rues et exposé à l'humiliation publique. Le suicidé n'a pas droit à un enterrement religieux et ses biens sont confisqués, laissant sa famille dans la misère. L'explication moyenâgeuse découle ainsi des catégories morales manichéennes autour desquelles la société s'organise et se définit : d'un côté le bien, la foi, Dieu et de l'autre le mal et le diable auxquels est associé le suicide. Celui-ci est appréhendé comme étant une déviance morale dont l'individu est le seul responsable.

La seule exception à cette appréhension est le cas où le suicide est considéré comme procédant de la folie. Dans ce cas, la responsabilité de l'individu est estimée comme étant moindre, menant donc à une condamnation plus faible. Les biens, par exemple, ne sont pas retirés à la famille. MacDonald (1989), en étudiant les procès des suicidés en Angleterre entre le 16^e et le 19^e siècle, observe un changement de mentalité à partir du 17^e siècle (MacDonald M., 1989). La condamnation des suicidés s'atténue et les juges les considèrent de plus en plus sous l'angle de la folie, notamment pour épargner à la famille la privation des biens qui s'ajoutait souvent à la disparition du pourvoyeur principal du foyer. On voit comment une certaine médicalisation de l'explication du suicide s'amorce à cette époque, sous l'impulsion d'une volonté d'aider les familles qui restent et pour qui cette lecture se révèle être économiquement et socialement plus favorable.

Chez les Inupiats de l'Alaska

Autre époque, autre contexte culturel. Wexler (2006) s'intéresse aux suicides des jeunes Inupiats du Nord-ouest de l'Alaska au début des années 2000. A l'image d'autres peuples circumpolaires, la communauté étudiée par Wexler présente un taux de suicide particulièrement élevé parmi les jeunes. Une recherche de type ethnographique ayant un but préventif a été menée dans plusieurs villages afin de comprendre la manière dont les communautés expliquent et donnent un sens au suicide des jeunes. Au travers des *focus groups* avec les adultes et les jeunes, ainsi que grâce à un dialogue et à un échange constant avec la population, Wexler a pu mettre en évidence le lien étroit que les communautés établissent entre le suicide des jeunes et l'histoire de leur peuple. Le passé colonial empreint de racisme, de violence, d'exploitation et d'humiliations est considéré comme ayant profondément marqué ces populations, compromettant leur capacité à se reproduire socialement et culturellement. Les enfants ont été arrachés aux familles ou ont

été éduqués dans des écoles où la culture indigène était fortement dévalorisée. Ils font état d'une double non-appartenance, tant vis-à-vis de leur communauté d'origine qu'à celle des « blancs ». D'un côté, les jeunes ne parlent pas ou peu la langue indigène et les perspectives d'intégration sont également très limitées en raison de l'écroulement de l'organisation communautaire. De l'autre, la possibilité de réussir dans le monde extérieur est autant difficile de par leur origine ethnique que par le faible niveau des écoles qu'ils fréquentent. Les jeunes paieraient ainsi le prix de cette désintégration communautaire. Toutefois, la responsabilité ne se situerait pas uniquement dans l'histoire de la colonisation, mais également au sein des communautés Inupiats par le fait qu'elles ont perpétué cette situation défavorable aux jeunes, au travers de négligences, d'abus et d'apathie à leur rencontre. Il y a donc des comportements et des attitudes internes à la communauté (violences, désintérêt de l'éducation des jeunes, consommation d'alcool et de drogues, abus sexuels) qui sont pointés du doigt et considérés comme étant à l'origine des comportements suicidaires des jeunes³⁰.

L'explication qui s'élabore au sein de la communauté est encouragée par la démarche de la chercheuse et se fait de manière verbale et partagée, permettant de relier les expériences individuelles à l'histoire du peuple et aux relations intergénérationnelles au sein de la communauté. Les jeunes ne sont pas considérés comme individuellement coupables ou responsables de leur geste, mais leurs suicides sont perçus comme un symptôme d'un mal-être communautaire. Représentant le point de rencontre entre le passé et le présent, les jeunes expriment, par le biais de leur souffrance, les difficultés de la communauté à se projeter dans le futur tout en conservant leur identité relevant du passé. À partir du suicide, la communauté finit par questionner de manière plus générale la place des jeunes dans la société. Le problème que représente le suicide des jeunes est ainsi perçu comme significatif, comme l'expression d'un déséquilibre social. La cause des suicides ne serait pas individuelle mais sociale, à la fois externe à la communauté (la colonisation) et interne (apathie et négligence des Inupiats). Dans cette démarche, il est difficile de savoir quelle a été l'influence de la chercheuse ayant une perspective communautaire et pas du tout médicale. Il est clair que les espaces de discussions et d'échanges créés autour de ce sujet ont permis l'élaboration de significations et de liens dépassant le cas individuel, regroupant ainsi les générations et confrontant les différents points de vue³¹.

³⁰ Certaines recherches s'intéressent de manière plus spécifique aux liens entre le suicide et les violences internes aux communautés amérindiennes, notamment l'inceste. À ce propos voir Bibeau (2006).

³¹ Wexler, en interrogeant les jeunes par le biais d'une approche compréhensive, essaie en outre de comprendre les causes du suicide et pourquoi les jeunes passent finalement à l'acte. Il s'agit ici des explications de la

Chez les *vaqueiros* asturiens

Sans s'engager dans une démarche préventive, Cátedra (1993) s'intéresse dans les années '80 en Espagne aux *vaqueiros*, des pasteurs vivant dans les montagnes des Asturies occidentales et qui présentent un taux de suicide particulièrement élevé. Plusieurs explications émiques du suicide sont évoquées par la population locale. Une maladie grave peut entraîner le suicide du malade afin d'épargner aux proches les coûts des traitements et la gêne de voir son état de santé dégénérer. Une grande partie des suicides s'explique toutefois par des mésententes familiales et conjugales graves. Une cause est à chercher dans les règles d'héritage qui font que le premier fils, celui qui héritera de la maison familiale, se marie « à la maison ». Cela signifie que son épouse viendra vivre sous le même toit que ses beaux-parents, provoquant souvent des relations conflictuelles entre belle-fille et belle-mère. La hiérarchie est pourtant clairement définie : pendant que le père est en vie, le couple parental fera autorité, en termes d'argent, de distribution des tâches et la belle-mère n'hésitera pas à abuser de son pouvoir sur sa belle-fille. A la mort du patriarche ou lorsque celui-ci n'est plus en mesure de conduire l'économie familiale, ce sont le fils et son épouse qui deviennent dominants, amenant parfois à des comportements revanchards de la part de la belle-fille envers sa belle-mère. Ces situations conflictuelles engendrent ainsi une grande souffrance, soit chez la belle-fille (dans un premier temps), soit chez la belle-mère (dans un deuxième) pouvant les mener au suicide. Il y a également la question des vieux oncles ou tantes qui n'ont pas d'enfant et qui vivent dans la maison avec un statut très défavorisé, parfois proche de celui des servants. Des situations pénibles et conflictuelles avec le reste de la famille expliquent le suicide relativement fréquent de ces « vieux de la maison ». D'autres explications plus marginales mettent en cause l'état mental, le fait d'être « malades des nerfs » ou d'avoir « un grain de folie », voire le fait d'avoir un retard mental.

Mais au delà des situations particulières, le suicide est expliqué avec insistance grâce au terme d'*aburrimiento*, traduit par l'auteure par « mélancolie », qui affecterait les personnes les conduisant jusqu'au suicide :

chercheuse, dépassant les explications profanes évoquées par la communauté. Selon Wexler, les suicides des jeunes Inupiat sont liés à l'individualisation des problèmes et à un manque d'appréhension collective des difficultés rencontrées par la communauté : « Instead of having a clear enemy, Inupiat internalize their failures and blame only themselves » (Wexler, 2006: 2945). Les jeunes, incapables de penser leur futur et de répondre aux attentes de leur communauté et/ou du monde externe, se considèrent ainsi responsables de leur faillite, les menant au suicide.

Les habitants (...) deviennent mélancoliques à cause d'une maladie, quand 'ils ne peuvent pas se défendre', quand les vieux ne voient plus que 'le mal dans la maison', quand les jeunes sont accablés par 'les soucis de l'existence', 'les ennuis et la vie difficile', pour cause de solitude, de manque d'argent, de dettes accablantes, mais aussi à cause 'des nerfs'. (Cátedra, 1993: 10)

Il s'agit donc d'un processus considéré comme compréhensible et inévitable : certaines situations de la vie font que la personne « perd la grâce » et qu'elle se sente fatiguée (*aburrído*) de la vie. Le suicide devient donc une conclusion évidente pour tous.

Il est intéressant de noter que les habitants, à la venue du juge qui détermine les circonstances de la mort, expliquent le suicide le plus souvent par « la folie », afin d'éviter des explications compromettantes pour les familles ou les proches des suicidés. Le fait d'associer les suicides à quelque chose d'indépendant des relations sociales et familiales, venant de l'extérieur, permet d'éviter toute responsabilité ou condamnation de la part d'une justice dans laquelle les habitants ont peu confiance.

Chez les jeunes femmes turques voilées

Orhan Pamuk, dans le roman *Neige* (Pamuk, 2005)³², raconte l'histoire de Ka, un journaliste d'origine turque émigré en Allemagne qui retourne en Turquie afin d'investiguer autour du phénomène des suicides de jeunes femmes musulmanes. Ka se rend notamment dans un village, Kars, dans lequel il y a eu plusieurs suicides de jeunes femmes voilées et rencontre différentes personnes qui expliquent, chacune à sa manière, ce phénomène. Il s'agit plus particulièrement de jeunes femmes qui avaient été exclues du système scolaire en raison du port du voile (interdit dans les écoles). Les personnages incarnent ainsi des voix profanes différentes, témoignant du processus de construction de sens qui s'opère autour des

³² L'utilisation de romans comme matériel pouvant faire l'objet d'analyses socio-anthropologiques est très rare, en raison de son statut ambigu se situant entre la réalité et l'imaginaire. L'ethnocritique, ou anthropologie du roman, offre à ce propos des outils intéressants (Privat et Scarpa, 2009; Privat et Scarpa, 2010). Cette discipline, au carrefour de l'analyse littéraire et de l'anthropologie, se propose, entre autres, de restituer les textes littéraires dans leur contexte socioculturel et symbolique : « L'ethnocritique a pour objet l'étude de la pluralité culturelle constitutive des œuvres littéraires telle qu'elle peut se manifester dans la configuration d'univers symboliques plus ou moins hétérogènes et hybrides (les jeux incessants entre culture orale et culture écrite, culture folklorique et officielle, religieuse et profane, féminine et masculine, légitime et illégitime, locale et exotique, scientifique et empirique, etc.) » (Privat et Scarpa, 2009: 3-4). L'ethnocritique s'intéresse ainsi à la polyphonie culturelle présente dans le texte qu'il s'agit de faire dialoguer avec le contexte historique et culturel dans lequel le texte a été écrit. Sans trop m'aventurer dans ce domaine spécifique que je connais peu, l'analyse du roman de Pamuk vise ici à faire ressortir la multitude d'explications du suicide qui s'exprime notamment grâce à la figure du protagoniste ayant une position externe aux différentes explications. Il ne s'agit toutefois pas de considérer les explications présentes dans le roman comme témoignant de la réalité, mais plutôt comme révélatrices de logiques réelles et s'inspirant d'un substrat culturel et historique ancré dans la réalité. La pertinence d'utiliser ce document dans cette analyse réside justement dans le fait que celle-ci ne porte pas sur le contenu ethnographique des explications, mais plutôt sur ce que les explications nous disent des logiques propres aux explications profanes.

suicides. Voyons d'abord le contexte dans lequel ces suicides ont lieu. La Turquie, depuis Atatürk et la constitution de la République (1923), s'est construite en tant qu'État laïc accordant à la religion islamique une place de subordination face au pouvoir étatique. En ce sens, le port du voile a été interdit dans les administrations et les écoles publiques. Depuis les années '70, on assiste à un renouveau de l'islam, qui reprend progressivement de vigueur dans le monde arabe en général et en Turquie en particulier. L'émergence des partis politiques islamistes à la fin des années '90³³ remet au centre du débat politique la question des liens entre la République et l'islam (Göle, 2005). Le progressif « revoilement » des femmes, de plus en plus visible dans l'espace public, se heurte toutefois à une partie de la société turque défendant vigoureusement les principes laïcs, qui interdisent toujours le port du voile dans les institutions publiques (Saktanber et Corbacioglu, 2008). C'est dans ce contexte de tension entre les défenseurs de la laïcité et les partisans des mouvements islamistes émergents que Pamuk met en scène une vague de suicides se manifestant parmi des jeunes femmes exclues des écoles parce que voilées³⁴ et ce, à la veille des élections municipales qui verront s'affronter islamistes et républicains.

Chaque personne interviewée par Ka explique ces suicides de manière diverse, reflétant les croyances et les idéologies qui lui sont propres. Serdar Bey, propriétaire de la *Gazette de la ville-frontière* (journal d'inspiration républicaine) associe les suicides des femmes à la montée des mouvements islamistes :

'Les islamistes font du porte-à-porte, ils se font bien recevoir en groupe dans les maisons, donnent aux femmes des ustensiles de cuisine, des casseroles, des presse-orange, du savon en boîte, du boulgour, des détergents, ils établissent tout de suite des relations d'amitié dans les quartiers pauvres et des relations de confiance de femme à femme, et ils accrochent de l'or avec des épingles de nourrice aux épaules des enfants. Ils disent : 'Votez pour le Parti de la prospérité', qu'ils présentent comme le parti de Dieu ; ils disent : 'Cette pauvreté et cette misère qui nous accablent, c'est parce qu'on s'est éloignées du chemin de Dieu' (...) L'élection municipale sera remportée par le parti de Dieu. (...) Tout est orchestré par le mouvement islamique international qui veut que la Turquie ressemble à l'Iran...' 'Et même les filles suicidées ?' demanda Ka. 'Nous recueillons en effet des dénonciations selon lequel elles sont l'objet de manipulations, mais en craignant qu'en réaction à des révélations de ce type les suicides n'augmentent davantage, il est de notre responsabilité de n'en rien écrire. On dit même que le célèbre terroriste islamiste Lazuli est dans notre ville. Juste pour fournir des raisons de se suicider aux filles en foulard.' (Pamuk, 2005: 45-48)

³³ Emergence qui conduira, en 2002, à la victoire aux élections nationales de l'AKP (Parti de la justice et du développement) ayant un positionnement pro-islamiste.

³⁴ Il semblerait que Pamuk se soit inspiré d'une vague de suicides de femmes voilées ayant réellement eu lieu dans le village de Tatvan, dans l'est de la Turquie (Bédarida, 2005).

Les suicides seraient donc, selon Bey, un moyen utilisé par les islamistes pour dévaloriser l'État républicain en l'accusant de conduire les jeunes filles au suicide à travers l'interdiction du port du voile dans les écoles et ceci dans le but de gagner les élections face aux républicains.

Du côté des islamistes, au contraire, ce sont les républicains qui auraient poussé ces filles au suicide, en leur interdisant d'aller à l'école tout en leur permettant, à travers le port du voile, de protéger leur honneur et leur foi. Un islamiste accuse ainsi le directeur de l'école ayant exclu les filles voilées de son école :

Maître, vous avez tué dans l'œuf ces filles, amours de leurs parents, ces filles dont l'éducation a nécessité des années, ces filles intelligentes, travailleuses, toutes premières de la classe, vous les avez détruites avec un ordre d'Ankara. (...) Ces filles voilées qui se conforment aux ordres de Dieu, ces filles croyantes, c'est toi qui les fais matraquer par la police à l'entrée de l'école et qui provoques leur suicide face à tant d'oppression. (Pamuk, 2005: 70-72)

L'islamiste Lazuli, quant à lui, fait une analyse de ces suicides sous l'angle du péché :

Une fille qui se suicide, même pratiquante, n'est pas musulmane ! dit Lazuli. Ce n'est pas vrai qu'elles combattent pour se voiler. Si tu divulgues cette fausse information, la rumeur selon laquelle les filles musulmanes qui font de la résistance cèdent ainsi aux renégates, aux pauvres qui mettent des perruques, à la pression de la police et de leurs parents risque de se propager. (...) Cette fille ne s'est pas suicidée parce qu'elle n'était pas prise à l'École, mais à cause d'une histoire d'amour. (Pamuk, 2005: 116-117)

Refusant ainsi de voir le suicide et l'islam associés, Lazuli se rattache à une explication individuelle du suicide, lié à un malheur personnel et n'ayant pas de dimension sociale. Le fait de présenter ces suicides comme un phénomène collectif serait au contraire une stratégie dirigée par les républicains afin de discréditer les musulmanes voilées qui combattent les lois républicaines mais qui finissent par mourir dans le péché du suicide.

Enfin, le préfet adjoint de la ville, critiquant à la fois l'État et les islamistes, explique les suicides comme étant liés à la condition des femmes :

'Il est sur que la cause de ces suicides réside dans cet extrême malheur de nos filles ; il n'y a pas de doute à cela, dit à Ka le préfet adjoint. Mais si le malheur était une vraie cause de suicide, la moitié des femmes en Turquie se seraient suicidées.' Le préfet adjoint, avec sa moustache soignée et sa face s'écureuil, ajouta que les femmes se dressaient contre la voix masculine de l'État, des familles et de la religion leur conseillant de ne pas se suicider. (Pamuk, 2005: 28-29)

On voit donc comment un même phénomène provoque un concert d'explications diverses qui trouvent leur appui sur une idéologie particulière. Les explications du suicide semblent

ainsi découler d'une vision de la réalité sociale, de la place et du rôle de l'islam, du voile, voire de la condition des femmes. Le caractère insaisissable du phénomène suicidaire permet d'une certaine manière aux différents acteurs impliqués de l'utiliser afin de défendre leur propre cause et d'accuser l'« ennemi » d'avoir provoqué le suicide des jeunes filles³⁵.

Suicide et morale

A partir de ces différents exemples, on peut classer les explications profanes du suicide en deux groupes selon la place accordée, dans l'explication, à l'organisation sociale. D'une part, il y a celles qui expliquent le suicide par des causes externes à l'organisation sociale, relevant soit de l'individu, soit de forces externes (la folie, le « mal », la colonisation). De l'autre, il y a des explications profanes qui relient le suicide à des causes internes à la société (conflits intergénérationnels, conflits intrafamiliaux, divergences politiques).

Lorsque ce sont les causes externes qui sont évoquées, le suicidé peut être érigé en coupable. Celui-ci est donc exclu de la société et taxé de déviant, sans que cela remette en cause l'organisation sociale en place (c'est le cas des suicides par désespoir au Moyen-Age). Dans ce cas, l'explication est de fait dissuasive : les impulsions suicidaires sont l'expression d'un mal qu'il faut contrer. L'intransigeance vis-à-vis de cet acte l'exclut des comportements tolérés et isole les personnes suicidaires, ainsi que leurs familles. L'attribution du suicide à des causes externes à la société peut également impliquer une vision du suicidé comme non responsable de son acte (lors du suicide par folie au Moyen Âge ou concernant l'histoire de la colonisation chez les Inupiat). Dans ce cas, il n'y a pas de condamnation, le suicidé étant plutôt considéré comme une victime innocente. L'explication psychiatrique contemporaine attribuant les causes de suicide à la maladie mentale se situe à proprement parler dans cette catégorie d'explications. Ni le suicidé, ni l'organisation sociale ne sont responsables du suicide, les causes se situant au niveau biologique ou génétique (selon les modèles étiologiques dominants).

Lorsque les causes sont internes à l'organisation sociale, celles-ci peuvent être considérées avec un certain fatalisme (c'est le cas des *vaqueiros*) ou bien leur dénonciation vise à remettre en question l'organisation ou l'équilibre social. Le suicide devient donc soit le reflet d'un mal interne marginal qu'on essaie de combattre et d'éradiquer (comme dans le cas des islamistes et des républicains en Turquie), soit d'un mal interne communément

³⁵ Sauf pour Lazuli qui se situe en partie à un autre niveau d'analyse et dont les propos portent sur l'enjeu politique représenté par l'explication en elle-même.

partagé qui, pour être combattu, exige une remise en question et une réflexion globale et communautaire (comme dans le cas des violences, négligences et abus commis par les communautés amérindiennes). L'explication du suicide peut donc avoir une dimension soit dénonciative (et marginalisante) ou au contraire intégrative. Dans le cas des jeunes femmes turques, leur suicide est utilisé pour dénoncer les islamistes ou les républicains laïcs. Les suicidés seraient donc des victimes de groupes perturbant l'équilibre social interne qui doit être rétabli par la disqualification de ces factions. Chez les Inupiat, en revanche, l'explication a une dimension intégrative. Le suicide entre dans le domaine du possible, il devient une solution « normale » à une situation « anormale ». C'est donc par le biais d'une remise en question globale de la communauté que l'on essaie de trouver une solution à la problématique suicidaire.

Les explications du suicide entretiennent ainsi un lien étroit avec les catégories morales propres à la société concernée. Puisque le suicide est perçu comme déviant, on en cherche les causes explicatives du côté de ce qui est considéré comme relevant du « mal » : la colonisation, le diable, le délabrement des relations sociales, l'avancée des islamistes (de la part des républicains) ou les républicains (de la part des islamistes). En trouver l'origine signifie aller puiser du côté de ce qui est condamnable, et ainsi permettre, à travers l'exclusion ou la lutte contre cette cause, le maintien ou le rétablissement d'un ordre social dans lequel le suicide serait idéalement absent³⁶.

³⁶ En ce sens, l'explication des Inupiat considérant la responsabilité sociale interne semble toutefois être une exception intéressante, car le suicide peut à la fois être considéré comme négatif et avoir son origine au sein du groupe social concerné.

B. Les explications psychiatriques

Suicide et troubles psychiques

En France, dès le 18^e siècle, le débat autour de l'étiologie suicidaire est en grande partie occupé par les médecins et les aliénistes³⁷. Les causes évoquées oscillaient entre folie et mélancolie, mais tous s'accordaient pourtant pour affirmer le caractère pathologique et individuel du suicide (Mucchielli et Renneville, 1998). Au 19^e siècle, trois théories principales se disputaient l'explication du suicide. Selon Esquirol³⁸ (1838), le suicide était toujours d'origine psychopathologique mais plusieurs pathologies différentes pouvaient être identifiées. Pour Bourdin³⁹ (1845), il s'agissait d'une aliénation particulière : la monomanie suicide. Selon cette théorie très discutée à l'époque, le suicide était considéré comme étant une manifestation pathologique spécifique ayant des causes « prédisposantes » (hérédité et imitation) et des causes « déterminantes » (déception amoureuse, haine, jalousie, etc.). Une autre théorie, qui deviendra majoritaire par la suite, expliquait le suicide comme relevant de causes multiples ayant majoritairement, mais pas exclusivement, trait à l'aliénation (Mucchielli et Renneville, 1998). L'enjeu majeur était de déterminer le pourcentage de suicides qui s'expliquaient par les psychopathologies et ce à travers le dépouillement des procès verbaux des suicides (Brierre De Boismont, 1865; Le Roy, 1870).

Au delà des divergences, ces trois différentes théories prônaient une médicalisation du suicide qui comportait, selon les médecins, une déculpabilisation de l'acte : « Je dis que le suicide est toujours une maladie, et toujours un acte d'aliénation mentale : je dis par conséquent qu'il ne mérite ni louange ni blâme » (Bourdin, 1845: 9). Comme le soulignent Mucchielli et Renneville, les aliénistes partageaient une « attitude paradoxale : d'un côté, ils revendiquaient la nécessaire déculpabilisation du suicide, de l'autre, ils reconnaissaient unanimement que l'étiologie du suicide et sa prévention touchaient - comme pour toute folie - à la fois à la médecine, à la morale et à la religion » (Mucchielli et Renneville, 1998: 7).

³⁷ Jusqu'au début du 20^e siècle les psychiatres étaient appelés aliénistes, en raison du fait qu'ils s'occupaient des aliénations, terme utilisé à l'époque pour désigner les troubles mentaux.

³⁸ Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) fut l'un des plus importants aliénistes français du 19^e siècle. En plus d'avoir contribué à développer le savoir psychopathologique, il eut un rôle important au niveau législatif et administratif dans le développement des hôpitaux psychiatriques en France (Hahn, 1888).

³⁹ Claude-Etienne Bourdin (1815-1886) fut un aliéniste et un statisticien français qui publia un ouvrage sur le suicide très controversé : *Du suicide considéré comme maladie* (Bourdin, 1845).

Un siècle et demi plus tard, on remarque que les intuitions principales élaborées à cette époque sont toujours d'actualité dans l'approche médicale du suicide. Selon le *Manuel de Psychiatrie* de Guelfi et Rouillon (2007), le 95% des suicides est associé à des troubles mentaux. Pour établir le taux de « suicides pathologiques », la méthodologie utilisée est celle des « autopsies psychologiques » qui est une procédure développée dans les années '50 et qui consiste à recueillir des informations parmi les personnes qui ont côtoyé le suicidé (proches, professionnels, entourage) et concernant différents paramètres (circonstances de la mort, contexte sociofamilial, évènements de vie marquants, santé mentale) (Shneidman, 1981; Beskow et al., 1990). Les nombreuses études réalisées grâce à cette méthodologie confirment le lien entre troubles mentaux et suicides variant entre 81 et 98% (Cavanagh et al., 2003). Les maladies en cause sont, par ordre de relevance décroissant : les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires maniaco-dépressifs), les états psychotiques (schizophrénie, troubles délirants), alcoolisme et toxicomanie, troubles anxieux, troubles de l'axe II (personnalité) (Bourgeois, 2007). Parmi ces pathologies, les troubles de l'humeur rassemblent à eux seuls entre 50 et 80% des suicides (Bourgeois, 1996). On pourrait toutefois questionner la méthodologie des autopsies psychologiques qui a été utilisée pour arriver à ces statistiques. Comme le souligne Batt-Moillo (Vaillé, 2005), les résultats des autopsies psychologiques présentent un biais qui se situe au niveau de la posture psychologique/psychiatrique adoptée et qui explique le poids accordé aux troubles psychiques dans ces analyses. En effet, lorsque ce sont des sociologues qui effectuent ce type d'autopsies, les dimensions sociales (séparations, chômage, conditions de travail, condition de vie) prennent davantage d'importance et relativisent le poids des troubles mentaux (Vaillé, 2005).

Quel type de lien est fait entre suicide et trouble mental ? Selon la littérature, le trouble mental constitue prioritairement un facteur de risque du suicide. Tant le suicide que les tentatives de suicides sont considérés (au même titre que les idées suicidaires) comme un des symptômes de certaines pathologies (Harris et Barraclough, 1997). Une personne ayant une pathologie mentale associée au suicide présente ainsi un risque plus prononcé, par rapport à la population générale, de se suicider ou de faire une tentative de suicide. La pathologie mentale n'est pas considérée comme la seule cause à l'œuvre dans les situations suicidaires, mais comme le facteur le plus important et le plus déterminant permettant la plupart du temps d'organiser et d'expliquer les autres causalités de nature sociale ou culturelle (*c'est parce qu'il est déprimé qu'il est au chômage* et non l'inverse). Dans les discussions autour de l'élaboration de la nouvelle édition du manuel diagnostique

le plus utilisé au monde, le DSM-V⁴⁰, Oquendo et al. (2008) proposent de faire du suicide et des tentatives de suicide une catégorie diagnostique isolée, et ce afin de mieux la détecter et la prendre en charge⁴¹. Bourgeois suggère d'aller dans la même direction : « Il est possible que le comportement suicidaire représente une pathologie psychiatrique en soi, différente des autres troubles mentaux avec cependant une comorbidité très élevée » (Bourgeois, 2007: 476).

De l'étiologie aux facteurs de risque

Pour comprendre les évolutions des pratiques et des savoirs autour du suicide, il est ici indispensable de faire un petit détour historique dans l'appréhension des maladies mentales. Dans le domaine psychiatrique, les débats théoriques autour de l'étiologie de la maladie ont progressivement disparu, laissant davantage de place à la dimension pragmatique se rattachant au diagnostic et à la thérapeutique. En effet, l'utilisation de manuels tels que le DSM (Diagnostic and Statistical Manual publié par l'American Psychiatric Association) ou la CIM (Classification Internationale des Maladies publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé) s'est généralisée sur un plan international et reflète un engouement pour les classifications des maladies laissant en marge des débats les questions théoriques sur les causes des maladies. Ces manuels de classification, bien qu'ils se définissent comme neutres théoriquement et donc compatibles avec toute orientation théorique, supposent une conceptualisation de l'être humain et de la maladie mentale inspirée par les approches biologiques (le trouble mental dû à des facteurs génétiques et/ou neurobiologiques⁴²) et cognitivo-comportementales (le trouble mental vu comme une déviance comportementale liée à des fonctionnements cognitifs). Kirk et Kutchins (1998), en s'intéressant minutieusement à l'élaboration du DSM-III (APA, 1980) – manuel qui a marqué un tournant dans la psychiatrie contemporaine tant au niveau de l'approche théorique que dans son utilisation qui s'est progressivement généralisée – attribuent l'origine de cette « révolution » à l'impasse dans laquelle la psychiatrie était tombée dans les années '50 et '60. Cette dernière était en effet critiquée par les sociologues, par les

⁴⁰ Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual) est publié par l'American Psychiatric Association. Depuis sa troisième édition (APA, 1980), il est devenu le manuel psychiatrique de référence sur un plan international.

⁴¹ On retrouve ici l'idée avancée par Bourdin qui avait été écartée au 19^e siècle quant au suicide considéré comme relevant d'une psychopathologie spécifique (Bourdin, 1845).

⁴² Cette vision a son origine dans les écrits de Emile Kraepelin, psychiatre allemand qui rédigea d'importants ouvrages de classification psychiatrique (Kraepelin, 1899; Kraepelin, 1998 [1900]). Son approche, postulant l'origine des pathologies psychiatriques dans des facteurs biologiques et génétiques, a toujours une importance et un impact considérable, notamment au sein de l'American Psychiatric Association (APA) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Certains auteurs parlent en ce sens de néokraepelinisme (e.g. Martínez-Hernández, 2000).

mouvements antipsychiatriques et par les activistes politiques, qui dénonçaient tous la psychiatrie comme un instrument de pouvoir et qui remettaient tout particulièrement en cause la validité scientifique du diagnostic et des traitements. Face à un paysage psychiatrique dominé par la psychanalyse, un courant opposé dirigé par le psychiatre newyorkais Robert Spitzer prend progressivement le pouvoir dans l'élaboration du DSM-III. Ce manuel devait ainsi permettre aux psychiatres, face aux mêmes symptômes, d'établir le même diagnostic. L'uniformisation du diagnostic était ainsi considérée comme permettant de mieux assurer l'objectivité de la pratique psychiatrique. En tant que vecteur d'une nouvelle fiabilité et scientificité de la psychiatrie, le DSM-III devint progressivement le manuel le plus utilisé mondialement. En 1994, la quatrième édition du DSM a été publiée et une cinquième édition est en cours d'élaboration (sa publication est prévue pour 2013). Entre ces versions, peu de changements significatifs ont eu lieu. De plus, l'OMS a élaboré en 1993 la CIM-10 (*Classification internationale des maladies*), proposant ainsi une alternative au DSM. Ces deux manuels demeurent toutefois très similaires, tant au niveau de la vision anthropologique qu'ils sous-tendent qu'à la manière dont les maladies y sont classifiées.

Ces manuels diagnostics ont été fortement critiqués, notamment pour le fait que, malgré leur ambition de proposer une vision théoriquement neutre de l'être humain et des troubles psychiques, ils diffusent une vision déterminée par les approches biologiques et cognitivo-comportementales. En effet, le trouble mental y est défini comme « Un comportement cliniquement significatif ou un syndrome psychologique qui survient dans l'individu » (APA, 1994: xxi). L'orientation comportementale et biologisante (survenant *dans* l'individu) de la maladie est clairement identifiable. En ce sens, les symptômes deviennent les seuls outils de classification, oubliant ce qui relève de l'étiologie de la maladie et de son évolution. La question de la causalité des maladies mentales, qui a toujours été très controversée mais également riche au niveau ontologique, a ainsi disparu du débat. Ces manuels proposent en outre une classification des pathologies en termes de catégories diagnostiques claires et exclusives (les comorbidités ne sont ainsi pas admises, les symptômes d'un patient devant correspondre à une catégorie diagnostique unique), contribuant à essentialiser les catégories diagnostiques en niant la complexité de l'expression psychique. De plus, les catégories ne sont pas définies en fonction de l'intensité des symptômes ou de la causalité sous-jacente, permettant de ce fait d'attribuer des diagnostics dans des situations de très faible intensité des symptômes (Good, 1992)⁴³.

⁴³ Cette question changera probablement lors de la publication du DSM-V où, en plus de la dimension catégorielle, il sera introduit la question de la sévérité des symptômes.

Aux critiques portant sur les implications théoriques et épistémologiques que l'introduction et la généralisation de ces manuels ont induit sur la classification des psychopathologies s'ajoutent des critiques s'attaquant aux enjeux économiques sous-jacents. En effet, la manière de classer les pathologies (séparée de toute étiologie) et la multiplication des catégories diagnostiques s'accompagnant de toute nouvelle édition des manuels (notamment pour le DSM) favoriserait l'expansion du marché des médicaments. Des conflits d'intérêts entre les industries pharmaceutiques et les experts responsables de l'élaboration du DSM ont d'ailleurs été dénoncés aux États-Unis, mettant en évidence le manque de transparence existant entre les milieux industriels et ceux de la recherche scientifique (Cosgrove et al., 2000).

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la question du suicide, on peut retrouver des correspondances entre l'évolution des connaissances dans ce domaine et celui du savoir psychopathologique en général. Les débats théoriques sur l'étiologie suicidaire ont diminué au fil des années, accordant davantage de place à la dimension opératoire et pragmatique. Aujourd'hui, on focalise les recherches autour des facteurs de risque qui se présentent sous la forme d'une « toile de causes » (*web of causation*) dont le plus important est le trouble mental. Le modèle des facteurs de risque fait référence au modèle épidémiologique. Comme l'explique Peretti-Watel : « Le paradigme épidémiologique repose sur une tradition qui associe étroitement recherche et prévention en donnant la primauté à la prévision sur la compréhension, il privilégie une conception multifactorielle du lien causal centrée sur l'individu, conception dont le succès et la diffusion peuvent être interprétés en référence aux concepts de 'boîte noire' et 'd'objet frontière' » (Peretti-Watel, 2004: 104).

En ce sens, le paradigme épidémiologique est aujourd'hui largement utilisé sans que le contenu de la « boîte noire » ne soit interrogé. Dans ce modèle, le lien entre le facteur de risque et le suicide n'est pas explicité : comprendre comment une personne souffrant de dépression ou de schizophrénie en arrive à se donner la mort demeure dans l'implicite. Ce flou théorique favorise les interprétations biologisantes, centrées sur l'individu, où l'on retrouve des termes comme ceux de *contagion* ou d'*épidémie comportementale*. Effectivement, des auteurs s'inscrivant dans le courant épidémiologique s'interrogent : « Is suicide contagious ? » (Mercy et al., 2001). Même lorsqu'il s'agit de facteurs de risque sociaux, ceux-ci sont individualisés à travers la notion d'incorporation utilisée au sens biologique du terme. Les facteurs sociaux sont ainsi interprétés comme inscrits véritablement dans le corps biologique et pouvant donc être transmis par contagion. Selon Peretti-Watel, cette biologisation a pour fonction de renforcer la légitimité scientifique du

paradigme épidémiologique en donnant moins de crédibilité aux controverses qui l'entourent (Peretti-Watel, 2004: 119). En ce sens et depuis quelques années, on assiste à une explosion des recherches portant sur les influences génétiques du suicide (Courtet et al., 2010; Cui et al., 2010; Mahon et al., 2010; McGuffin et al., 2010) accentuant la biologisation de l'étiologie suicidaire. La scientificité dont ces recherches se prévalent nourrit le rêve de pouvoir détecter – pourquoi pas dès la naissance – les individus qui auront un risque majeur de se suicider et de mettre ainsi en place un dispositif médicalisé qui puisse prévenir le suicide de manière totale⁴⁴. Face à l'incertitude du suicide et à son caractère perturbateur de l'ordre social, on voit ici une tentative de maîtriser, de manière totale et totalisante, ce phénomène, en le considérant d'emblée comme un comportement pathologique et déviant.

Parallèlement au développement des approches épidémiologiques, la pratique clinique revendique depuis quelques décennies l'utilisation du paradigme biopsychosocial (Botsis et al., 1997). Plusieurs auteurs reprochent au paradigme de ne pas introduire une vision du suicide réellement différente de celle véhiculée par l'approche psychiatrique classique, malgré l'intention de démedicaliser le suicide et sa prévention par le fait d'ajouter les dimensions socioculturelles à l'étiologie suicidaire. Barrett (1998) considère que le paradigme biopsychosocial a introduit les facteurs sociaux dans la compréhension des maladies mentales, qui ont toutefois été ainsi davantage soumis aux facteurs biologiques, considérés comme étant le noyau central de la maladie :

Si elles englobent un large spectre de perspectives, les théories biopsychosociales maintiennent néanmoins la domination médicale en donnant la préséance au savoir biologique (...) Lorsque le modèle est représenté sous la forme d'une série de cercles ou de carrés concentriques (...) la biologie occupe le noyau le plus profond, entouré de zones périphériques concentriques – soit successivement la zone psychologique, interpersonnelle, sociale et culturelle (...). Les idées qui modèlent cette représentation se reflètent dans le langage de la psychiatrie biopsychosociale. L'adjectif 'biologique' est généralement associé à des termes

⁴⁴ A ce propos, comment ne pas évoquer l'entretien croisé entre Michel Onfray et Nicolas Sarkozy réalisé par *Philosophie Magazine*, où Sarkozy défendait l'idée d'une prédisposition génétique au suicide, propos qui avaient suscité de très vives réactions dans la presse.. Voici l'extrait : « M. Onfray : 'Il y a beaucoup de choses que nous ne choisissons pas. Vous n'avez pas choisi votre sexualité parmi plusieurs formules, par exemple. Un pédophile non plus. Il n'a pas décidé un beau matin, parmi toutes les orientations sexuelles possibles, d'être attiré par les enfants. Pour autant on ne naît pas homosexuel, ni hétérosexuel, ni pédophile. Je pense que nous sommes façonnés non pas par nos gènes, mais par notre environnement, par les conditions familiales et sociohistoriques dans lesquelles nous évoluons'. N. Sarkozy : 'Je ne suis pas d'accord avec vous. J'inclinerais, pour ma part, à penser qu'on naît pédophile, et c'est d'ailleurs un problème que nous ne sachions soigner cette pathologie. Il y a 1200 ou 1300 jeunes qui se suicident en France chaque année, ce n'est pas parce que leurs parents s'en sont mal occupés ! Mais parce que, génétiquement, ils avaient une fragilité, une douleur préalable. Prenez les fumeurs : certains développent un cancer, d'autres non. Les premiers ont une faiblesse physiologique héréditaire. Les circonstances ne font pas tout, la part de l'inné est immense' » (Lacroix et Truong, 2007).

comme 'racines', 'base', 'substrat' ou 'noyau', alors que culturel va généralement avec 'couche supérieure' (...). Si on attribue une influence [aux facteurs des couches supérieures], c'est celle d'un simple facteur secondaire qui ne provoque pas la maladie. (Barrett, 1998: 262-263)

Santiago soutient qu'il n'existe pas de modèle théorique cohérent sous-jacent au paradigme biopsychosocial. Ceci « indique qu'il s'agit davantage d'un système rhétorique promouvant un ensemble d'affirmations sur la santé et la maladie que d'un 'modèle' » (Santiago, 2007: 15). En l'absence d'un cadre théorique cohérent, le modèle biopsychosocial favoriserait ainsi les explications biologiques⁴⁵.

L'explication médicale est donc profondément pathologisante, individualisante et biologisante. Le suicide est considéré comme relevant de la pathologie qui s'ancre elle-même dans le corps, les gènes et les neurones de l'individu. Les causes du suicide ne résident pas dans la société et, même lorsqu'on parle de facteurs de risque sociaux, ceux-ci sont biologisés, nécessitant une prise en charge médicale et individuelle (Peretti-Watel, 2004). Ces explications conduisent donc directement à la médicalisation du suicide⁴⁶. C'est en ce sens que Szasz (1971) s'opposait à une vision pathologique du suicide, puisque celle-ci justifie une médicalisation des personnes suicidaires, tant par le biais des médicaments que par celui de l'enfermement.

La pathologisation du suicide mène à une déresponsabilisation de l'individu suicidaire : ce n'est pas l'individu avec sa capacité de réfléchir et d'agir qui se suicide, mais l'individu malade, déterminé par la pathologie qui lui enlève la capacité et la volonté d'entendre et de vouloir. Cette déresponsabilisation a un impact ambigu. D'un côté, elle justifie la prise en charge, même coercitive, de la part de l'autorité médicale, niant le droit de l'individu à consentir aux soins. Il évacue également le questionnement existentiel qui devient un symptôme de la maladie⁴⁷. D'un autre côté, la déresponsabilisation peut avoir un effet positif car elle atténue le sens de culpabilité des personnes ayant survécu à leur tentative de suicide mais également celle des proches, dont la responsabilité dans l'acte suicidaire (pointée du doigt par les approches psychodynamiques) se trouve allégée⁴⁸.

⁴⁵ Cette dimension sera d'ailleurs confirmée à partir de l'enquête de terrain effectuée au SUC. Ces éléments seront ainsi repris et confrontés à la pratique psychiatrique au chapitre 4.

⁴⁶ Il ne s'agit pas ici de considérer le paradigme psychiatrique comme un savoir uniforme et monolithique. Dans un contexte de mondialisation des savoirs, on peut toutefois y percevoir des courants dominants où l'utilisation des manuels diagnostics et le paradigme épidémiologique jouent un rôle central.

⁴⁷ Comme le dit Freud, « Quand on commence à se poser des questions sur le sens de la vie et de la mort, on est malade car tout ceci n'existe pas de façon objective » (Guirlinger, 2000: 25)

⁴⁸ Dans la troisième partie de ce travail, on verra de manière plus détaillée comment l'explication psychiatrique se décline concrètement dans la prise en charge.

Du sens psychiatrique du suicide

Critiquant l'approche médicale, de nombreux auteurs affirment que celle-ci aurait évacué la question du sens du suicide (Cornu, 2000). Suivant une approche compréhensive, on entend par sens celui que les individus donnent au suicide comme « acte pleinement humain jusque dans ses contradictions internes »⁴⁹ (Guirlinger, 2000: 18). Bien que ne donnant effectivement que peu de place et de légitimité aux appréhensions personnelles du suicide, l'explication médicale, en s'intéressant aux causes du suicide, participe toutefois à une recherche du sens du suicide. Devant l'incompréhension et le désarroi que celui-ci suscite, la recherche du sens se rattache à la recherche du pourquoi, à laquelle le discours médical donne une réponse qui peut être signifiante, tant pour les personnes qui ont fait des tentatives de suicide que pour les proches d'un suicidé. La question est alors de savoir si cette explication techniciste, individualiste et pathologisante fait effectivement sens pour les individus ou si au contraire elle reste une explication experte, distante des populations. Selon Joubert (2002b), ces explications médicales ne contribuent pas à donner un sens au suicide car elles ne sont pas compréhensibles par les profanes qui ne saisissent notamment pas le lien complexe et ambivalent entre pathologie mentale et suicide. Cette confusion participe ainsi à renforcer le sentiment d'impuissance face au suicide (et de non-sens) et entretiendrait l'idée que le progrès des connaissances scientifiques pourrait définitivement éradiquer le suicide et la souffrance humaine (en négligeant ainsi l'importance d'une recherche de sens) (Migneault, 1999). Toutefois, la manière dont les discours médicaux sont perçus et intégrés par les personnes mériterait plus d'approfondissement, car ces explications, dans certains contextes, peuvent effectivement contribuer à donner du sens au fait suicidaire. Au sujet de la schizophrénie, Barrett (1998) évoque par exemple comment l'explication biologisante a été adoptée par les familles des patients comme pourvoyeuse de sens quant à l'origine de la maladie, puisqu'elle était beaucoup moins culpabilisante que les explications sociales et familiales. Dans une même logique, l'explication biologisante peut rassurer les familles, les personnes suicidaires elles-mêmes, mais également les pouvoirs publics et la société de manière générale, qui se trouvent entièrement déculpabilisés face au suicide. L'explication médicale est donc « censée », avec un sens bien particulier, qui contraste avec celui (existential, subversif, de critique sociale) que les auteurs de cette critique défendent.

⁴⁹ Le sens est ici considéré en tant que processus de signification.

Très peu de recherches existent toutefois sur la manière dont les explications psychiatriques peuvent devenir des pourvoyeuses de sens. Celles-ci permettraient de comprendre de quelle manière l'explication psychiatrique s'entremêle aux explications profanes ou personnelles (liées à des suicides ou tentatives de suicides particuliers). En effet, au sein des explications profanes on retrouve aussi la « folie » comme catégorie explicative (bien que marginale) qui se réfère aux pathologies mentales graves (relevant d'un diagnostic profane et non professionnel), montrant par conséquent la perméabilité entre ces paradigmes explicatifs (psychiatrique et profane).

Dans une perspective socio-anthropologique, quelques recherches existent sur la manière dont des personnes touchées personnellement par le suicide d'un proche utilisent les explications médicales (ou pas) pour donner sens au suicide. A partir d'entretiens qualitatifs avec des parents de jeunes suicidés, Owens et al. (2008) distinguent les causalités avancées par les parents en deux catégories : celles où le suicidé est considéré comme une victime d'agents externes (de personnes ou « du système ») ou comme un agent responsable de son propre sort. Les auteurs se déclarent surpris de ne pas avoir rencontré des *illness narratives* (rattachant donc le suicide à l'évolution d'une pathologie psychiatrique). A un discours s'appuyant sur les conceptions médicales, les parents préfèrent un discours moral, se rattachant aux notions de *agency* et de responsabilité (Owens et al., 2008: 250). Côté (2006) note également l'absence d'un discours se référant à la pathologie et aux maladies mentales dans une recherche qualitative où des entretiens ont été menés avec des personnes ayant survécu à une tentative de suicide, des proches de personnes suicidées, des intervenants dans le domaine de la santé mentale et des personnes n'appartenant à aucune de ces catégories représentant la « population en général ». Au contraire, les raisons évoquées sont multiples et se réfèrent en grande partie à l'affaiblissement du lien social, ramenant ainsi à la structure sociale les conditions à l'origine des suicides individuels. En revanche, en étudiant le processus de deuil des familles touchées par le suicide d'un adolescent, Genest et Gratton (2009) considèrent que la présence d'un diagnostic psychiatrique constitue un facteur de résilience. Le fait d'expliquer le suicide par la présence d'une pathologie mentale semble ainsi permettre aux familles de signifier le suicide et de dépasser plus facilement le désarroi que celui-ci implique⁵⁰.

⁵⁰ Ce n'est pas uniquement aux proches que l'explication médicale permet de donner sens, mais cela est également le cas pour les personnes impliquées à la première personne. Un exemple très parlant se trouve dans cet entretien d'un jeune ayant fait plusieurs tentatives de suicide, lu sur un blog tunisien : « Question : Vous semblez aujourd'hui épanoui et guéri de votre dépression. Réponse : J'ai suivi un cursus scientifique. Ca peut paraître bizarre, mais c'est ça ce qui m'a permis de me ressaisir. Je me rappelle qu'après une dernière tentative ratée, je me suis rappelé un cours de biologie où on a appris que la dépression est due à un dérèglement au

D'autres recherches mettent en évidence le biais culturel de l'explication psychiatrique du suicide qui est clairement occidental-centrée. Des comparaisons entre différents pays montrent en effet que dans les pays extra-occidentaux, le pourcentage de suicidés présentant un trouble psychiatrique est sensiblement mineur. Desjarlais et al. (1995) évoquent par exemple l'Inde, où seulement le 3% de suicides sont liés à des troubles mentaux, la majorité des suicides étant associée à des facteurs de stress sociaux. Ceci est lié au fait que les professionnels s'occupant de classer les morts par suicide dans les pays extra-occidentaux n'ont pas la même sensibilité face aux troubles psychiatriques qu'en Occident. Dans des pays comme l'Inde, une personne est considérée comme « folle » dans des cas graves et évidents (alors que la dépression est simplement considérée comme un état de tristesse ou de mélancolie). Les auteurs soulignent ainsi la tendance des psychiatres et des psychologues occidentaux à sur-diagnostiquer les troubles mentaux, ignorant les déterminants socioculturels (Desjarlais et al., 1995). La culture médicale occidentale promeut ainsi un regard plus pathologisant et individualisant du suicide qui, dans des sociétés moins familières à ce type de sous-culture, a plus de difficultés à être intégré.

niveau des sécrétions neuro-hormonales du système neurologique. C'était comme un coup de poing dans la figure. Car j'ai réussi à démasquer la source de tous mes problèmes et tout a pris sens dans ma tête. Ma nature de combattant a repris le dessus et je suis parti illico presto chez un psy pour suivre un traitement. Les médicaments m'ont aidé à calmer mon cerveau et à reprendre mon 'self control'» <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZAUHanx5degJ:www.tekiano.com/ness/n-c/5-o-3084/tunisie-oui-je-suis-un-ex-suicidaire-recviviste-.html+tunisie+suicidaire+r%C3%Agcdiviviste&hl=fr&client=firefox-a&gl=ch&strip=1>, consulté le 15 janvier septembre 2012.

C. Les explications socio-anthropologiques

A la fois objet et sujet de ma recherche, les explications socio-anthropologiques font, dans ce chapitre, l'objet d'une analyse approfondie. Il s'agit d'en comprendre la complexité et les limites, ainsi que les implicites théoriques qui déterminent leur inscription dans le champ socio-anthropologique.

Comment la question de l'explication du suicide a-t-elle été problématisée en sociologie et en anthropologie ? L'intérêt pour ce sujet est né très tôt en sciences sociales en devenant, grâce à Durkheim, le sujet fondateur de la sociologie moderne. Au sein de la littérature socio-anthropologique, trois mouvements peuvent être identifiés. Un premier, initié par Durkheim, s'intéresse dans une perspective macrosociologique aux taux de suicide et aux dimensions sociales et culturelles l'affectant. Un deuxième, dont Giddens est le principal acteur, poursuit les analyses durkheimiennes tout en essayant de les relier aux théories psychanalytiques. Le troisième mouvement, émergé à partir des années '60, s'inspire de l'approche compréhensive de Weber et introduit, dans l'entendement du phénomène suicidaire, le point de vue des acteurs⁵¹.

Les approches macrosociologiques

Durkheim

En écrivant *Le Suicide*, Durkheim (2007 [1897]) s'insère dans un champ de recherches autour du suicide assez important à l'époque et majoritairement occupé, notamment en France, par les psychiatres, qui proposaient une vision du suicide essentiellement de nature pathologique et individuelle. Son intention était alors de démontrer le caractère social du suicide dans le but de contribuer à la légitimation de la discipline sociologique naissante. Pour ce faire, Durkheim discute les thèses des aliénistes, en critiquant la volonté de médicaliser les suicides et en démontrant l'incapacité de ces derniers à expliquer tous les suicides. Comme il affirme en conclusion du chapitre sur « Les états psychopathiques » :

Ainsi, il n'est aucun état psychopathique qui soutienne avec le suicide une relation régulière et incontestable. Ce n'est pas parce qu'une société contient plus ou moins de névropathes ou d'alcooliques, qu'elle a plus ou moins de suicidés. Quoi que la dégénérescence (...) constitue un terrain psychologique éminemment

⁵¹ Récemment au sein de la suicidologie, on a vu apparaître un intérêt renouvelé autour de la culture. Le « facteur culture » est toutefois conçu comme une spécificité s'inscrivant dans un modèle multi-causal. L'importance accordée à la culture doit être mise en rapport avec les programmes de prévention, lesquels doivent pouvoir s'adapter aux particularités culturelles locales pour être plus efficaces. Pour un approfondissement voir Lester (1992-1993), Marsella et Kaplan (2002), Colucci (2006) et Mishara (2006).

propre à l'action des causes qui peuvent déterminer l'homme à se tuer, elle n'est pas elle-même une de ces causes. (Durkheim, 2007 [1897]: 53)

Plusieurs auteurs, comme Mucchielli et Renneville (1998), contestent toutefois la validité de l'argumentaire de Durkheim qui aurait donné une lecture imprécise des écrits des aliénistes de l'époque. La raison serait à trouver dans une stratégie d'institutionnalisation de la sociologie, qui devait permettre de se distinguer des explications psychiatriques afin de soutenir la nouveauté et l'originalité de la méthode sociologique.

A la lecture de Durkheim, on remarque une certaine ambiguïté dans l'explicitation de sa posture méthodologique, comme l'a révélé le débat entre Rozenberg (2009) et Macdonald (2009). Dans l'introduction, Durkheim affirme que si le suicide en soi peut être considéré comme un fait individuel, on s'aperçoit que le taux obtenu constitue un fait indépendant des suicides individuels avec une essence sociale à proprement parler dès qu'on s'intéresse à l'ensemble des suicides commis dans une société pendant une unité de temps donnée. La tâche du sociologue n'est donc pas celle « de faire un inventaire aussi complet que possible de toutes les conditions qui peuvent entrer dans la genèse des suicides particuliers, mais seulement de rechercher celles dont dépend ce fait défini que nous avons appelé le taux social des suicides » (Durkheim, 2007 [1897]: 15). Parmi les causes, seulement celles qui affectent l'ensemble des suicides doivent être prises en compte, car « le taux des suicides est le produit de ces facteurs » (Durkheim, 2007 [1897]: 15). Dans la première partie de son ouvrage, Durkheim discute les autres facteurs extra-sociaux (folie, race, hérédité, climat et imitation) pour affirmer leur insuffisance dans l'explication du suicide comme phénomène social. Ceci permet à l'auteur d'écrire : « Il en résulte, par élimination, qu'elle [la tendance spécifique au suicide] doit nécessairement dépendre de causes sociales et constituer par elle-même un phénomène collectif » (Durkheim, 2007 [1897]: 139). Le raisonnement semble presque tautologique (le suicide est un fait sociologique car on l'explique sociologiquement) mais permet à Durkheim de déployer sa méthode qui passe tout d'abord par l'exclusion des motifs évoqués dans les procès-verbaux. Ceux-ci étaient largement documentés en France et étaient utilisés, comme on l'a vu précédemment, par les psychiatres. Durkheim disqualifie ces données, en affirmant que « ce qu'on appelle statistique des motifs de suicides, c'est, en réalité, une statistique des opinions que se font de ces motifs les agents, souvent subalternes, chargés de ce service d'informations » (Durkheim, 2007 [1897]: 144). Et encore, que « (...) alors qu'elles seraient plus dignes de foi, elles ne pourraient pas nous rendre de grands services, car les mobiles qui sont ainsi, à tort ou à raison, attribués aux suicides, n'en sont pas les causes véritables » (Durkheim, 2007

[1897]: 144). Pour soutenir cette dernière position, il affirme que les motifs du suicide ne changent pas proportionnellement lorsque les taux de suicide varient, ce qui prouverait leur inconsistance statistique. Selon Mucchielli et Renneville, cette argumentation n'est pas pertinente puisque Durkheim utilise des sources de données qui démontrent ses propos, alors qu'en utilisant d'autres sources (dont Durkheim connaissait apparemment l'existence), cette régularité disparaîtrait et montrerait au contraire (à partir des motivations évoquées dans ces procès-verbaux) une augmentation des suicides liés aux maladies psychiques entre 1876 et 1894 et aux problèmes économiques à partir de 1882 (Mucchielli et Renneville, 1998: 14).

Ce ne sont pas uniquement les motifs classés dans les procès-verbaux (qui sont élaborés à partir des discours des proches par les policiers, voire par les médecins) qui n'ont pas de validité aux yeux de Durkheim, mais également les explications individuelles qui ne sauraient refléter des tendances collectives. Il postule donc l'ignorance des individus quant à la nature de leurs actes : « les confidences que le sujet lui-même nous fait sur son état sont le plus souvent insuffisantes, quand elles ne sont pas suspectes. Il n'est que trop porté à se tromper sur lui-même et sur la nature de ses dispositions » (Durkheim, 2007 [1897]: 140-141).

Si on revient sur le débat entre Rozenberg et Macdonald, on peut affirmer que Durkheim, au travers de l'explication des taux de suicide, entend véritablement expliquer le suicide. En effet, l'explication du suicide par le biais du taux est le seul moyen envisagé et considéré comme scientifiquement pertinent par Durkheim dans le but de saisir ce phénomène. En ce sens, la distinction opérée par Rozenberg entre explication du suicide et explication du taux de suicide (distinction qui serait propre à Durkheim) n'est pas pertinente.

Pour expliquer le lien entre tendances collectives et suicides individuels, Durkheim s'appuie sur la théorie de l'inconscient collectif, à une époque où les théories sur l'inconscient et sur l'hypnose étaient très en vogue. Paradoxalement, afin de postuler la prééminence du social sur l'individuel et de la sociologie sur la psychologie, Durkheim utilise ainsi une théorie du psychisme (Karsenti, 1995; Mucchielli et Renneville, 1998). A partir de ces considérations épistémologiques, Durkheim propose, en s'appuyant sur un travail statistique important (qui est devenu l'exemple par excellence de la méthode sociologique), les célèbres typologies des suicides. Ceux-ci peuvent être classés en quatre catégories étiologiques : (1) le suicide égoïste (dû à une faible intégration sociale), (2) le suicide altruiste (dû à une trop forte intégration sociale), (3) le suicide anémique (lié à la diminution du pouvoir normatif de la société lors de grands changements socioéconomiques) et (4) le suicide fataliste

(lorsque les normes et les valeurs sont trop forts et contraignants). L'augmentation des taux de suicide de la fin du 19^e siècle était ainsi due, selon l'auteur, à un accroissement des suicides égoïstes et anomiques. Ceux-ci sont interprétés comme étant liés à la dissolution de l'ordre social traditionnel et au développement de la société industrielle, ainsi qu'à l'émergence des valeurs individualistes et à la consolidation de la pensée rationnelle.

Halbwachs

Dans *Les causes du suicide* (2002 [1930]), Halbwachs explicite d'emblée son intention d'étudier l'étiologie suicidaire en poursuivant l'œuvre de Durkheim, tout en la remettant en cause profondément. Par un travail statistique rigoureux et extrêmement riche, Halbwachs confirme certaines tendances établies par son prédécesseur (comme l'influence de l'appartenance religieuse ou le rôle protecteur des enfants), tout en améliorant le cadre explicatif et en mettant au premier plan la cohésion sociale comme facteur déterminant les fluctuations des taux de suicide. La cohésion sociale diminuerait ainsi avec le développement des villes et l'affaiblissement des structures traditionnelles (d'où les taux de suicide plus haut dans les milieux protestants, davantage urbanisés), provoquant ainsi une augmentation des taux de suicide. Halbwachs apporte également une critique radicale à la séparation établie par Durkheim entre les niveaux individuels et sociaux, entre les motifs et les causes sociales. Comme l'affirme Halbwachs : « Lorsqu'on passe en revue les divers motifs particuliers du suicide, on s'aperçoit que, si les hommes se tuent, c'est toujours à la suite d'un événement ou sous l'influence d'un état survenu soit au dehors, soit au dedans (dans leur corps ou dans leur esprit), qui les détache ou les exclut du milieu social, et leur impose le sentiment insupportable de leur solitude » (Halbwachs, 2002 [1930]: 12). Ou encore : « (...) les sentiments de famille, les pratiques religieuses, l'activité économique ne sont pas des entités. Ils prennent corps dans les croyances et les coutumes qui rattachent et lient l'une à l'autre les existences individuelles » (Halbwachs, 2002 [1930]: 383). Il n'y a donc pas deux niveaux séparés unis par un inconscient invisible, mais une incorporation des dimensions sociales et structurelles. Halbwachs introduit ainsi le concept d'incorporation, qui sera développé au cours du 20^e siècle par de nombreux sociologues et anthropologues (Mauss, 1934; Bourdieu, 1980; Fassin, 1996)⁵². Comme le mettent en évidence Baudelot et

⁵² Des nuances existent dans la définition que les différents auteurs donnent à la notion d'incorporation. Mauss (1934) l'utilise par exemple par rapport aux « techniques du corps », qui varient sensiblement selon l'époque et la culture. Les dimensions culturelles sont ainsi censées s'incorporer dans le corps physique. Bourdieu (1980) conçoit ce terme par rapport aux différences de classe. Par le biais de l'habitus, la classe sociale s'incorpore dans les corps des individus, façonnant les « usages du corps », qui sont modulés par la classe sociale. Fassin (1996), au contraire, considère l'incorporation sous le prisme de l'inégalité. En particulier, il s'intéresse à la manière dont les inégalités sociales marquent les corps et se reflètent dans les différences face à la maladie, à la mort et à la souffrance.

Establet, l'auteur, tout en valorisant la nécessité d'objectiver les faits sociaux en se distanciant du sens commun, introduit « un rapprochement exemplaire avec les données immédiates de l'expérience » (Baudelot et Establet, 2006a: 23). En ce sens, la notion de désespoir joue un rôle central, permettant de donner aux dimensions subjectives une place importante dans la compréhension sociologique du phénomène suicidaire. Comme le dit Halbwachs :

Le nombre des suicides est un indice assez exact de la quantité de souffrance, de malaise, de déséquilibre et de tristesse qui existe ou se produit dans un groupe. Lorsqu'il augmente, c'est le signe que la somme des désespoirs, des angoisses, des regrets, des humiliations et des mécontentements de tout ordre se multiplie. C'est donc bien l'état général, heureux ou malheureux, de l'ensemble, que ces morts volontaires plus ou moins dispersées nous font connaître. (Halbwachs, 2002 [1930]: 366)

Bien que proposant un cadre épistémologique nouveau se distanciant de l'approche durkheimienne, le travail de Halbwachs a longtemps été appréhendé comme un travail mineur, restant à l'ombre de l'ouvrage de son prédécesseur. Seulement récemment, la richesse de ses travaux, en particulier au sujet du fait suicidaire, a été redécouverte (Jaisson et Baudelot, 2007).

Baudelot et Establet

Poursuivant les réflexions initiées par Durkheim et Halbwachs au travers d'une approche macrosociologique du suicide, Baudelot et Establet (2006b) actualisent et comparent à l'échelle mondiale les statistiques et les analyses sur le suicide. A la lecture des statistiques, le taux de suicide augmenterait globalement avec l'industrialisation (phénomène qui s'observe également avec l'industrialisation de l'Inde et de la Chine à partir de la deuxième moitié du 20^e siècle) mais aurait par contre tendance à diminuer au fil du temps. En effet, dans les pays occidentaux, depuis le début du 20^e siècle, le taux de suicide stagne, voire diminue lentement.

Les auteurs construisent la grande partie de leur ouvrage autour de l'affirmation de Durkheim selon lequel « la misère protège » (Durkheim, 2007 [1897]: 269), en s'appuyant sur le fait que jusqu'à la fin du 19^e siècle les taux de suicide étaient plus élevés parmi les classes supérieures. La situation actuelle semble à première vue se confirmer, puisque c'est dans les pays les plus riches que l'on se suicide le plus (à l'exception des pays de l'ex-bloc soviétique qui sont des pays relativement pauvres mais qui présentent des taux de suicide très élevés). Toutefois, en regardant les statistiques de plus près, on se rend compte que dans les pays riches, ce sont davantage les pauvres qui se suicident.

Pour arriver à cette constatation, Baudelot et Establet se basent en premier lieu sur les statistiques régionales recueillies aux États-Unis, en France et en Grande-Bretagne. Ces données montrent de manière nette que dans les régions les plus pauvres (où le niveau d'urbanisation est faible et où les revenus sont plus bas), les taux de suicide sont plus élevés que dans les régions les plus riches (Baudelot et Establet, 2006b: 163-175). En deuxième lieu, les auteurs s'appuient sur les recherches de Bourgoïn (1999) sur le rapport entre suicide et catégorie professionnelle en France. Les statistiques recueillies par Bourgoïn montrent que la catégorie de loin la plus touchée est celle des employés, dont le taux de suicide se situe, pour les hommes de 29 à 49 ans entre 1984 et 1994, à environ 60/100'000. Avec un taux de suicide compris entre 30 et 40/100'000 se trouvent les agriculteurs, les artisans/commerçants et les ouvriers. Les professions intermédiaires se situent à un taux de 20/100'000 et les professions libérales autour de 15/100'000 (Bourgoïn, 1999: 81). À regarder de plus près, des nuances existent, notamment concernant les professions dans le domaine de la santé, qui présentent des taux de suicide relativement élevés. Les inactifs ont d'autre part un taux de suicide deux fois plus élevé que les actifs (Bourgoïn, 1999: 76). Les résultats de l'étude montrent que le chômage, le niveau d'instruction, ainsi que le revenu sont corrélés de manière significative aux taux de suicide masculin, permettant à Bourgoïn de conclure en affirmant que « 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 » (Bourgoïn, 1999: 92). Ces considérations portent à confirmer les propos de Bourdieu au sujet des liens entre le suicide et le statut socioéconomique : « La propension à se donner la mort varie en raison inverse de l'importance sociale reconnue (...), plus les agents sociaux sont dotés d'une identité sociale consacrée, plus ils sont à l'abri de la mise en question du sens de leur existence » (Bourdieu, 1997: 322). Il faut toutefois souligner la rareté d'études sociologiques ou statistiques s'intéressant aux liens entre les taux de suicide et les classes sociales. En Suisse, des statistiques croisant la catégorie socioprofessionnelle et le suicide ont été publiées en 1997 à partir de données de la période entre 1979 et 1983 et concernant uniquement les hommes (OFS, 1997). Depuis lors, aucune statistique n'a été publiée en ce sens de la part de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Dans la publication de 1997, on peut voir que les métiers de l'agriculture, de l'industrie du bâtiment, de l'industrie alimentaire, de l'information, des transports et de la vente ont des taux de suicide supérieurs à la moyenne, alors que les métiers du secteur technique, du bois, des textiles, de la chimie et les métiers libéraux ou académiques ont des taux de suicide

inférieurs à la moyenne. Une observation plus précise montre toutefois des différences importantes au sein d'une même catégorie professionnelle. Par exemple, parmi les professions libérales, les médecins, les chimistes, les journalistes, les psychologues et les travailleurs sociaux ont un taux de suicide nettement supérieur à la moyenne. La pauvreté des statistiques sur cette question ne nous permet pas d'aller plus loin dans l'analyse, mais ces quelques données nous font légitimement supposer que les analyses approfondies effectuées par Bourgoin et d'autres auteurs en France peuvent également s'appliquer au cas de la Suisse, permettant ainsi d'indiquer une fluctuation importante des taux de suicide en fonction de la classe sociale.

Afin d'expliquer ces différences de taux de suicide entre les classes sociales, Baudelot et Establet s'appuient sur des recherches coordonnées par Inglehart (Inglehart, 2000; Inglehart et Wayne, 2000) et menées au niveau international, plaçant les pays du monde sur deux axes croisés. Le premier concerne les valeurs accordées à la religion, à la famille, au suicide et à l'euthanasie. L'échelle va des pays plutôt « traditionalistes⁵³ » (donnant beaucoup d'importance à la religion, condamnant l'euthanasie, le divorce et le suicide) aux pays « laïques-rationnels » ayant des positions opposées aux précédentes. L'autre axe se penche sur la signification donnée au travail. On passe des pays où le travail est lié à une « lutte pour la survie » : il représente avant tout une source de revenu, un moyen d'assurer une stabilité financière et d'offrir la possibilité aux enfants de recevoir une bonne éducation. A l'opposé, il y a une conception du travail comme une source d'épanouissement personnel s'appuyant sur la créativité et la motivation des individus. Les auteurs parlent ainsi d'« individualisme créatif » : il ne s'agit pas d'un individualisme déliant l'individu de toute appartenance sociale, mais au contraire, on assisterait à une nouvelle manière de « faire société » basée sur le partage des valeurs démocratiques et sur le bien-être économique. En étudiant les taux de suicide des différents pays classés selon ces échelles, les auteurs montrent que celui-ci augmenterait avec le développement des valeurs laïques. Cela expliquerait le taux de suicide plus bas dans les pays africains ou d'Amérique Latine, ainsi que l'augmentation des taux qui a accompagné l'industrialisation dans les pays occidentaux. Ces taux diminuerait toutefois avec l'émergence de l'individualisme créatif, comme le démontre la diminution des taux de suicide dans les pays occidentaux à partir de la deuxième moitié du 20^e siècle. Mouvement propre aux sociétés occidentales, l'individualisme créatif aurait permis, par le biais notamment du travail, de retisser des réseaux de sociabilité protecteurs qui avaient disparus avec le développement

⁵³ J'utilise ici le terme employé par Inglehart.

des villes et l'effritement de la société traditionnelle⁵⁴. La dimension économique est donc déterminante dans l'accès à ces réseaux de sociabilité. Ils sont davantage développés dans les classes sociales supérieures, expliquant les taux de suicide plus faibles parmi ces classes sociales. Cet appareillage théorique permettrait également d'éclairer le fait que le taux de suicide dans les pays de l'ex-bloc soviétique demeure très élevé. En effet, l'écoulement de la structure communautaire se cumule à un contexte de lutte pour la survie, sans qu'un individualisme créatif protecteur n'ait pu se développer.

Au niveau de la posture théorique, Baudelot et Establet restent fidèles à l'héritage durkheimien du travail par les chiffres. La question du lien entre niveau macro et micro reste toutefois problématique. Les auteurs essaient de comprendre le lien entre les variables sociales et le vécu individuel en s'appuyant sur de nombreuses recherches et réflexions représentant davantage un patchwork d'hypothèses⁵⁵ qu'un cadre théorique fort, pouvant soutenir la pénétrabilité entre les deux niveaux.

Baudelot et Establet reviennent sur l'opposition entre approches psychologiques et sociologiques et postulent la difficulté de rendre perméable les deux niveaux. Tout en présentant le modèle de Pierre Surault (2003) qui essaie de croiser les conditions sociales et la santé psychique de l'individu, les auteurs soulignent la « divergence d'échelle » et les perspectives « diamétralement opposées » qui séparent les analyses sociologiques et psychologiques. « Leurs savoirs [du sociologue et du psychiatre] se complètent sans réellement communiquer parce qu'ils ne raisonnent pas à la même échelle » (Baudelot et Establet, 2006b: 250). Les variables sociales du suicide sont pertinentes dans une analyse statistique, mais demeurent invisibles au niveau des cas individuels où les dimensions psychologiques resteraient prédominantes. La séparation faite entre niveaux psychologiques et sociologiques demeure discutable, car elle néglige une grande partie de la littérature s'intéressant à la santé mentale portant sur la manière dont les conditions

⁵⁴ Cela ne signifie pas que les individus occidentaux sont plus créatifs, mais que l'individualisme permettrait une plus grande créativité dans le développement des individus (par rapport aux valeurs, au réseau social, aux croyances). Ce changement donnerait lieu à de nouveaux équilibres sociaux et relationnels qui seraient protecteurs vis-à-vis du suicide.

⁵⁵ Les auteurs expliquent par exemple l'augmentation du suicide des jeunes par leur intégration difficile dans le monde du travail qui serait, en France, très fermé et dominé par les seniors. La diminution des taux de suicide des personnes âgées serait quant à elle liée aux facilités économiques et sociales dont les retraités jouissent aujourd'hui. Cette tendance ne se rencontre par exemple pas en Suisse, où le suicide des personnes âgées a plutôt augmenté. En suivant le raisonnement des auteurs, cela serait lié à une retraite moins aisée des suisses en comparaison aux retraités français, ce qui constitue une hypothèse plutôt improbable. Autre exemple : pour expliquer les taux de suicide féminin plus bas que celui des hommes en Occident, les auteurs, comme le met en évidence Tremblay (2007), recourent à une prétendue nature féminine plus encline à partager ses émotions. Cette tendance ne se vérifie toutefois pas en Chine où les femmes se suicident beaucoup plus que les hommes. Les auteurs expliquent alors cette situation exceptionnelle par le biais d'observations ethnographiques qui mettent en cause le rôle des femmes au sein des systèmes familiaux traditionnels.

sociales et les représentations culturelles s'incorporent dans le vécu et la souffrance des individus (Kleinman et al., 1997; Verdier et Firdion, 2002; Fassin, 2004a; Jacques, 2004; Dejours et Bègue, 2009). De plus, la littérature ethnographique est grandement utilisée pour l'explication des suicides dans les sociétés de petite taille, ce qui tend à reproduire une division classique entre des sociétés occidentales pouvant être analysées par la sociologie (voire la sociologie quantitative) et des sociétés « exotiques » pouvant être expliquées par l'anthropologie et l'enquête ethnographique.

On ne peut pas questionner cette volonté de poursuivre dans la voie tracée par Durkheim sans approfondir davantage les contributions théoriques de Halbwachs autour des liens à tisser entre dimensions sociales et individuelles. Un véritable dialogue avec les approches psychiatriques est relativement limité, voire absent. Cela est notamment surprenant chez Baudelot et Establet, comme s'il s'agissait toujours de défendre une certaine spécificité et légitimité sociologique vis-à-vis des disciplines médicales. Serions-nous aujourd'hui dans une situation similaire à celle de l'époque durkheimienne, où la spécificité et la pertinence sociologique semble être menacées vis-à-vis d'une psychiatrie dominante, au prix de faire l'économie « des analyses fines » (Tremblay, 2007) ?

Le suicide comme pathologie de l'exercice du pouvoir

Critiquant le manque d'une véritable théorie explicative du suicide et la *compartmentalisation* (Giddens, 1966: 276) de la sociologie du suicide (par rapport à la psychologie), Giddens essaie de bâtir des ponts entre les théories psychologiques et sociologiques. Il reprend la typologie de Durkheim et se concentre sur les suicides égoïstes et anomiques, en essayant de les intégrer à la théorie psychanalytique freudienne. Dans *Deuil et mélancolie* (1988), Freud associait le suicide aux états dépressifs. Ceux-ci seraient liés d'une part à une « perte de l'objet » touchant à l'égo de l'individu (e.g. séparation amoureuse, deuil ; dépression de type *coupable*). La frustration qui émerge à la suite de la perte de l'objet extérieur est dirigée, en raison d'un surmoi très fort - provoquant un sentiment de culpabilité - vers soi-même (l'objet est intériorisé). Le suicide serait ainsi la réaction extrême de ce mouvement autodestructeur (volonté de tuer, d'être tué). D'autre part, un autre modèle dépressif amenant vers le suicide est celui où l'individu vit une situation de faillite (e.g. licenciement, humiliation ; dépression de type *honte*) qui lui donne un sentiment d'infériorité car la performance de l'égo s'éloigne de la conception de l'égo-idéal. L'individu tourne ainsi la frustration et la honte vers lui-même, voulant tuer l'égo, responsable de sa faillite.

S'appuyant sur cette théorie, Giddens partage l'idée selon laquelle le suicide est presque toujours précédé d'un état dépressif et que, parmi les troubles mentaux, la dépression est celle qui est le plus associée au suicide. Toutefois, il relativise partiellement cette association, en écrivant que « (...) it is not difficult to find cases which do *not* fit easily within such a pattern » (Giddens, 1966: 281-282). Les théories psychanalytique et sociologique se retrouvent également autour de la place accordée à la conscience. Le sujet suicidaire est dès lors considéré comme ignorant (la plupart des fois) les vraies raisons de son comportement : « (...) in most suicidal acts (...) the crucial motives are probably unconscious » (Giddens, 1966: 290). Ceci fait écho au « Que de fois nous nous méprenons sur les raisons véritables qui nous font agir ! » de Durkheim (2007 [1897]: 4).

En reprenant les typologies de Durkheim, Giddens explique comment une condition de trop faible intégration sociale (suicide égoïste) produit des individus isolés ayant peu de liens psychologiquement significatifs avec les autres, pouvant à son tour mener vers une dépression de type *coupable* et par conséquent vers le suicide. Une situation d'intégration normative trop faible (suicide anémique) conduirait au contraire vers une situation (où l'identité de l'individu se trouve disjointe de l'égo-idéal) pouvant provoquer une dépression de type *honte* et mener successivement au suicide (Giddens, 1966).

Giddens relie donc clairement le niveau psychologique au niveau sociologique, en postulant que le développement d'une personnalité suicidaire est strictement lié à la structure sociale suicidogène dans laquelle l'individu évolue : « The structural variables which Durkheim hypothesised as acting 'directly' to produce a given suicide rate cannot be supposed, however, to be separate from those which influence the formation and distribution of suicidal personality types in a population » (Giddens, 1966: 286). Contrairement à Durkheim, l'auteur introduit la vision d'un sujet agissant et non simplement agi par la société, correspondant à une conception interactionniste et dynamique du suicide. La question du pouvoir est ainsi centrale dans l'explication du suicide de Giddens :

Suicide is a grasping towards omnipotence in a situation in which the influence of the individual, as he may realise on a conscious level, is pathetically inadequate. His world has slipped away from him, and yet in the very act of denying that world he attempts to encompass and change it as well as to change himself. But the effort at mastery takes on different forms. In egoistic suicide it is an attempt to influence others through self-punishment, and thereby to escape from social isolation. In anomic suicide the attempt is more radical: to effect a change in identity, a transformation of self, and thereby to escape a situation of meaninglessness. (Giddens, 1971: 113)

Le suicide est donc interprété comme émergeant d'une situation de perte de pouvoir (objectif et/ou subjectif) et renvoyant ainsi à une tentative de reprise de pouvoir sur soi (*empowerment*).

Dans la continuité des réflexions de Giddens, Côté conçoit le suicide comme une « pathologie de l'exercice du pouvoir⁵⁶ » (2006: 78). L'individu évolue au sein de relations sociales et de rapports de pouvoir qui déterminent le développement de sa subjectivité. Celle-ci se construit entre l'appartenance et l'autonomie, entre le pouvoir de la société et le pouvoir de l'individu. Un déséquilibre entre ces formes de pouvoir induirait des situations suicidogènes. Face à des conditions sociales où le pouvoir d'action des individus se trouve appauvri, l'individu, refusant de rester dans l'impuissance, peut trouver dans l'acte suicidaire une manière de réaliser le changement souhaité. Le suicide est en effet un acte de pouvoir qui s'inscrit dans les rapports entre individualité et appartenance sociale tout en exprimant ce désir de changement. Le suicide conçu comme une pathologie de l'exercice du pouvoir s'inscrit ainsi dans un processus de subjectivation.

L'approche politique adoptée par ces auteurs permet d'inscrire le suicide dans la perspective de l'action sociale (*actiology* ou *agency*). Contrairement à d'autres approches voyant le suicidaire comme une victime dont les comportements sont déterminés par la maladie ou le désespoir, Giddens et Côté considèrent l'individu suicidaire comme un acteur et le suicide comme une action s'inscrivant au sein de rapports de pouvoir. Mettant en avant la quête de subjectivation de l'individu, ces auteurs interprètent l'évolution et le changement dans une perspective conflictuelle visant l'équilibre entre le soi et la société⁵⁷.

La perspective compréhensive

Avec *Le suicide*, Durkheim avait permis à l'approche statistique d'affirmer sa prédominance dans le domaine du suicide, en écartant pendant des décennies l'approche par étude de cas (*case study method*) qui était largement utilisé au cours du 19^e siècle (Douglas, 1966). L'étude de cas dans le domaine du suicide considérait implicitement que les actions des

⁵⁶ L'auteure donne une définition dynamique et bidirectionnelle du pouvoir : « Le pouvoir ne s'exerce pas seulement entre individus et de manière directe. (...) Le pouvoir peut s'exercer sur un individu par des alliances circonstancielles entre d'autres individus, par des groupes plus ou moins formellement constitués, par les effets cumulés de l'action des autres à travers des rapports hiérarchiques institués. (...) En même temps que les contraintes sociales se présentent toujours comme données pour l'individu (elles sont simultanément le motif et l'objet de l'action), l'action individuelle exerce une influence, réelle bien qu'impondérable, sur la reproduction des contraintes sociales, c'est-à-dire sur les conditions de l'action de l'ensemble des individus » (Côté, 2006: 87).

⁵⁷ En ce sens Giddens et Côté considèrent le pouvoir comme une qualité interactionnelle inscrite dans une structure sociale. La dimension idéologique dans laquelle les acteurs sociaux perçoivent le pouvoir n'est ainsi pas pris en compte dans cette analyse.

individus s'expliquent par les significations sociales des individus ; selon cette démarche, l'étude des significations du suicide permettrait d'expliquer les variations du taux de suicide entre groupes sociaux, régions ou pays. Durkheim écarta cette approche en raison du caractère problématique des significations sociales du suicide (comme les motifs évoqués par les suicidés ou les proches). Selon lui, celles-ci seraient trop liées au sens commun et impliqueraient une vision des individus comme étant trop rationnels, conscients et honnêtes (Douglas, 1966: 257). A cela s'ajoutait, comme on l'a déjà évoqué plus haut, la volonté de constituer une nouvelle discipline qui puisse se différencier des approches médicales en se prévalant d'une scientificité positiviste. Au contraire, dans l'ouvrage *The social meanings of suicide*, Douglas (1973 [1967]) revient sur cette approche en critiquant fermement la valeur des statistiques qui ne seraient pas basées sur des données objectives, mais seraient influencées par la définition du suicide propre à une société déterminée. Les statistiques sont également influencées par la signification sociale du suicide : plus une société condamne les actes suicidaires, plus les cas de suicides seront dissimulés comme des morts accidentelles (Douglas, 1973 [1967]). Ces éléments ne permettent ainsi pas, selon Douglas, d'établir des analyses objectives des causes de suicide à partir des données statistiques.

Tout en affirmant la nécessité de perfectionner l'approche en étude de cas tel qu'elle était utilisée à l'époque, Douglas affirme que cette méthode est indispensable pour saisir les significations sociales du suicide. Il propose ainsi d'approcher le suicide par le biais de la linguistique, en analysant les items linguistiques (les métaphores en particuliers) utilisés pour décrire et expliquer le suicide, notamment de la part des personnes qui se suicident. Comprendre le suicide passe ainsi essentiellement par le fait d'accéder aux discours des acteurs qui passent à l'acte. Au niveau méthodologique, Douglas met en évidence la différence qui existe entre les significations du suicide données en lien avec une situation concrète, et celles données au niveau abstrait : « (...) the *situated meanings* are significantly different from the *abstract meanings* » (Douglas, 1973 [1967]: 339). Afin d'éclairer le sens du suicide, il est donc essentiel de passer par les significations « en contexte » et non par des significations abstraites et générales. Douglas réfute le postulat selon lequel on pourrait expliquer le suicide à partir de significations sociales globales d'une société donnée (e.g. individualisme, perte de valeurs religieuses, etc.). Les significations plus fréquentes que les

acteurs attribuent aux suicides sont la demande de sympathie⁵⁸, le retour à Dieu, le désir de vengeance et la tentative de fuite.

Douglas reprend ainsi l'approche wébérienne, qui avait jusqu'alors été mise de côté dans l'appréhension du suicide, et inaugure la prise en compte du point de vue des acteurs dans la compréhension du phénomène suicidaire. On voit ainsi un changement dans la manière d'appréhender l'explication du suicide. De fait, il ne s'agit plus d'expliquer le suicide à partir des logiques et structures sociales, mais d'accéder aux interprétations et aux significations données par les acteurs. S'intéresser aux discours et aux processus individuels conduisant au suicide permettrait de comprendre le suicide et de l'expliquer d'un point de vue microsociologique, en faisant émerger des typologies. L'idée que les explications évoquées par les individus suicidaires sont fiables et pertinentes et permettent d'expliquer le suicide est ainsi implicite à cette démarche.

Baechler (2009 [1975]) va dans le même sens que Douglas en se basant sur le discours des acteurs et en voulant approfondir le sens du suicide. Toutefois, il considère le suicide comme un acte totalement rationnel (et non pas un mystère difficile à percer) ayant un sens qui peut être compris raisonnablement par un observateur externe. Le suicide est considéré comme étant un libre choix et en tant que tel, il se retrouve dans toute époque historique et lieu géographique. Selon Baechler, le suicide ne relève aucunement de la maladie mentale, mais plutôt d'une problématique existentielle. Il définit en effet le suicide comme étant « un acte positif par lequel un sujet tente de résoudre un problème existentiel » (Baechler, 2009 [1975]: 118). Baechler opère une distinction entre le sens et les motifs du suicide. Le sens répond à la question : « En vue de quoi le suicide est accompli ? ». Les motifs à « Pourquoi la personne se suicide ? », se référant ainsi aux causes qui mènent au passage à l'acte. Baechler se concentre ainsi sur le sens du suicide en définissant quatre typiques (dans une perspective wébérienne) : le suicide escapist, le suicide agressif, le suicide oblatif et le suicide ludique. La définition du suicide inclut également les tentatives de suicide, car le « en vue de quoi » l'acte est accompli ne change pas entre suicide et tentative de suicide (ce qui ne signifie pas non plus nécessairement selon Baechler que les suicidaires cherchent la mort, ni dans un cas, ni dans l'autre). Suivant cette réflexion, Baechler postule l'impossibilité de prédire et de prévenir le passage à l'acte suicidaire, car celui-ci serait un acte inéluctable résultant d'un choix parmi d'autres, « consubstantiel à la condition humaine » (Baechler, 2009 [1975]: 601). Les programmes de prévention deviendraient ainsi un moyen pour nier cette liberté aux êtres humains,

⁵⁸ Dans le sens d'une demande d'attention et d'amour (Douglas, 1973 [1967]).

reflétant la peur de la mort qui pousserait la société à vouloir la maîtriser. Ces programmes de prévention « dans la meilleure des hypothèses, (...) aboutiront à peupler les hospices et à multiplier les tentatives de suicide aux dépens des suicides accomplis » (Baechler, 2009 [1975]: 601). Concernant la posture théorique rationaliste de Baechler, Côté (2006) se montre très critique en affirmant que l'auteur aurait réduit le sens du suicide à une logique rationnelle, oubliant tout ce qu'il y a d'irrationnel dans les actions humaine et dans le sens qui leur est donné.

Il est intéressant de remarquer que pour Douglas et Baechler, malgré leur approche compréhensive revendiquée, le sens social du suicide est une signification élaborée par le sociologue à partir des discours ou des histoires de vie des individus suicidaires. Cette perspective ne s'intéresse donc pas aux significations et aux explications profanes générales autour du suicide, qui, selon eux, ne permettent pas de comprendre les processus suicidaires individuels. Ceci est clairement explicité chez Douglas, qui distingue clairement les *situated meanings* des *abstract meanings* (Douglas, 1973 [1967]: 339), affirmant l'impossibilité d'expliquer les suicides individuels à partir des significations profanes abstraites⁵⁹.

⁵⁹ D'autres auteurs se sont inspirés de l'approche compréhensive pour développer d'autres typologies de suicide, comme par exemple Gratton (1997) au sujet des suicides des jeunes québécois ou Volant (1990) grâce à l'utilisation des lettres d'adieu des suicidés.

D. Mise en perspective de l'explication

Après avoir approfondi les explications données au suicide selon différentes approches, il s'agit ici de réfléchir aux enjeux que comporte l'explication. Comment les explications influencent-elles la réalité du suicide ? Comment expliquer les difficultés, toujours actuelles, à expliquer le suicide ? Quels sont les implicites des explications du suicide ? Comment se positionner vis-à-vis des différentes explications ? En partant de l'analyse des postures théoriques face au suicide, il s'agira ainsi d'explicitier la posture que j'entends adopter dans ce travail.

Sens du suicide et explications

En tant que « produits culturels », les explications du suicide produisent également du sens et influencent la société dans laquelle elles sont diffusées. On pourrait dès lors s'interroger sur l'impact que ces explications ont sur le sens social donné au suicide. La théorie de Durkheim, par sa popularité, a sûrement influencé les explications populaires, mais il reste difficile de dire si c'est le père de la sociologie qui s'est inspiré des considérations populaires ou bien le contraire. Certains auteurs penchent plutôt pour la première proposition et estiment que l'œuvre de Durkheim est largement influencée par des considérations morales face à l'individualisme et à la perte de croyance religieuse propres de la fin du 19^e siècle (Mucchielli et Renneville, 1998)⁶⁰. Concernant d'autres théories et explications socio-anthropologiques moins populaires (ou popularisées) du suicide, on peut apporter les mêmes critiques que celles faites aux explications psychiatriques autour de la difficulté d'accès à ces explications. Malgré le fait que certaines soient basées sur des récits de vie, notamment pour les approches compréhensives, les explications élaborées demeurent difficilement intelligibles et peu accessibles au grand public, en restant ainsi cantonnées aux milieux universitaires. Ceci dit, les explications profanes restent à la base plus proches des explications socio-anthropologiques car, comme on l'a montré plus haut, les explications profanes ressemblent souvent à des sociologies spontanées⁶¹. Toutefois, le discours médical s'appuie aussi sur un aspect du sens commun, qui est celui de la

⁶⁰ Sur ce point, Baudelot et Establet contestent la vision de l'œuvre de Durkheim comme étant empeignée de moralisme et soulignent comment Durkheim « n'était nullement un nostalgique chagrin du bon vieux temps », mais au contraire « Il nourrit (...) la plus grande sympathie pour la plupart des mouvements d'émancipation et d'enrichissement qui caractérisent les sociétés modernes » (Baudelot et Establet, 2006b: 42).

⁶¹ Comme on peut le voir dans les recherches de Côté (2006), de Wexler (2006) et de Catedra (1993).

naturalisation des faits sociaux⁶². On pourrait cependant se demander si une explication fait davantage de sens pour une personne ou un groupe social à mesure qu'elle se rapproche des significations ou du sens que ceux-ci peuvent donner de manière spontanée à un événement. En ce sens si, comme l'affirme Côté, « le discours scientifique, comme œuvre sociale, doit participer à la création de sens autour du processus suicidaire » (Côté, 2006: 35), on se trouve face à une double attente vis-à-vis de l'explication scientifique du suicide : recherche de vérité et recherche de sens. Ces deux aspects rentrent-ils en contradiction ou sont-ils d'une certaine manière liés ?

Dès lors, on peut se demander si l'explication qu'une société ou un groupe d'experts donnent au suicide influence le phénomène suicidaire lui-même. Douglas (1973 [1967]) se montrait critique envers cette affirmation et distingue nettement les explications générales du suicide, de l'explication des suicides individuels. Côté, au contraire, construit sa recherche sur le suicide des Gaspésiens et des Madelinots autour de l'« hypothèse de la banalisation » (Côté, 2006: 17). Suivant cette hypothèse, les taux de suicide (notamment masculins), toujours élevés malgré les programmes de prévention mis en places, s'expliqueraient par l'attitude des populations face au suicide qui appréhenderaient ce dernier comme une « solution » acceptable face à une situation de souffrance contre laquelle on ne peut rien faire. Cette hypothèse sous-tend ainsi l'idée que l'attitude générale face au suicide peut avoir un impact sur les suicides réels⁶³. Suivant cette posture, certains auteurs considèrent que l'explication du suicide en termes psychologiques aurait un effet iatrogène. Comme l'affirme Samy « la psychologisation exagérée du problème du suicide comporte le risque d'une vision trop individualisante de l'être humain en dépit de tout le reste. Nous devenons, en n'intervenant qu'après de l'individu, les complices silencieux des facteurs sociaux sous-jacents à l'option suicide » (Samy, 1998). Il y a donc une vision du suicide comme un fait avant tout sociologique et non psychologique ou médical qui est implicite à cette affirmation. L'OMS, considérant également une interpénétration entre niveaux explicatifs et fait suicidaire, adopte toutefois une explication opposée à celle de Samy. Dans un rapport adressé aux médias sur la manière dont il est conseillé de parler du suicide, il est dit qu'« on ne doit pas rapporter un comportement suicidaire comme une réponse compréhensible aux changements sociaux et culturels ou à une récession » (OMS, 2002: 10). Il est au contraire conseillé d'expliquer le suicide comme un acte provoqué par

⁶² Par naturalisation, j'entends la tendance à expliquer les faits sociaux et culturels non pas comme des constructions mais comme relevant d'un ordre naturel.

⁶³ Cette hypothèse sera toutefois infirmée par la recherche de Côté, où les résultats montrent que le suicide est perçu comme étant quelque chose de grave et d'inacceptable, et il n'est pas du tout banalisé.

« une interaction complexe de nombreux facteurs tels que maladie mentale ou physique, abus toxique, perturbations familiales, conflits interpersonnels et stress vital » (OMS, 2002: 11), c'est à dire en utilisant un paradigme explicatif psychiatrique (qui est considéré comme étant le plus pertinent pour expliquer le suicide). Selon cette vision, ce serait l'explication sociologique qui aggraverait le comportement suicidaire, puisqu'elle présenterait le suicide comme étant mu par des « forces sociales » non maîtrisées et indépendantes des particularités individuelles. On voit ainsi se profiler une certaine incompatibilité entre postures explicatives, où l'explication « autre » est accusée d'emblée d'être, outre fausse, mais potentiellement suicidogène.

L'impact des explications scientifiques diffère cependant selon le niveau dans lequel on se trouve. Une chose est de s'intéresser aux processus de mise en sens du suicide d'une société ou d'une communauté, en les étudiant au travers de l'analyse des explications profanes. Une autre chose est de s'intéresser à la manière dont les personnes touchées personnellement par le suicide donnent sens et expliquent le suicide de leur proche. Dans ce cas, la recherche d'explication constitue une étape importante du processus de deuil⁶⁴. Quelques études portent sur les liens entre explications du suicide et processus de deuil (Castelli Dransart, 2004; Owens et al., 2008; Genest et Gratton, 2009), mais peu s'intéressent à l'explication que donnent les personnes suicidaires (Côté, 2006).

Cette question s'ouvre notamment sur la problématique des liens entre un vécu (voire une posture professionnelle) et le sens qu'on peut donner au phénomène suicidaire. Cette question sera reprise dans les chapitres 1 et 2, portant sur le développement de politiques de prévention du suicide, dans le chapitre 4 qui expose les explications des professionnels travaillant dans la prise en charge des personnes suicidaires, ainsi que dans le chapitre 5 où seront analysés les récits des personnes étant passées par des idées ou des comportements suicidaires.

A partir de ces considérations, on se rend compte que le lien entre la recherche de sens autour du suicide croise et se mêle inévitablement à la recherche des causes et de l'explication du suicide propre aux milieux scientifiques. D'un côté la science, en étudiant les causes du suicide s'inspire d'une interrogation « profane », qui est celle de trouver un sens à un événement perturbant l'ordre social. De l'autre, la recherche d'un sens au suicide, qu'elle soit individuelle ou collective, cherche une réponse à ses interrogations en

⁶⁴ Selon Fauré (2002), la quête du pourquoi la personne s'est suicidée cache en réalité la question de savoir si l'on est ou pas responsable du suicide du proche, dans un sentiment de culpabilité qui caractériserait le deuil par suicide.

puisant également dans les explications scientifiques. Ces deux dimensions sont donc étroitement liées et se nourrissent mutuellement.

Entre ces deux logiques, celle de la recherche de sens et celle de l'explication scientifique, il y a une contradiction originelle. Les critiques qui portent sur le fait que malgré des décennies d'études, de publications, de programmes de prévention du suicide la question du sens du suicide reste inexplorée (Joubert, 2002b; Joubert, 2002a; Côté, 2006), s'appuient le plus souvent sur le fait que ces initiatives sont basées majoritairement sur le discours psychiatrique, lequel se base sur une « anthropologie résiduelle »⁶⁵ (Le Breton, 1998). Mais la recherche de sens dans le contexte du suicide constitue un processus, qui naît d'un sentiment de non-sens, où le suicide (comme événement social et/ou individuel) vient perturber l'ordre social. C'est par exemple le cas lors d'une hausse de suicide dans une certaine période historique ou parmi une population particulière, ou lorsque le phénomène suicidaire est rendu particulièrement visible (par exemple lorsqu'un personnage célèbre se suicide ou lorsqu'on assiste involontairement à un suicide ou encore quand un proche se suicide). Ces événements conduisent à une recherche de sens, qui passe par le fait de vouloir répondre à la question de « pourquoi une personne arrive-t-elle à se suicider ? ». Les différentes explications présentes dans l'espace social peuvent alors participer au processus de création de sens, qui vont corroborer (voire, dans certains cas, bouleverser) les valeurs et les principes de l'individu ou du groupe social en question. Cette recherche de sens sera ainsi toujours spécifique à un contexte social, culturel et expérientiel. Aucune explication ne comblera à elle seule (qu'elle soit scientifiquement prouvée ou existentiellement riche) ce besoin pluriel de mise en sens du fait suicidaire. A ce propos, la critique qui peut véritablement être faite à l'explication médicale, c'est de se poser, de plus en plus, comme le seul discours légitime et reconnu scientifiquement pouvant expliquer le suicide. En effet, c'est la pluralité d'explications et de sens présents dans la société qui facilite le processus de recherche de sens, qu'il soit sociétal ou individuel⁶⁶. Et là se trouve la contradiction avec la logique scientifique qui, au contraire, aspire à une explication unique qui puisse valoir en toute situation. Ceci entend ainsi confirmer le projet scientifique, qui est celui d'atteindre la réalité du monde dans sa dimension objective, la « vérité » qui, par définition même, est une.

⁶⁵ Se basant ainsi sur une vision de l'être humain partielle, considérant principalement la dimension biologique en dépit des dimensions symbolique et relationnelle.

⁶⁶ Il ne s'agit pas ici de se pencher sur le processus psychologique de deuil, tel que décrit et analysé par la psychologie. On reste ici au niveau du processus de mise en sens dans sa dimension sociologique et anthropologique.

Le suicide : un sujet difficile à expliquer

La problématique de l'explication émerge de manière extrêmement saillante dans le domaine du suicide en raison du caractère particulier que ce geste revêt dans l'espace social. L'individu, par un acte volontaire, supprime sa vie, son individualité, son appartenance au monde, son existence entière. L'individu est responsable finalement d'un acte qui ne concerne que lui-même par excellence. Et pourtant, c'est un acte qui, par le fait de nier la vie, confronte « ceux qui restent » au sens de leur vie, au pourquoi choisir de rester, ou choisir de ne pas également passer à l'acte. Mais la volonté et la nécessité d'expliquer le suicide et de lui donner un sens est loin de trouver un consensus, comme on l'a vu plus haut et, au contraire, se caractérise par une « polyphonie » d'explications diverses. Le lien que ce phénomène entretient avec la dimension existentielle et du sens de la vie, tant au niveau individuel que social, est sûrement une des raisons principales de cette difficulté à saisir les causes objectives du suicide. Des problèmes méthodologiques particuliers expliquent également cet état des choses. D'abord, la rareté du phénomène : les statistiques sont établies sur 100'000 (la Suisse présentant par exemple en 2006 un taux de 17.5 suicides sur 100'000⁶⁷). Avec de si petits nombres, il est difficile d'en déduire une logique commune et univoque. Ensuite, les personnes suicidées ne sont plus là pour témoigner des raisons de leur geste. Le fait de se baser sur des témoignages de personnes ayant survécu aux tentatives de suicide pose la problématique de la correspondance entre tentatives de suicide et suicides « complétés », qui, selon certains, ne peuvent pas être joints dans l'analyse car des caractéristiques démographiques très différentes en sont principalement la cause⁶⁸. Les messages laissés par les suicidés peuvent cependant donner des informations pouvant expliquer leur acte. Leur objectivité peut toutefois être questionnée en raison du message qui a une valeur, non seulement explicative mais également performative. Le message peut en effet rechercher un effet précis (accuser quelqu'un, susciter le pardon ou la compassion, éviter que tel ou tel se sente coupable) qui peut s'écarter considérablement des causes que la personne estime être à l'origine de son suicide. Le suicide pose enfin un problème de l'observation du phénomène, puisque, contrairement à une maladie, le suicide n'est pas un fait qui peut être observé et mesuré sur la durée, mais constitue une action radicale et unique que l'individu produit le plus souvent seul et sans témoins.

⁶⁷ http://www.who.int/entity/mental_health/media/swit.pdf, consulté le 15 janvier 2012.

⁶⁸ En effet, contrairement aux suicides « complétés », les femmes font plus de tentatives de suicide que les hommes et les jeunes plus que les personnes âgées (OFSP, 2005).

Ces difficultés expliquent la multiplicité d'explications qui existent et qui rendent plus difficile l'émergence d'une seule théorie explicative dominante. En ce sens, Perrier-Durand parle de « tour de Babel » des théories du suicide (Perrier-Durand, 1998). Dès lors, le processus d'explication et le champ d'élaboration des explications deviennent un enjeu social, culturel et moral important, mais également conflictuel. Comme l'écrit Chesnais : « (...) devant la complexité du suicide, chaque discipline tente de la réduire à sa propre vision pour le faire entrer dans ses catégories conventionnelles. (...) La synthèse devient impossible. Chaque spécialisation devient une véritable entrée en religion ; tout spécialiste sanctifie sa chapelle et s'emploie à détruire les autres. Après l'initiation, très vite, la culture technique vient à étouffer la réflexion d'ensemble. Pourtant, à l'évidence, les théories se complètent plus qu'elles ne s'excluent » (Chesnais, 1981).

Les implicites des explications

Les trois courants socio-anthropologiques analysés plus haut (macrosociologique, lié à l'exercice du pouvoir et compréhensif) abordent la problématique de l'explication du suicide de manière différente. Le premier entend expliquer le suicide à partir des variations des taux de suicide. Le deuxième l'explique à partir d'une théorie de l'action, interprétant ainsi le suicide comme un acte inséré dans des dynamiques de pouvoir. Le troisième explique le suicide à partir des histoires individuelles, qui sont le socle permettant de construire des typologies du suicide. Toutes ces explications se basent sur des conceptions préalables portant sur l'individu et sur ses actions (rationnel ou irrationnel, conscient ou inconscient), ainsi que sur les liens entre la société et les individus. Une anthropologie de l'individu spécifique (en tant que conceptualisation de l'être humain) sous-tend ainsi une approche à travers laquelle le suicide est expliqué. Dis-moi comment tu conçois l'individu et la société, je te dirai ton explication du suicide⁶⁹.

On retrouve ici les critiques qui ont été formulées à l'égard de la neutralité axiologique présumée des sciences sociales. Selon Weber (1959), la méthodologie scientifique déployée par les sciences sociales serait apte à réaliser une coupure entre « jugement de fait » et « jugement de valeurs » et permettrait de réaliser une analyse sociologique axiologiquement neutre. Plusieurs auteurs ont toutefois critiqué la possibilité d'opérer une réelle et nette coupure avec le sens commun et ont mis en évidence comment le travail des

⁶⁹ Ceci est également valable pour les explications médicales, qui se greffent sur une conception de l'être humain comme étant un individu essentiellement comportemental et biologique. Concernant les explications profanes, ce sont de manière plus générale les valeurs morales déterminant le bien et le mal qui influencent le type d'explication qui est donnée.

sciences sociales se base sur des présupposés éthiques, politiques et normatifs (Heinich, 1998; Corcuff, 2004).

Cela éclaire pourquoi, malgré la richesse des réflexions et des débats que les différentes théories explicatives apportent à la connaissance du suicide, un dialogue entre ces approches est relativement difficile à établir car elles s'appuient sur des conceptions de l'individu et de la société qui sont souvent divergents.

Comme je l'ai déjà fait au cours du présent chapitre, ma posture entend expliciter les différentes explications qui sont présentes dans le champ du suicide et de sa prévention. Les explications sont ainsi étudiées prioritairement comme des objets présents dans la réalité sociale. L'objectif est ainsi de comprendre pourquoi l'on explique d'une manière ou d'une autre, comment ces explications font sens, de quelle manière elles structurent les pratiques et comment finalement elles participent à construire la réalité sociale. Les explications du suicide sont ainsi perçues comme des processus socioculturels de création de sens, insérées dans des logiques sociales, politiques et morales. L'étude de l'explication comme un objet d'étude peut être mise en parallèle avec les travaux initiés par Boltanski et Thévenot sur la sociologie de la justification (Boltanski et Thévenot, 1991). En montrant la perméabilité entre critique ordinaire et critique sociologique, ces auteurs ont ouvert un champ de réflexion visant à l'explicitation des fondamentaux moraux et politiques des réflexions sociologiques, reprenant ainsi la critique faite à la neutralité axiologique⁷⁰.

Il ne s'agit toutefois pas, comme le font Boltanski et Thévenot, d'adopter une posture totalement détachée de l'objet en renonçant à toute explication du suicide. Je considère que cela compromet les possibilités de dialogue avec les acteurs présents sur le terrain, puisque cette posture se situe à un niveau extérieur, surplombant les explications. Je défends en outre une vision du suicide comme étant inscrite dans des relations sociales, dans des représentations culturelles et dans des dynamiques politiques, influençant ma manière d'analyser la réalité du suicide et de sa prévention. En ce sens, j'ai une posture critique vis-à-vis des dérives médicales tant de l'explication du suicide que de la prévention du suicide. A une position qui considère l'explication comme un objet qu'il faut essayer de

⁷⁰ Les auteurs entendent notamment analyser les mécanismes qui sont à l'œuvre quand les acteurs se livrent à la critique, justifient leur critique ou se justifient face à la critique d'autrui. Boltanski (1990) parle également de passage entre sociologie critique et sociologie de la critique, et explicite son projet théorique de la façon suivante: « (...) il ne s'agit pas d'une théorie de la société prétendant entrer en concurrence avec les nombreuses théories déjà proposées pour rendre compte du social (...) il ne vise pas pour autant à rendre compte de la conduite des agents en les rapportant aux déterminismes qui les feraient agir (...) Délaissant l'explication, il n'aspire pas plus à une compréhension exhaustive, et il serait vain d'y chercher une grille permettant de décrire la réalité sociale dans tous ses aspects » (Boltanski, 1990: 124).

décortiquer, s'ajoute ainsi une posture assumant une certaine explication du suicide dont les implicites culturels, politiques et moraux qui sont les miens et qui influencent la réflexion que je conduis sont discutés de manière réflexive. En effet, ce n'est pas tant la démarche explicative qui pose problème, mais le fait qu'elle ne soit pas accompagnée d'une approche réflexive permettant de relever ses implicites normatifs et paradigmatiques. La validité des approches explicatives réside donc dans leurs capacités à expliciter les biais sociaux, politiques et moraux permettant de mieux comprendre les enjeux et les difficultés inhérentes à ce type d'entreprise.

Pour retourner au débat qui introduit ce chapitre, on peut faire comme Rozenberg et critiquer Macdonald, qui semble passer d'un implicite épistémologique à un autre (des actions influencées par les structures socioculturelles aux actions déterminées génétiquement) sans réellement expliciter et argumenter son choix, sinon en choisissant celui qui semble être le plus efficace dans l'explication du suicide. La faiblesse de son travail réside ainsi principalement dans l'absence d'une épistémologie du sujet qui soit cohérente et solide tout au long de la réflexion (empruntant tantôt la vision biologique, tantôt une approche comportementale, voire culturelle).

L'explication comme enjeu politique

Le champ de l'explication du suicide constitue ainsi la toile de fond de mon investigation de terrain et cela à un double niveau. D'un côté, il s'agit d'étudier la manière dont les acteurs expliquent le suicide et comment ces explications se transforment et s'articulent aux pratiques, que ce soit au niveau de la prévention, de la prise en charge psychiatrique ou du récit de vie des patients. L'émergence de la prévention du suicide, analysée dans les chapitres 1 et 2, devient en effet possible à partir de certains changements qui s'opèrent autour de l'explication du fait suicidaire. Un des objectifs principaux mobilisant le milieu de la prévention est d'ailleurs celui de transformer ces représentations en une vision plus compassionnelle du suicide et en une perception de la prévention comme étant une nécessité politique et morale. Toutefois, au sein de la prévention, l'explication du suicide ne fait pas le consensus et des explications d'inspiration sociologique se confrontent à des explications médicales dont l'importance et la légitimité respective évoluent au fil des années. Le travail des psychiatres, analysé dans le chapitre 4, se fait à partir d'une certaine théorie du suicide qui tend à interpréter les événements de vie des patients sous le registre psychiatrique, comme des problématiques de nature médicale, individuelle et psychique. Le paradigme dans lequel les soignants s'insèrent organise ainsi la perception de la réalité

du suicide et en détermine l'intervention soignante. Les récits des patients, dont l'analyse est proposée dans le chapitre 5, reflètent également une certaine explication, le plus souvent implicite, de leur geste ou pensée suicidaires. Il s'agira à ce propos d'analyser comment les explications à orientation médicale ou sociologique (ou relevant d'autres paradigmes) s'articulent et donnent sens à l'expérience des patients ayant vécu un épisode suicidaire suivi d'une consultation aux urgences psychiatriques. Je ne considère donc pas que les acteurs soient ignorants des motivations qui les font agir, comme disait Durkheim. En ce sens, je revendique une approche interprétative et compréhensive, qui s'appuie sur les motivations des acteurs afin d'éclairer la réalité sociale qu'ils contribuent à créer.

D'un autre côté, il s'agit de confronter les discours et les pratiques rencontrées avec une explication et un regard de type socio-anthropologique. Premièrement, cela prendra la forme d'une confrontation critique entre les pratiques préventives et psychiatriques concernant le suicide et un discours macrosociologique sur l'inégalité sociale face au suicide. En ce sens, je vais porter un regard critique sur le processus de médicalisation induit par ces développements, et cela principalement en raison de leur caractère apolitique. Je m'appuie ainsi sur les réflexions de Baudelot et Establet (2006b) autour des liens entre catégories socioéconomiques et suicide. Ces travaux montrent que le suicide est loin d'être un phénomène purement individuel, détaché des catégories sociales, culturelles et politiques dans lequel l'individu évolue. Au travers de cette posture, il s'agira notamment de critiquer la manière dont le suicide, par le biais de la médicalisation, est vidé de tout contenu sociopolitique pour ne devenir qu'un problème de nature médicale et individuelle. La politisation de la question suicidaire entend ainsi nourrir une réflexion visant à la démedicalisation du suicide⁷¹.

Toutefois, contrairement à Baudelot et Establet, je ne conçois pas les niveaux individuels et macrosociologiques comme étant imperméables. Si le niveau macrosociologique ne dit pas grand-chose sur pourquoi un individu en particulier se donne la mort, on peut toutefois trouver, dans tout suicide singulier, le contexte sociopolitique et culturel qui en influence l'expression. Deuxièmement, il s'agira d'adopter une démarche compréhensive dans l'analyse des récits des patients ayant fait des tentatives de suicide. Le but étant ainsi de relier l'expérience singulière avec le statut sociopolitique et économique des individus. Je partage clairement la posture de Halbwachs qui parle d'incorporation (embodiment) afin d'illustrer comment les déterminants sociopolitiques et culturels s'expriment dans

⁷¹ Un exemple de démedicalisation se trouve dans la question de l'homosexualité, considérée jusqu'en 1973 comme une pathologie psychiatrique. S'il y a eu démedicalisation de l'homosexualité, cela s'est fait grâce à une politisation de la médicalisation de l'homosexualité (Conrad, 1992: 225).

l'expérience individuelle, notion largement utilisée en anthropologie de la santé et de la maladie (Scheper-Hughes et Lock, 1984; Csordas, 2000) mais relativement absente dans les recherches autour du suicide. Les discours des patients sont donc considérés comme significatifs pour comprendre comment le statut sociopolitique s'incarne dans le vécu et l'expérience des individus. Il s'agira par ce biais de s'inscrire dans les recherches initiées par Douglas et Baechler autour du sens social et subjectif donné au suicide.

Mon approche critique vis-à-vis de la médicalisation se base ainsi sur une vision du suicide comme étant fortement influencée par des dimensions socioculturelles. Il ne s'agit donc pas uniquement de retracer la manière dont le suicide, par le biais d'une transformation des savoirs, devient un sujet médical, mais il s'agit également d'apporter une évaluation critique à ce phénomène. Mon intention n'est pas non plus d'invalidier totalement l'idée véhiculée par la médicalisation du suicide, à savoir le fait que le suicide puisse relever du domaine psychiatrique. J'entends plutôt axer ma critique sur le fait que, d'une part, on assiste à une surmédicalisation du suicide, où tout signe d'idées ou comportements suicidaires est appréhendé et pris en charge par la psychiatrie (alors que souvent cela pourrait passer par d'autres types de lectures et d'interventions). D'autre part, je considère que la médicalisation du suicide influence la perception de certaines problématiques sociales et politiques qui sont de plus en plus exprimées par le biais de ce paradigme (suicidaire et médical), au lieu de s'exprimer par le biais d'autres canaux⁷². Face à la médicalisation du suicide et de sa prévention, ce travail entend restituer l'aspect expérientiel de ce phénomène, tout en l'intégrant dans une dimension sociopolitique critique et réflexive.

⁷² Dans le présent travail, je m'intéresse à la fois à l'étiologie de la définition qu'à l'étiologie du comportement, selon la distinction établie par Conrad (1977).

PREMIERE PARTIE

Prévenir le suicide : du processus sociopolitique aux transformations morales

Une transformation en marche

En 2010, à l'occasion de la journée mondiale pour la prévention du suicide célébrée chaque année le 10 septembre, *Le Courrier* publiait une série d'articles à ce sujet (Le Courrier, 2010). Résultat d'une mini enquête sur la question, le dossier relatait bien la rhétorique propre au milieu de la prévention du suicide⁷³. En effet, malgré les différences d'appréhension et d'explication du phénomène suicidaire, les discours du milieu de la prévention du suicide tendent à devenir quelque peu redondants et très consensuels : « le suicide est l'affaire de tous », « il ne doit pas devenir une question simplement médicale », « il reflète une situation de souffrance qui doit être prise en charge », etc. La Suisse y est pointée du doigt : en retard par rapport aux autres pays, peu de moyens y sont investis et les activités sont très morcelées au niveau des cantons.

En plongeant de manière plus approfondie dans le sujet, on se rend toutefois compte que le discours de façade cache une réalité plus complexe. Alors que les discours (tant des experts qu'au niveau politique) prônent l'interdisciplinarité, les pratiques, elles, se médicalisent progressivement. Cela, en dépit du fait que la prévention du suicide a émergé en Suisse avant tout comme une problématique sociale. Malgré l'échec de la mise en place d'un programme national de prévention du suicide, les initiatives cantonales se développent, permettant l'émergence d'une pluralité de projets, souvent de type médical et, plus rarement, avec une appréhension réellement interdisciplinaire.

Le développement de la prévention du suicide en tant que problématique de santé publique, en dépit de son succès ambigu, témoigne toutefois d'une transformation importante des catégories morales et culturelles. Le suicide est devenu un intolérable contemporain, reflétant une situation de souffrance, appréhendée d'un point de vue social ou psychologique. Le suicide n'a plus de coupables mais fait des victimes. Celles-ci ne sont pas uniquement les proches, mais également le suicidé lui-même. Puisqu'il s'attaque au corps, dont l'intégrité s'assimile de nos jours à une intégrité morale, sociale et individuelle

⁷³ La seule exception était d'évoquer brièvement les taux de suicide différents selon la classe sociale, en faisant référence au travail de Baudelot et Establet (2006b). Ceci s'explique par le fait que, interviewée par le journaliste s'occupant de ce dossier, j'avais donné une interprétation sociologique du phénomène suicidaire, citant le texte des deux sociologues français.

(Fassin et Bourdelais, 2005), le suicide doit désormais être prévenu, combattu, guéri, et ses victimes ne peuvent plus être ignorées.

Les suicides et les tentatives de suicide en Suisse : un aperçu sociodémographique

Quelle est la réalité statistique du suicide en Suisse ? Si l'on se réfère aux données de l'Office fédéral de la statistique, 1360 personnes se sont suicidées en Suisse en 2007, dont 920 hommes et 440 femmes. Cela correspond à un taux de suicide de 18/100'000, soit 24.8/100'000 pour les hommes et 11.4/100'000 pour les femmes. De manière générale et depuis les années '80, le taux de suicide est en légère diminution : il était de 25.7/100'000 en 1980 pour passer à 21.9/100'000 en 1990 et à 19.1/100'000 en 2000.

Graphique 1 : Evolution du taux de suicide en Suisse entre 1950 et 2007

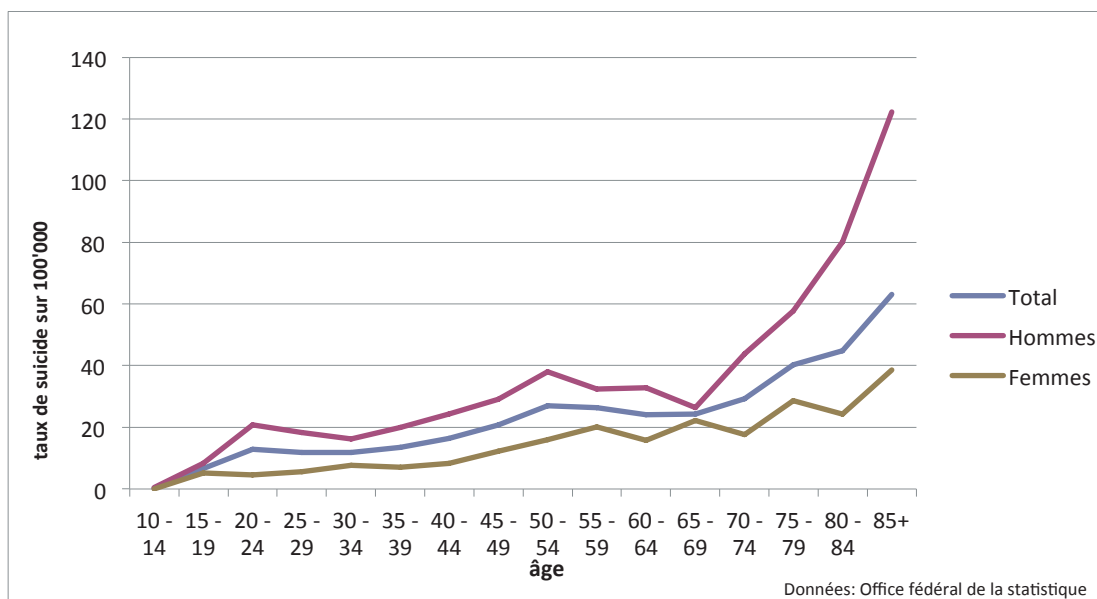


Si l'on s'intéresse à la différence entre femmes et hommes, on constate que, comme dans la majorité des pays occidentaux, les taux de suicide sont nettement plus élevés pour les hommes que pour les femmes. Les taux de suicide masculins représentent environ le double des taux féminins. La diminution des taux est valable tant pour les hommes que pour les femmes, bien qu'elle soit moins nette et plus discontinue pour les femmes si l'on considère les taux depuis les années '80.

Concernant l'âge, les taux de suicide augmentent de manière générale avec l'âge. Concernant les hommes, on remarque qu'il y a une forte augmentation jusqu'à 50-54 ans

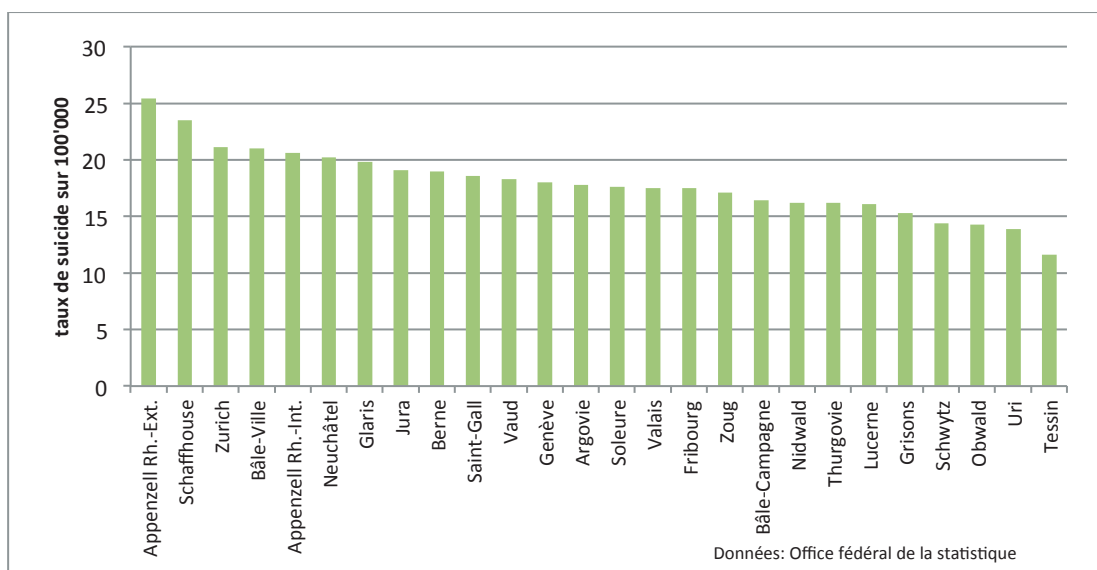
pour ensuite diminuer jusqu'à 65-69 ans. A partir de 70-74 ans, les taux augmentent très fortement, surtout pour les hommes et plus légèrement pour les femmes. Le taux de suicide des personnes âgées constitue ainsi une problématique très importante en Suisse qui a émergé dans les années '80. Avant, le taux de suicide diminuait à partir de 50-54 ans. A partir des années '80, et cela semble être une tendance propre aux pays occidentaux, les taux de suicide des personnes âgées ont progressivement augmenté (Andrian, 1999).

Graphique 2 : Taux de suicide en 2004 en fonction de l'âge



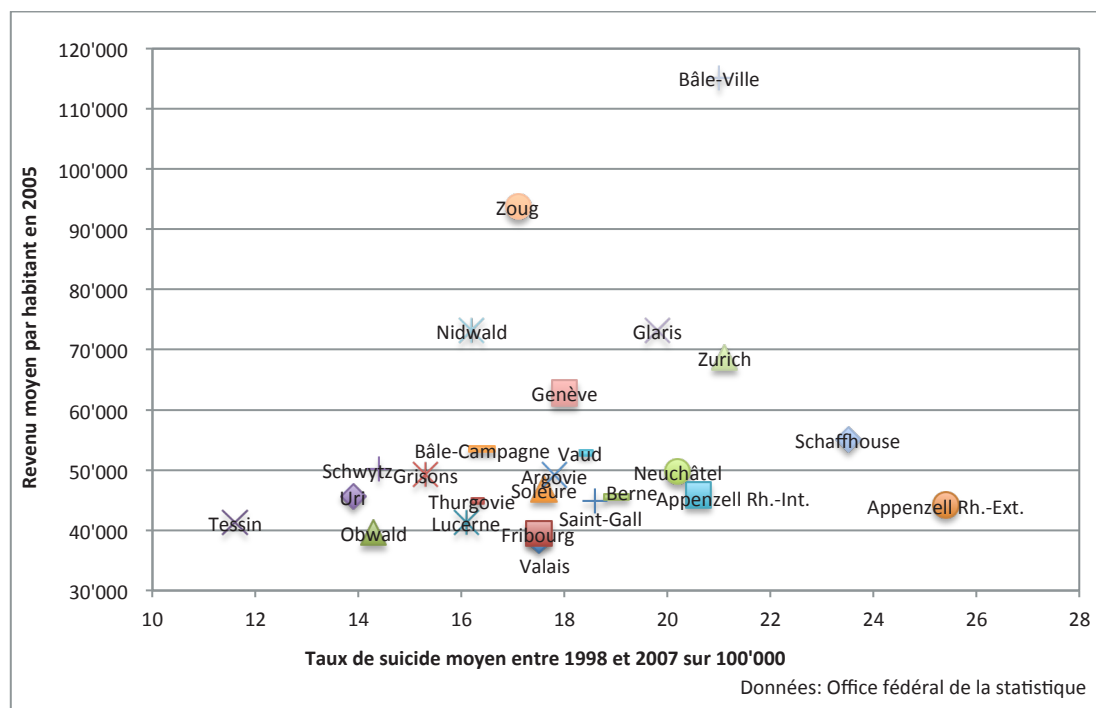
Par rapport aux cantons, il existe des différences assez importantes au niveau des taux de suicide, oscillant entre 11.6/100'000 pour le Tessin et 25.4/100'000 pour Appenzell Rhodes-Extérieures (en considérant le taux moyen entre 1998 et 2007 pour hommes et femmes).

Graphique 3 : Taux de suicide moyen entre 1998 et 2007 selon les cantons



Les cantons majoritairement protestants (e.g. Appenzell Rhodes-Extérieures, Schaffhouse, Zurich, Bâle-Ville, Neuchâtel, Glaris, Berne) ont des taux de suicide plus élevés que les cantons catholiques (e.g. Tessin, Uri, Obwald, Schwytz, Grisons, Lucerne, Nidwald). Il y a toutefois certaines exceptions comme Appenzell Rhodes-Intérieures, canton à majorité catholique ayant un taux de suicide relativement élevé et Thurgovie, canton protestant ayant un taux relativement bas.

Graphique 4 : Taux de suicide en fonction du revenu moyen par habitant



Certaines recherches menées en France ou aux États-Unis (Baudelot et Estabiet, 2006b) montrent clairement que les régions les plus riches et urbanisées ont des taux de suicide plus faibles. En Suisse, cela ne ressort pas de manière très claire, comme le montre le graphique ci-dessus. Si d'un côté il y a une partie des cantons pour lesquels on peut observer cette tendance, il existe des exceptions importantes comme Bâle-Ville (qui a un revenu par habitant très élevé et qui présente également un taux de suicide relativement haut) et le Tessin (ayant un revenu moyen bas et des taux de suicide bas). Des analyses plus détaillées seraient en ce sens nécessaires, notamment en ajustant ces données par rapport à la religion.

L'état civil semble avoir un impact important sur les taux de suicide : les personnes seules, divorcées ou veuves ont un risque de suicide 1.5-2 fois plus grand que les personnes mariées, et cela de manière plus marquée pour les hommes (OFSP, 2005).

Concernant les catégories professionnelles, les statistiques établies pour les hommes entre 1979 et 1983 montrent une surreprésentation des hommes travaillant dans l'agriculture et dans l'industrie du bâtiment, ainsi que certains travailleurs manuels comme les bouchers, les ouvriers de l'horlogerie, les dessinateurs, ainsi que les ouvriers non qualifiés et les employés de commerce. Il s'agit principalement des catégories sociales défavorisées. Il y a toutefois une exception qui concerne les journalistes, les psychologues, les travailleurs sociaux, les chimistes, les dentistes, les vétérinaires et les pharmaciens (OFS, 1997). Les catégories établies (dans lesquelles on retrouve par exemple à la fois les journalistes, les psychologues et les travailleurs sociaux) peuvent toutefois être questionnées. Une analyse plus détaillée pourrait ainsi montrer lesquelles parmi ces différentes catégories professionnelles sont réellement plus touchées par le suicide masculin. Le taux de suicide masculin varie en outre sensiblement en fonction de la situation économique en augmentant pendant les périodes de récession et peut être corrélé aux ventes forcées d'entreprises, aux faillites et au chômage (Ajdacic-Gross, 1999; OFSP, 2005).

Les méthodes utilisées pour se suicider sont en majorité la pendaison (25.5% au total, dont 28.1% pour les hommes et 19.2% pour les femmes), les armes à feu (29.3% au total, dont 32.2% pour les hommes et 3.8% pour les femmes), les médicaments (13.9% au total, dont 9.4% pour les hommes et 24.5% pour les femmes) et le saut dans le vide (10.2% au total, dont 7.4% pour les hommes et 16.9% pour les femmes). On voit ainsi une différence importante au niveau du moyen utilisé par rapport au genre.

Si l'on s'intéresse aux tentatives de suicide, il est nettement plus difficile d'obtenir des informations fiables. Plusieurs méthodes sont utilisées à ce propos : l'auto-évaluation (au travers de questionnaires adressés à certaines populations) et l'analyse des dossiers médicaux. Ces deux techniques donnent des résultats différents, notamment en raison du fait qu'une grande partie des personnes effectuant des tentatives de suicide ne reçoit pas un traitement médical. Concernant les études par auto-évaluation, une recherche a été réalisée en 2002 sur 7428 jeunes inscrits dans les filières scolaires et professionnelles âgés entre 16 à 20 ans (Narring et al., 2002). Des questions relatives aux idées et aux comportements suicidaires y étaient présentes, permettant d'obtenir des estimations sur la prévalence de ces problématiques chez les adolescents. Selon cette étude, 21.4% des femmes et 15.4% des hommes disent avoir pensé au suicide lors des 12 derniers mois. De plus, 3.2% des femmes et 8.2% des hommes disent avoir commis une tentative de suicide au cours de leur vie.

Une étude multicentrique a été effectuée en Europe par l'OMS à partir des cas pris en charge médicalement afin d'étudier les comportements suicidaires⁷⁴(OMS, 1999). En Suisse, cette étude a été réalisée dans l'agglomération de Berne à partir des données recueillies entre 1989 et 1991 (Michel et Waeber, 1994). Cette recherche estime qu'en Suisse environ 9'000 personnes chaque année font l'objet d'une prise en charge médicale en raison d'une tentative de suicide⁷⁵. Les taux des tentatives de suicide sont de 100/100'000 pour les hommes et de 160/100'000 pour les femmes. Ils sont ainsi 4 fois plus fréquents par rapport aux suicides complétés chez les hommes et 16 fois plus fréquents chez les femmes. Ainsi, si l'on considère les suicides et les tentatives de suicide de manière confondue, on voit que cette problématique touche de manière plus marquée les femmes que les hommes dans une proportion de 1 à 1.35.

L'étude de l'OMS montre qu'il existe une grande diversité dans les différents pays d'Europe quant à la prévalence et aux caractéristiques sociodémographiques des personnes effectuant des tentatives de suicide. Alors que dans la moyenne les femmes font plus de tentatives de suicide que les hommes (dans un rapport moyen de 1.5 à 1), à Helsinki en Finlande, ce sont les hommes qui font plus de tentatives de suicide que les femmes. Entre régions, les taux de tentative de suicide (comme ceux des suicides complétés) changent de manière significative en étant toutefois relativement proportionnels aux taux de suicide complétés. Par exemple, les taux de tentative masculins à Helsinki (327/100'000) sont 7 fois plus élevés qu'à Guipuzcoa en Espagne (46/100'000) et les suicides complétés sont 5 fois plus élevés en Finlande qu'en Espagne (OMS, 1999; OFSP, 2005).

Outre le rapport entre taux masculins et féminins, une autre différence avec les suicides complétés est la distribution des tentatives de suicide par rapport à l'âge. Les tentatives sont plus fréquentes chez les jeunes que chez les personnes âgées. Les méthodes utilisées pour se suicider sont aussi différentes par rapport aux suicides complétés, avec une utilisation majoritaire de médicaments (environ deux tiers des tentatives contre le 13.9% chez les suicide complétés), dont les trois quarts sont constitués par des médicaments

⁷⁴ Cette recherche a été faite à partir d'une définition de la tentative de suicide comme étant : « Une action n'aboutissant pas à la mort, par laquelle un individu entame un comportement non habituel dont les conséquences seraient autodestructrices en cas de non-intervention d'un tiers, ou par laquelle il ingère sciemment une substance à une dose dépassant la dose prescrite ou communément reconnue comme thérapeutique dans le but de provoquer des modifications par le biais des effets immédiats ou escomptés » (OMS, 1986).

⁷⁵ Concernant le nombre de tentatives de suicide, celui-ci s'élève à 10'000 en raison des tentatives de suicide multiples.

psychotropes⁷⁶. Concernant les catégories d'âge, il a été observé que les jeunes en France se suicident davantage avec les médicaments que les personnes âgées (Badeyan et al., 2001). Cela n'est pas visible en Suisse où au contraire l'utilisation des médicaments augmente proportionnellement avec l'âge, tant pour les femmes que pour les hommes.

Tout comme parmi les suicides complétés, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les personnes seules. Elles sont plus fréquentes chez les personnes ayant un niveau d'instruction bas, chez les chômeurs et les étrangers (OFSP, 2005). Ces données se confirment dans une comparaison internationale où les tentatives de suicide sont plus fréquentes dans les catégories socioéconomiques plus basses, indépendamment de la présence d'une pathologie psychiatrique (Taylor et al., 2004).

Il semblerait ainsi qu'au delà des différences en terme de catégories d'âge et de genre, les taux de suicide et de tentatives de suicide se rejoignent par rapport à la catégorie socioéconomique où ce sont les personnes au chômage et celles ayant un niveau d'instruction bas et appartenant à une catégorie socioprofessionnelle basse qui sont le plus touchées.

⁷⁶ Les différences de taux de suicide complétés par rapport au genre peuvent être associées aux méthodes utilisées. Les médicaments sont en effet davantage utilisés par les femmes et constituent un méthode ayant une létalité moins élevée que, par exemple, l'utilisation des armes à feu ou la pendaison.

1. La construction sociopolitique de la prévention du suicide en Suisse

Les changements affectant les représentations et les pratiques liées au suicide en Suisse s'expliquent en grande partie par l'émergence d'un mouvement social qui a amené la problématique de la prévention du suicide dans l'espace public. Un des objectifs majeurs de ce mouvement a été celui de faire de la prévention du suicide une question de santé publique, pouvant être intégrée dans l'agenda politique national⁷⁷. A l'heure actuelle, on peut considérer les résultats de ce mouvement social et politique comme étant ambivalents. D'un côté, la problématique suicidaire n'est plus un sujet « tabou »⁷⁸ et les nombreux articles, émissions télévisées et radiophoniques dédiées au sujet le témoignent. De l'autre, la prévention du suicide n'est pas devenue une priorité nationale, mais la question a été diluée dans la problématique des troubles psychiques (voire, plus spécifiquement, de la dépression) et/ou renvoyée aux cantons, qui ont pris en compte cette thématique de manière diversifiée.

Afin de retracer les différentes étapes qui ont conduit à cet échec partiel de la prévention du suicide en Suisse, je vais adopter une approche constructiviste et cognitive de l'analyse des politiques publiques (Schneider, 1985). L'émergence de la prévention du suicide comme problématique sociale et politique n'est pas analysée comme étant une transformation inévitable ou évidente, voire liée à des données objectives (comme l'augmentation du taux de suicide). Comme l'explique Muller : « Dans une société donnée, tout problème est susceptible de devenir politique, la question étant de savoir à travers quels mécanismes. Il est sûr, en tout cas, que le déclenchement de l'action publique n'est pas lié à un quelconque seuil d'intensité du problème » (Muller, 2008 [1990]: 28). La prise en compte de la problématique du suicide reflète ainsi un processus de construction opéré par différents acteurs dans un certain cadre social, culturel et politique. A partir de cette démarche constructiviste, « un 'problème social' est donc le résultat positif d'un processus de revendication et/ou de plainte portée par certains groupes à propos de conditions jugées et présentées publiquement comme faisant problème » (Campéon, 2005: 66). Il

⁷⁷ Par agenda politique, Cobb et Elder (1972) entendent, dans une perspective constructiviste, l'ensemble des problèmes qui sont traités par les autorités publiques et qui sont susceptibles de faire l'objet d'une décision.

⁷⁸ Le milieu de la prévention du suicide parle en effet souvent du « tabou » lié au suicide, indiquant par ce terme la difficulté d'en parler publiquement, en raison de la condamnation morale dont il fait (encore) l'objet. L'association Stop Suicide se donne par exemple comme objectif de « combattre le tabou du suicide ». Encore, un des premiers ouvrages suisses sur la prévention du suicide portait le titre *Suicide : la fin d'un tabou ?* (Peter et Mösl, 2003).

s'agit dès lors d'identifier les étapes ayant conduit à l'émergence de la problématique, les actions entreprises, ainsi que les acteurs ayant joué un rôle (que ça soit les associations, les professionnels de la santé publique, les personnalités politiques ou les scientifiques).

Enfin, cette analyse nous permet de comprendre que le processus de reconnaissance sociale et politique du suicide implique des transformations cognitives, liées à la perception du phénomène suicidaire et à sa prévention. Derrière cette approche se situe une vision des politiques publiques comme n'étant pas de simples manières pour résoudre des problèmes, mais comme traduisant des cadres interprétatifs de la réalité. Les politiques publiques deviennent « le lieu où une société donnée *construit son rapport au monde* (...) » (Muller, 2008 [1990]: 59). Muller utilise le terme de *référentiel* pour indiquer ce cadre d'interprétation, c'est-à-dire l'image cognitive que les acteurs utilisent dans l'appréhension d'un problème et dans la définition de ses solutions (Muller, 2008 [1990]: 61). Dans ce chapitre, il s'agira ainsi de reconnaître les référentiels sur lesquels les différents mouvements sociaux et les politiques publiques s'appuient dans la prise en compte de la problématique suicidaire⁷⁹. L'identification des référentiels permettra ainsi de comprendre les changements survenus dans la manière de concevoir le suicide et sa prévention, et d'expliquer les différents positionnements présents aujourd'hui dans l'espace politique et social helvétique.

Remarques méthodologiques

Ce chapitre se base sur les entretiens réalisés avec 17 personnes actives dans la prévention du suicide en Suisse⁸⁰, lesquels ont été complétés, précisés et développés grâce à de nombreux documents, rapports, ouvrages et articles publiés sur le sujet par des associations, des organes institutionnels, des professionnels, des experts et des journalistes. Onze entretiens supplémentaires ont en outre été conduits avec des personnes ayant un lien indirect avec la prévention du suicide ou ayant participé à une formation que j'ai également suivie au sujet de la crise suicidaire⁸¹. Les entretiens ont duré

⁷⁹ L'échec partiel de la formalisation de la prévention du suicide en tant que politique publique n'exclut pas pour autant ce cadre d'analyse, puisque cette problématique a fait l'objet d'un débat politique national et qu'il y a eu des décisions, ou plutôt des non-décisions (Muller, 2008 [1990]: 23) au sujet d'actions politiques à entreprendre dans ce domaine. Ainsi, malgré le fait qu'il n'y a pas eu de mise en place d'un programme national de prévention du suicide, des mesures ont été prises au niveau de la prévention des troubles psychiques.

⁸⁰ Afin d'assurer une certaine transparence quant aux informateurs interrogés, une liste détaillée se trouve en annexe. De manière générale, je ne préciserai pas dans le texte la source des propos, sauf à quelques rares exceptions indispensables à la compréhension, et ce afin de protéger l'anonymat des informateurs, mais également parce que cela n'est pas relevant dans ce contexte.

⁸¹ Le contenu de cette formation sera approfondi plus loin dans ce chapitre, ainsi qu'au chapitre 4.

entre une heure et deux heures et ont été réalisés dans les bureaux ou les maisons des interviewés ou dans des cafés. Ces entretiens ont avant tout une valeur informative et ils m'ont permis de reconstruire l'historique de la prévention du suicide en Suisse. Ils ont donc porté avant tout sur les actions préventives conduites par les interviewés et/ou par les associations ou les institutions qu'ils représentaient. En plus des entretiens, différentes observations ont été effectuées lors de colloques, cours, formations, réunions et spectacles portant sur la prévention du suicide, relevant tant du milieu associatif que psychiatrique⁸². De plus, de nombreux articles de journaux, documentaires, émissions radiophoniques et télévisuelles, rapports et documents de différents organismes et associations, discussions parlementaires, ont représenté une source d'informations très importante, permettant d'enrichir et de préciser beaucoup d'éléments de l'histoire de la prévention du suicide en Suisse.

Le terrain s'est construit de fil en aiguille au travers des contacts que j'ai pu tisser au cours de ces cinq dernières années. La porte d'entrée dans ce milieu a été la participation, en 2006, à une évaluation mandatée par l'association Stop Suicide au sujet de son insertion dans le réseau régional de prévention (Canevascini et al., 2008). A travers cette expérience, j'ai tissé de nombreux liens qui m'ont été utiles par la suite. Bien que mon engagement au sein de l'association Stop Suicide n'a été que temporaire, cette participation, que je citais souvent dans mes prises de contacts ou au début des entretiens, m'a donné une légitimité plus grande à enquêter sur la question. En effet, le milieu de la prévention du suicide est composé de personnes très engagées dans cette thématique. Le fait d'être associée à Stop Suicide m'a ainsi permis de pénétrer dans le milieu de la prévention de manière facilitée.

Toutefois, à partir de la posture « engagée » du début, j'ai progressivement évolué vers un positionnement critique vis-à-vis de la prévention du suicide. Cela s'est fait à travers l'approfondissement de la thématique et le croisement des lectures et des regards propres à la recherche anthropologique. Etant sensible à la démarche impliquée en anthropologie, je considère que le regard critique vise le développement d'un esprit réflexif qui ne peut qu'être constructif pour le milieu étudié. Les acteurs de la prévention du suicide n'ont toutefois pas été très intéressés par cette approche, me permettant par conséquent de m'interroger sur le rapport que ce milieu entretient avec la réflexivité. Puisqu'il s'agit d'un

⁸² Voici les principales observations effectuées : Cours postgrade UNIL « Politique en santé mentale : une préoccupation essentielle de santé publique et un défi pour les institutions dans le canton de Vaud », Cery (2007) ; Participation à la formation « Crise suicidaire : formation à l'intervention – Spécificité Adolescents » (2007) ; Réunion du Groupe de Coordination Prévention Suicide Vaud (2008) ; Observation de pièces de théâtre de la compagnie Caméléon (2009) ; Journée de formation PreSuiFri (2009) ; Participation aux journées de prévention du 10 septembre avec Stop Suicide (2009).

domaine qui lutte toujours pour obtenir plus de légitimité et qui est loin d'avoir obtenu la reconnaissance souhaitée, on y trouve peu de discours critiques. L'opposition entre les « pour » et les « contre » la prévention du suicide semble ainsi toujours monopoliser les discours autour de la prévention. C'est d'ailleurs pour cette raison que je n'ai pas été sollicitée, au cours de ces 5 ans de travail, de la part des associations et organismes de prévention du suicide, afin d'exprimer mon avis sur la question. Le milieu de la prévention n'a pas vu dans mon approche critique et réflexive un moyen pour mieux promouvoir et diffuser son crédo (ce qui au contraire peut arriver dans d'autres milieux ou lorsque la perspective utilisée est moins critique). Dans ce contexte, il est difficile de créer un espace de réflexivité où l'on puisse remettre en question les implicites sociaux et culturels, voire économiques, sur lesquels repose la prévention du suicide, car cela est facilement assimilé à un discours relevant du champ contraire à la prévention. Toutefois il s'agit probablement d'une étape dans le développement de la prévention du suicide et, avec les années, elle pourra être dépassée⁸³.

Au travers des rencontres et des entretiens, j'ai pu me rendre compte que le domaine de la prévention du suicide suisse est composé d'une grande variété de personnes dont l'engagement est souvent important (notamment en dehors du milieu médical). Les conflits et les divergences ne sont toutefois pas rares, notamment entre professionnels et militants, ou entre personnes s'engageant dans ce milieu pour des raisons personnelles ou au contraire idéologiques ou professionnelles. Cela compromet parfois les collaborations et explique peut-être en partie la faillite du programme national de prévention du suicide, voire le faible soutien dont jouit Ipsilon, l'organe national de coordination en la matière.

Les milieux associatifs et de la santé publique m'ont réservé un accueil qui, de manière générale, a été très chaleureux. Ceci m'a permis d'avoir accès à de nombreux documents et informations. Les entretiens ont ainsi souvent été très riches et longs. J'ai revu plusieurs de ces personnes à d'autres occasions, me donnant la possibilité de garder le lien et d'être au courant des changements qui s'opéraient dans le milieu.

Au contraire, le milieu psychiatrique (notamment vaudois) a été plus suspicieux et réticent à me fournir des informations ou à m'ouvrir les portes de ses réunions et de ses rencontres. La participation à des congrès et à des journées de formation m'a ainsi permis de combler partiellement ce manque. Ayant réalisé un terrain ethnographique plus approfondi dans un

⁸³ C'est d'ailleurs le cas au Québec où, après plusieurs années d'actions de prévention du suicide, des articles critiques ont été publiés à ce sujet de la part de personnes impliquées dans la prévention (e.g. De Leo, 2002; Joubert, 2002a).

service psychiatrique vaudois, les difficultés d'accès au milieu seront approfondies dans le chapitre 3.

Il faut enfin souligner que la présente recherche s'intéresse principalement à l'émergence de la prévention du suicide au niveau suisse. En revanche, lorsqu'elle se penche sur le niveau cantonal ou régional, elle s'intéresse davantage aux initiatives développées en Suisse romande et moins à celles issues de la Suisse allemande ou de la Suisse italienne.

1.1. Emergence de la problématique dans l'espace public

S'intéresser à l'émergence d'un problème public, c'est analyser comment une thématique qui, d'une question privée, devient en quelques décennies, un problème social inscrit dans l'agenda politique. Jusqu'aux années '90, la question du suicide relevait en effet du domaine du privé et se référait principalement à deux cadres interprétatifs différents : le cadre moral, où le suicide était marqué par la honte et ne concernait que les familles touchées par ce drame ou à celui de la liberté individuelle où le suicide relevait d'un choix personnel et libre. Comment la problématique du suicide est devenue une question de santé publique, très présente dans les médias, au centre de l'activité de plusieurs associations nationales et régionales, faisant l'objet de formations et de campagnes de prévention ?

En Suisse, la période d'émergence se situe entre le début des années '90 et 2004. Quatre axes peuvent être identifiés durant cette période : le contexte international et l'émergence de la problématique dans le milieu des experts ; l'identification du suicide comme problématique sociale et la mobilisation du milieu associatif ; l'alliance entre experts, associations et politiciens avec la volonté d'en faire une problématique publique ; l'émergence de la thématique de la santé psychique au sein de la santé publique. Quatre groupes sociaux participent à l'émergence de la problématique suicidaire : les experts (surtout psychiatres et psychologues), les associations (associations caritatives déjà existantes ou créées dans le but de prévenir le suicide), les politiciens soutenant la prévention du suicide et les représentants des instances fédérales et cantonales de la santé publique.

Contexte international et émergence de la problématique dans le milieu médical

Dans les années '50 aux États-Unis se sont créés les premiers centres de prévention du suicide dans le cadre de la nouvelle politique de santé du gouvernement Kennedy qui encourageait le développement de projets communautaires⁸⁴ chargés de promouvoir la

⁸⁴ Les projets communautaires sont des projets qui naissent et se développent au sein des communautés et peuvent avoir pour but la promotion de la santé et la prévention de certaines problématiques comme le suicide ou la violence (voir par exemple Potvin et al., 1994).

santé mentale positive⁸⁵ (Aujard, 2007). Autour de ces centres se développe un savoir ayant comme but de comprendre et de prévenir le suicide, conduisant de facto à la création d'une nouvelle discipline : la suicidologie, dont Edwin Shneidman, psychologue, sera considéré comme le fondateur. En tant que savoir spécifique, la suicidologie émerge ainsi à partir des centres de soutien psychosocial. Dans ce cadre, les connaissances sur le suicide se développent d'emblée à partir des idées et des comportements suicidaires, en lien étroit avec des problématiques de détresse psychique et sociale. En quelques décennies, la suicidologie acquiert une reconnaissance universitaire ainsi qu'une ampleur internationale avec la création de l'International Association for Suicide Prevention (IASP) en 1960. Progressivement, l'IASP devient la référence internationale dans le domaine du suicide et de sa prévention. Les experts s'intéressant à la question se multiplient et, chaque deux ans, l'IASP organise des congrès internationaux à travers le monde, permettant de diffuser les savoirs et les pratiques de prévention du suicide au niveau international. Selon plusieurs experts, alors que la suicidologie avait à son origine une ambition pluridisciplinaire et que dans les années '70 la perspective communautaire avait beaucoup d'influence (notamment aux États-Unis et au Canada), depuis les années '90 l'approche psychiatrique est devenue largement dominante. Les recherches sont ainsi majoritairement axées sur les présupposés biologiques et génétiques du suicide, considéré comme une pathologie psychiatrique. Concernant la prévention du suicide, la majorité des recherches et des programmes se centrent sur la prévention secondaire et tertiaire, lorsque les problèmes sont déjà présents et non en amont, dans une démarche de promotion de la santé⁸⁶. Cela serait dû, selon l'avis de l'ex-président de l'IASP Brian Mishara, à la pression économique exercée par les industries pharmaceutiques sur la recherche, qui favoriseraient les perspectives médicales (l'identification des pathologies liées au suicide permet de faire de la prévention du suicide par le biais d'une prise en charge médicamenteuse). En outre, tant au niveau politique (pour des questions de stratégie électorale) que de la recherche (en raison de l'exigence de publier rapidement), les initiatives ayant des résultats à court terme (comme les études médicales) sont favorisées, ce qui désavantage les programmes de prévention primaire ayant des temporalités beaucoup plus longues.

⁸⁵ La santé mentale positive constitue un concept qui entend mettre l'accent sur la dimension non pathologique de la santé mentale. Selon Kovess et al., elle désigne « une ressource dont nous avons besoin pour gérer notre vie avec succès » (2001: 9).

⁸⁶ Par promotion de la santé ou prévention primaire, on entend la prévention faite sur la population en général, voir sur des populations présentant des facteurs de risque. La prévention secondaire s'occupe d'éviter le passage à l'acte chez les personnes ayant des idées suicidaires. La prévention tertiaire se concentre au contraire sur les personnes qui ont déjà fait des tentatives de suicide dans le but d'éviter les récurrences (Lacroix, 1990).

En 1996 (en 1997 en français), l'ONU et l'OMS, en collaboration avec l'IASP, rédigent des directives internationales afin d'encourager le développement de programmes de prévention du suicide dans tous les pays du monde (UN/WHO, 1996; ONU/OMS, 1997). La rédaction de ces directives participe ainsi au processus plus global (en grande partie piloté par l'OMS) visant l'élaboration d'une santé publique internationale s'appuyant sur une uniformisation des politiques publiques nationales. Concernant la prévention du suicide, celle-ci est présentée comme une problématique universelle du ressort de la santé publique. D'ailleurs, depuis les années '90, plusieurs pays occidentaux ont mis en place des programmes nationaux de prévention du suicide⁸⁷. Les directives de l'ONU/OMS se démarquent d'une approche uniquement médicale du suicide et appréhendent le phénomène comme relevant de la société toute entière. En ce sens, « d'importants éléments contributifs comme les troubles mentaux ou les dépendances, les problèmes sociaux, l'absence d'un climat propice à l'épanouissement de la personnalité et le manque de services appropriés proposés à ceux qui se trouvent dans le besoin pourraient être corrigés » (ONU/OMS, 1997: 14). De manière plus précise, les directives de l'ONU et l'OMS encouragent les pouvoirs publics à s'exprimer clairement en faveur de la prévention du suicide en élaborant une stratégie nationale d'ensemble afin de faire participer les différents secteurs de la société au développement d'initiatives et de programmes de prévention du suicide. En ce sens, un organisme (gouvernemental ou non-gouvernemental) devrait être créé dans le but de « coordonner l'action visant à lutter contre les problèmes biopsychosociaux liés aux comportements suicidaires » (ONU/OMS, 1997: 15).

Parmi les démarches qui sont proposées afin de mettre en œuvre un programme national, il y a la détection, le traitement et l'orientation des personnes à risque suicidaire, l'amélioration des informations autour du suicide et des facteurs associés (troubles psychiques, conséquences du stress, gestion des crises), la formation des professionnels de première ligne, la réduction d'accès aux moyens létaux, ainsi que la modification des textes législatifs en vue de faciliter la mise en place d'une stratégie nationale. Malgré l'absence d'une position claire quant à l'étiologie suicidaire (le rapport adopte une perspective biopsychosociale mais chaque pays doit pouvoir établir les facteurs de risque qui lui sont propres), on peut deviner implicitement, entre les lignes du rapport, l'adoption d'une perspective psychiatriques par le fait de relier clairement le suicide aux troubles mentaux ainsi que par le fait d'axer une grande partie des démarches autour de la prévention

⁸⁷ Le plus ancien a été implanté en Finlande en 1986, suivi par la Norvège (1996), la Suède (1996), la France (1997), l'Australie (1999), les États-Unis (2001) et le Canada (2002).

secondaire ou tertiaire. Selon ces directives, l'intégration des collectivités dans la mise en place des stratégies de prévention du suicide est donc possible dans la mesure où elles adoptent et diffusent les savoirs médicaux.

En Suisse, un congrès de l'IASP est organisé à Bâle en 1967. Malgré le fait qu'aucune initiative locale notoire ne suit cet événement, ce congrès permet de tisser des liens entre des professionnels suisses et le réseau international de prévention du suicide, conduisant, en 1989, à la création de l'ASICS (Association suisse pour l'intervention de crise et la prévention du suicide), faisant partie de l'IASP. Cette association réunit toute personne intéressée à la thématique du suicide, depuis les professionnels de différents horizons jusqu'aux proches de suicidés. L'objectif de l'association est de promouvoir la prévention du suicide par le biais de journées de formation adressées à tout public. Il s'agit là d'une première initiative qui ne rencontre toutefois pas beaucoup d'écho, à part le fait de susciter l'attention de quelques professionnels sur cette question.

Du côté des professionnels, la première initiative importante dans le domaine de la prévention du suicide a été la mise en place, par la Fédération des médecins suisses (FMH) et l'Office fédéral de santé publique (OFSP), du programme « Crise et Suicide », entre 1991 et 1996. Celui-ci s'inspirait des directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'expérience réalisée sur l'île de Gotland, où la formation des médecins de premier recours à la détection et au traitement de la dépression avait entraîné une diminution importante des suicides (Rutz et al., 1989). Le programme « Crise et Suicide » a donc permis de sensibiliser : les médecins généralistes à la reconnaissance et au traitement de la crise suicidaire, les patients à s'adresser aux médecins en cas de crise, les médias à prêter attention à la manière dont les informations au sujet du suicide sont diffusées, ainsi que d'autres groupes professionnels à la problématique du suicide en général (Weil, 2008). Parmi ces différents axes, le plus conséquent a été celui de la sensibilisation des médecins qui a permis d'en former environ 2400. Derrière cette initiative, on retrouve certaines personnes qui resteront par la suite très actives dans la prévention du suicide : Barbara Weil (coordinatrice travaillant pour la FMH et future coordinatrice de Ipsilon⁸⁸), Conrad Frey (psychiatre et futur président de Ipsilon) et Konrad Michel (psychiatre, membre de Ipsilon et très actif dans la prévention du suicide).

A Genève, en 1996, ce sont François Ladame, psychiatre et psychanalyste, et Maja Perret-Catipovic, psychologue et psychothérapeute, qui créent le Centre d'Etude et de Prévention

⁸⁸ Organisation faitière regroupant les organismes institutionnels et associatifs s'occupant de prévention du suicide en Suisse.

du Suicide (CEPS). Ce centre fait administrativement partie de l'HUG⁸⁹ mais est subventionné par la fondation privée Children Action. La création du CEPS n'a pas été directement inspirée par le mouvement international de prévention du suicide (IASP, OMS) duquel le centre reste relativement détaché. Les réseaux du centre et l'approche véhiculée se rattachent plutôt au milieu psychanalytique français. Le CEPS s'occupe principalement du suicide chez les adolescents et est né du constat que la grande majorité des adolescents ayant des idées ou des comportements suicidaires refusent un suivi psy. Les activités s'articulent autour de : (1) la « prévention universelle », qui vise à déstigmatiser le suicide au sein de la population ; (2) la « prévention sélective », adressée aux populations à risque ou aux professionnels travaillant avec ces populations ; (3) la « prévention indiquée », à travers la mise en place d'une ligne téléphonique disponible 24h/24 et la possibilité, pour adolescents présentant des problématiques suicidaires, de bénéficier de consultations thérapeutiques⁹⁰. Au début, les activités du centre restent méconnues par le grand public et elles se concentrent surtout sur la prise en charge et le suivi, mais moins dans la diffusion d'informations et de formations, activités qui se développeront plus tard.

Ces premières initiatives suisses centrées sur la prévention du suicide trouvent leur origine dans le milieu professionnel psychiatrique et psychothérapeutique. Elles naissent des liens tissés dans le milieu international ou francophone et répondent à une nécessité avant tout professionnelle et pratique. Elles reflètent et s'adaptent donc aux évolutions internationales autour des connaissances et des pratiques de prévention du suicide. Il s'agit d'un exemple intéressant de comment une thématique devient saillante au niveau local à partir de directives élaborées sur un plan international⁹¹. Ces initiatives venant « d'en haut » n'ont toutefois pas eu beaucoup d'impact au niveau de l'opinion publique et restent cantonnées aux milieux professionnels. De plus, la prise en compte de la problématique se fait principalement d'un point de vue médical : que ce soit les acteurs qui y participent, les institutions qui les accueillent (FMH, HUG) ou le type de prévention, tout reste très axé sur la détection et la prise en charge psychiatrique ou psychothérapeutique des personnes ayant des idées ou des comportements suicidaires.

⁸⁹ Hôpitaux Universitaires de Genève.

⁹⁰ La manière de classer les différents axes préventifs se distingue ainsi de la vision communément admise, qui parle de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

⁹¹ Cattacin et Lucas évoquent un exemple similaire au sujet de la lutte contre l'abus d'alcool, où des initiatives nationales sont élaborées à partir de la pression exercée par l'OMS (Cattacin et Lucas, 1999).

Identification du suicide comme problématique sociale et mobilisation du milieu associatif

Parallèlement à l'intéressement témoigné par le milieu des experts dans les années '90 vis-à-vis de la problématique suicidaire, un mouvement « par le bas » commence, vers la deuxième moitié des années '90, à se mobiliser autour de cette question. Lié au développement d'une nouvelle sensibilité morale autour du suicide et de la souffrance psychique, le suicide est progressivement considéré comme quelque chose d'inacceptable, pour lequel il faut trouver des solutions et qui relève d'une responsabilité collective. Caritas, organisation caritative très présente sur le territoire helvétique, se retrouve à assumer le rôle de catalyseur de cette problématique. En 1996, lors d'un forum organisé en Suisse allemande autour du suicide, beaucoup de demandes se font entendre depuis la Suisse romande de la part de services sociaux et d'associations Caritas régionales, qui se disent être très souvent confrontés au suicide. C'est notamment dans les services sociaux de gestion des dettes et pour chômeurs que le problème semble être le plus saillant, d'autant plus que les professionnels se sentent complètement impuissants face aux situations impliquant des suicides ou des tentatives de suicide. A partir de ce constat, de nombreuses initiatives seront développées par Caritas autour de la prévention du suicide, suscitant beaucoup d'intérêt et de participation de la part de la société civile qui conduiront à la création de plusieurs associations régionales de prévention du suicide.

Comment interpréter le fait que la question du suicide commence à être perçue comme un problème social à partir du milieu des années '90⁹² ? Contrairement à ce qu'on pourrait penser au premier abord, l'émergence de cette problématique dans l'espace public ne s'explique pas par une augmentation objective des taux de suicide. En effet, le taux de suicide, après avoir augmenté pendant les années '70 en atteignant des pics en 1980 (25,7/100'000) et en 1983 (25,5/100'000), est en constante diminution depuis la fin des années '80. Même au niveau cantonal, les taux de suicide n'augmentent pas pendant les années '90. Il y a des variations parfois significatives (en hausse ou en baisse) d'année en année, mais celles-ci ne sont pas déterminantes par rapport à la tendance générale, qui va plutôt vers une diminution du taux. Si l'on regarde par tranche d'âge, ce sont uniquement les plus de 85 ans qui voient leur taux de suicide augmenter pendant les années '90⁹³. Pour

⁹² Il faut remarque que cette émergence dans le milieu associatif est relativement tardive par rapport à d'autres pays européens. En France, c'est notamment dans les années '60, avec la création des centres d'accueil et d'écoute (comme SOS Amitié), que la problématique du suicide a commencé à mobiliser la société civile (Campéon, 2005; Lustman, 2008).

⁹³ Selon certaines études, ce phénomène est notamment lié à l'isolement croissant des personnes âgées (Andrian, 1999).

comprendre ce changement de perception du phénomène, il faut plutôt regarder le contexte socioéconomique suisse des années '90, pendant lequel la Suisse a assisté à une hausse spectaculaire de son taux de chômage⁹⁴. Liée à une importante stagnation économique, mais également à des facteurs statistiques et sociologiques (Weber, 2001), l'augmentation du chômage, en excluant une partie de la population du monde du travail, a remis en question le principe de cohésion sociale. Alors que la France, ainsi que d'autres pays européens, avait assisté à une crise similaire dans les années '80, la Suisse vit cette crise économique et sociale dans les années '90, provoquant une prise de conscience nouvelle vis-à-vis de certaines problématiques sociales comme la pauvreté, la détresse ou l'isolement. En l'espace de quelques années, l'illusion de constituer une exception dans le panorama européen s'ébranle, faisant émerger toute la fragilité du système économique capitaliste, néolibéral et de plus en plus mondialisé duquel la Suisse n'est pas séparée.

C'est dans ce contexte qu'un nombre croissant de professionnels se trouve confronté à des suicides et à des tentatives de suicide au sein des populations fragilisées par le chômage ou la dette. Les suicides ne sont ni plus ni moins fréquents qu'avant, mais le cadre interprétatif a changé et le suicide devient un reflet dramatique de la crise sociale helvétique et de la perte de liens que celle-ci comporte. Ce n'est donc pas le fait suicidaire lui-même qui a radicalement changé, mais le contexte d'urgence sociale, qui en transforme désormais sa lecture. La question suicidaire devient ainsi un problème social menaçant l'équilibre et la cohésion sociale et qui demande à être résolu par le biais de solutions d'ordre sociétal. Si cette problématique émerge à ce moment-là, c'est aussi en raison des changements culturels touchant l'appréhension de la souffrance et du suicide. Le bien-être économique qui a suivi la Deuxième Guerre mondiale, ainsi que le développement d'une culture psychologique (Castel et Le Cerf, 1980) ont contribué à rendre plus inacceptable la souffrance psychique (Fassin, 2002a; Fassin et Bourdelais, 2005). L'appréhension du suicide est enfin moins marquée par la rigidité morale, laissant la place à une lecture plus compréhensive et compassionnelle (Campéon, 2005)⁹⁵.

Caritas a donc servi de catalyseur à la problématique suicidaire et a créé en 1996 la CAPS (Coordination Action Prévention Suicide) qui consiste en un groupe d'experts comprenant trois psychologues, un psychiatre, un directeur d'école et un éducateur spécialisé. Leur but

⁹⁴ Le taux de chômage passe notamment de 0,5% en 1991 à 4,5% en 1993 et à 5,2% en 1997 (Streckeisen, 2009).

⁹⁵ Un changement d'attitude similaire peut être perçu au sujet de la toxicodépendance. Dans la même période, la vision de condamnation (actualisée par des politiques répressives) laisse progressivement la place à une appréhension plus compréhensive, voyant la personne dépendante comme une personne souffrante (Ehrenberg, 1996; Cattacin et Lucas, 1999).

est, en s'inspirant des initiatives déjà réalisées notamment en France et au Canada, d'élaborer une stratégie pour répondre aux demandes de formation et de soutien parvenues à Caritas au sujet du suicide. Parmi les membres de CAPS on retrouve des personnes intéressées à cette problématique d'un point de vue professionnel et, pour certains d'entre eux, également d'un point de vue privé. Il y a notamment Jacqueline Rutgers-Cardis, psychologue de formation, qui, dans les années '80, après avoir perdu un enfant par suicide, participe à la création de Regenbogen/Arc-en-ciel, un groupe d'entraide constitué par des parents d'enfants morts (non exclusivement par suicide). Cette dernière est toujours très active dans la prévention du suicide (voir à ce propos Rutgers-Cardis, 2006).

En 1999, CAPS/Caritas organisent 19 journées de formation (deux ou trois pour chaque canton romand) dans lesquelles participent environ 600 professionnels d'origine très diverse (policiers, éducateurs, médecins, infirmiers, assistants sociaux, conseillers de chômage, etc.). L'approche de la problématique se veut clairement militante et sociale, ce qui correspond à la vision promue en général par Caritas et en particulier par la responsable de ce projet, Marlène Messerli, assistante sociale et sociologue de l'éducation. Comme on peut le lire dans les Actes des Journées, « le projet CAPS est sous-tendu par la conviction que la question du suicide déborde largement le champ de l'intervention médicale stricto sensu et qu'il s'agit là, bien plutôt, d'une réalité qui concerne la santé de la société dans son ensemble. Dans une terminologie actuelle : c'est une problématique qui relève aussi de ce que l'on appelle désormais la "santé communautaire" » (CARITAS/CAPS, 2000: 4). Le programme de ces journées prévoyait des interventions du psychiatre Dominique Baettig⁹⁶, du théologien Hugues Poltier, une représentation de théâtre forum de la compagnie Caméléon portant sur le suicide⁹⁷, ainsi que plusieurs moments d'échange où les participants discutaient de la problématique du suicide à partir de leurs expériences. Les journées mettent en évidence le manque de formation, de coordination interprofessionnelle, d'expertise et d'indications concrètes dont les professionnels disposent pour faire face à des situations de suicide. A l'issue de ces journées, plusieurs

⁹⁶ Dominique Baettig, psychiatre et politicien, était à ce moment là assez proche de Caritas, d'où son engagement dans ces journées de prévention. Au sein de l'UDC (Union Démocratique du Centre), il assumera par la suite des positionnements politiques de droite refusant par exemple, comme on le verra par la suite, l'initiative « Pour la protection face à la violence des armes », censée contribuer à la prévention du suicide.

⁹⁷ Le théâtre forum est une technique théâtrale développée à l'origine par Augusto Boal (1985). Les acteurs proposent dans un premier temps des petits sketches ayant toujours une issue négative au sujet d'une thématique précise. Dans un deuxième temps, les sketches sont rejoués et le public est invité à y participer (en allant jouer à la place des acteurs) et à proposer des solutions aux problèmes qui sont mis en scène. Il s'agit d'une démarche participative afin d'encourager les participants à réfléchir aux problèmes en essayant de développer des solutions positives et originales.

recommandations sont faites de la part du CAPS : encourager les recherches sur le suicide et sur sa prévention dans une perspective pluridisciplinaire et non exclusivement médicale (axées donc non seulement sur le soin et sur l'individu, mais également sur la prévention primaire et sur l'entourage) ; créer des structures d'accueil de proximité à caractère pluridisciplinaire afin d'accueillir les personnes touchées par la problématique suicidaire ; développer des formations interdisciplinaires pour les professionnels confrontés au suicide ; enfin, « dans une perspective à moyen et long terme, (...) sensibiliser les autorités publiques afin qu'elles reconnaissent le suicide comme un problème de santé publique » (CARITAS/CAPS, 2000: 36). La nécessité de coordonner les efforts et de sensibiliser le milieu politique à cette question est ainsi posée comme un des objectifs futurs.

Par la suite, Caritas et CAPS participent activement à la création de différentes associations cantonales de prévention du suicide qui se situent dans une même perspective sociale et communautaire. La première est Parspas, association valaisanne de prévention du suicide, fondée en 2002 par le père d'un adolescent mort par suicide. L'association propose des sensibilisations dans les écoles (réalisées par une animatrice et un membre de l'association), des groupes de parole de parents endeuillés, ainsi qu'une ligne téléphonique pour toute personne touchée par le suicide. La volonté était celle de proposer autre chose que le soutien psychiatrique aux personnes en détresse et d'impliquer la population civile dans une thématique considérée comme relevant de tout un chacun et ne devant pas être confinée au monde médical. En 2003, l'association PreSuiFri voit le jour suite à la sollicitation de Caritas par la santé publique du canton de Fribourg afin de participer à l'élaboration d'un programme de prévention du suicide. L'association développe des formations pour les professionnels et élabore des guides d'intervention en cas de suicide ou de tentative de suicide. En 2004 se crée l'Association inter-jurassienne de prévention du suicide Résiste qui, par manque de moyens n'est pas très active. Dans le canton de Neuchâtel, c'est l'association Parlons-en qui se forme en 2008 et qui propose une ligne téléphonique, ainsi que des formations pour les professionnels. Toutes ces associations se constituent « d'en bas », à partir de groupes locaux pluridisciplinaires (souvent composés par des personnes personnellement touchées par le suicide d'un proche et par des professionnels sensibles à cette question) qui élaborent un projet en conformité avec la réalité sociale cantonale et avec ses besoins. Ces associations sont parfois soutenues par des organisations privées (comme la Loterie Romande) ou par des subventions cantonales, mais fonctionnent en grande partie grâce au bénévolat.

Parallèlement aux initiatives de Caritas, en 2000, un groupe de collégiens fonde à Genève l'association Stop Suicide. La création de l'association avait été motivée par le suicide d'un camarade et par le silence que la direction du collège avait voulu garder autour de l'événement. Un groupe de jeunes organise alors une marche silencieuse dans le but d'attirer l'attention sur le tabou du suicide et décide de s'unir en association. Les buts de Stop Suicide sont ceux de « parler et de faire parler la population, le monde politique et, plus spécialement les jeunes du suicide et de sa prévention ; augmenter les possibilités d'expression, d'écoute et de partage des jeunes et pour les jeunes ; mettre en avant les idées de prévention du suicide venues des jeunes ; être un joint entre les jeunes et les associations de prévention ; travailler avec ces mêmes associations afin de confronter les points de vue pour la prévention du suicide »⁹⁸. Dans la perspective de Stop Suicide, il ne s'agit pas de vouloir lutter contre tout suicide et donc de nier le « droit » au suicide. Il s'agit plutôt d'encourager les actions préventives, la diffusion d'information et les opportunités d'aide dans l'idée que le suicide, dans certaines situations, peut et doit être prévenu. Le cadre interprétatif qui sous-tend cette approche est celui de voir le suicide non pas comme une problématique médicale, mais comme une affaire de société. C'est donc à la société civile que revient la responsabilité d'agir, dans le but d'aider les jeunes en détresse afin qu'ils disposent d'autres solutions que le suicide pour faire face à leurs problèmes. Les activités de Stop Suicide, qui s'inspirent des directives de l'OMS et de l'IASP, sont très variées et incluent des interventions dans la presse, l'organisation de conférences et débats, la gestion d'un site internet très riche d'informations⁹⁹ et, à partir de 2005, l'organisation d'événements publics à l'occasion de la Journée mondiale de Prévention du Suicide qui se déroule chaque année le 10 septembre. Pour Stop Suicide, la prévention passe ainsi par le fait de parler du suicide et de diffuser les informations existantes visant à prévenir le suicide et à prendre en charge les personnes en détresse suicidaire. Avec les années Stop Suicide a acquis une certaine légitimité et est devenue prestataire de service pour la santé publique genevoise. Très présente dans les médias et ayant des liens étroits avec le monde politique genevois et national, Stop Suicide jouera un rôle important dans la phase de lutte pour la création d'un programme national de prévention du suicide.

Ces actions venant « d'en bas » témoignent d'une prise de conscience collective concernant la détresse qui entoure la personne suicidaire et son entourage. En effet, elles naissent souvent chez des personnes ayant personnellement vécu le décès d'un proche. L'idée que

⁹⁸ <http://www.stopsuicide.ch/sources/Statuts.pdf>, consulté le 15 janvier 2012.

⁹⁹ Le site internet est très fréquenté et, lorsque l'on utilise le mot-clé « suicide » sur google.ch, le site de l'association est le troisième qui s'affiche.

grâce à une prévention du suicide le drame vécu aurait pu être évité motive l'engagement de ces personnes dans les milieux associatifs. Au travers des premières actions de prévention, l'intention est donc celle de libérer la parole afin que les informations sur la prévention du suicide et sur l'aide aux personnes en détresse soient diffusées au grand public et ne restent pas cloitrées dans milieu des experts médicaux. L'explication du suicide, ainsi que les moyens pour le prévenir, sont donc marqués par une forte perspective socioculturelle et s'opposent clairement à l'interprétation médicale voyant le suicide comme le reflet d'une pathologie psychiatrique.

La présence sur le devant de la scène de « profanes » suscite parfois des réactions vives chez les professionnels médicaux¹⁰⁰. Censés détenir le savoir légitime sur la question, les experts médicaux se montrent souvent méfiants vis-à-vis de la manière dont les groupes associatifs prennent la parole dans l'espace public, en abordant volontiers le sujet avec un langage et des visions parfois différentes de celles médicales. La gravité de la thématique et les craintes d'induire des suicides lorsque le sujet n'est pas abordé de manière appropriée justifient ces réactions de méfiance ou de réprobation¹⁰¹.

Alliances transversales et émergence du suicide comme problématique de santé publique

La problématique suicidaire émerge dans les milieux médicaux et associatifs de manière indépendante et différente, mais des liens se tissent relativement tôt entre ces milieux afin de coordonner les efforts dans le but de sensibiliser le monde politique à la nécessité de rendre la prévention du suicide une priorité de santé publique nationale.

Un espace de rencontre se crée à l'occasion des congrès nationaux organisés en 2002 et 2003. Le premier, organisé par la Fédération des Églises Protestantes Suisses (FEPS), s'intitule « Suicide ? » et conduira à la publication du premier ouvrage collectif sur le suicide en Suisse : *Suicide, la fin d'un tabou ?* (Peter et Möslé, 2003). Parmi les intervenants, on retrouve deux médecins, deux psychologues, une assistante sociale, deux épidémiologistes, un juriste, trois philosophes, trois théologiens, un éthicien et une pasteure. Plusieurs

¹⁰⁰ A Genève, les tensions existantes entre Stop Suicide et le CEPS s'expliquant en partie par le fait que des non-experts (et en plus des jeunes) prenaient une place considérable dans l'espace public au sujet du suicide et de sa prévention, en assumant parfois des positions divergentes par rapport aux experts du CEPS (mais conformes à d'autres pôles experts).

¹⁰¹ Une réaction similaire avait été remarquée en France après que la création de centres d'écoute comme SOS Amitié, dans les années '60, avait permis de reconnaître le suicide comme étant un problème social important sur lequel il fallait agir. Selon Campéon, les psychiatres s'étaient montrés d'abord « réticents à cette entreprise sans caution scientifique » pour ensuite s'en rapprocher et s'associer, notamment dans la formation des écoutants (Campéon, 2005: 67).

personnes œuvrent dans des associations de prévention et les dimensions philosophique et théologique prennent beaucoup de place face à l'expertise médicale et psychologique. Le deuxième congrès, organisé cette fois en 2003 par l'ASICS et la FEPS, accorde toujours beaucoup de place aux dimensions philosophico-théologiques. Les actes seront publiés en 2006 sous le titre de *Suicide : liens sociaux et recherche de sens* (Rutgers-Cardis, 2006). Les intervenants sont quatre médecins, deux psychologues, une assistante sociale, un sociologue et quatre théologiens. Les différentes contributions abordent le sens du suicide et plusieurs témoignages viennent enrichir les propos des experts. Derrière l'empreinte fortement philosophique et spirituelle de ces premiers congrès, on retrouve l'impulsion de la FEPS, qui, tout en reconnaissant l'importance d'adopter une perspective interdisciplinaire dans l'appréhension du suicide, veut intégrer des « repères éthiques » aux différentes manières de comprendre et d'expliquer le suicide (Peter et Möсли, 2003: 9). Il s'agit ainsi de se pencher moins sur la pratique et l'intervention et plus sur la compréhension du phénomène, ainsi que sur l'opportunité ou pas de faire de la prévention du suicide. Avec ces congrès (et les publications des actes qui ont suivi), la thématique du suicide est défrichée et l'objectif est de convier (notamment à travers l'accessibilité des contenus traités) un public dépassant le milieu des experts ou des proches, en y incluant ainsi la société civile en général.

Parallèlement à ces congrès, la FMH crée un groupe de travail « Prévention du suicide en Suisse » qui regroupe une grande partie des acteurs s'occupant de la prévention du suicide en Suisse, et ce dans le but de rassembler les expériences et les initiatives dans ce domaine. A partir de ce groupe et sous l'impulsion de la FMH et de Caritas Suisse, les collaborations entre le monde associatif et les experts se formalisent à travers la création, en 2003, de Ipsilon, l'initiative pour la prévention du suicide en Suisse. Cette organisation faîtière unit la plupart des associations, organismes et institutions actives en Suisse dans la prévention du suicide et, de manière plus large, dans le milieu de la santé mentale¹⁰². D'un côté Ipsilon s'occupe de promouvoir la recherche et la formation dans le champ du suicide et de coordonner les activités de prévention du suicide (notamment dans la mise en réseau, la diffusion d'information et l'organisation de congrès nationaux). D'un autre côté, elle se propose d'assumer un rôle plus politique, en participant activement aux débats autour de la santé mentale et du suicide et en revêtant un rôle d'*advocacy* (plaidoyer) auprès des politiciens dans le but de les sensibiliser à cette question. Malgré ses intentions

¹⁰² Parmi ses membres, on retrouve notamment l'ASICS, le CEPS, Children Action, Stop Suicide, PreSuiFri, mais aussi la Fédération suisse des Psychologues (FSP), Pro Mente Sana, la Société suisse de psychiatrie (SSP), la Fédération des Églises protestantes de la Suisse (FEPS), La Main Tendue...

ambitieuses, Ipsilon, à part une coordinatrice à 30% payée par la FMH, ne possède que peu de moyens (notamment financiers) pour la mise en œuvre de sa mission. Ce manque de moyens limite largement ses possibilités d'action, tant du côté de la coordination que de celui de l'action politique.

Malgré ce manque de moyens, Ipsilon publie en 2004 une recherche qui fait le bilan de ce qui est fait en matière de prévention du suicide en Suisse. Plus de 740 institutions et organismes œuvrant dans le domaine de la prévention du suicide sont consultés. Les résultats montrent que le suicide constitue, pour la majorité des répondants, un problème à résoudre parmi d'autres et que, pour très peu d'entre eux, celui-ci représente le centre d'intérêt principal. En ce sens, les institutions cantonales travaillent principalement dans le domaine médical, l'intervention de crise, le suivi psychiatrique et l'aide sociale. Les organismes privés (associations d'entraide ou spécifiquement axées sur la prévention du suicide) s'intéressent plutôt au suivi psychosocial des personnes suicidaires, à la prévention du suicide et à la formation. De manière générale, les répondants mettent en évidence le manque de moyens, l'absence d'une coordination au niveau cantonal et national, ainsi que l'existence de bases scientifiques et de dispositifs évaluatifs insuffisants. Le rapport conclut en encourageant la création d'un organe de coordination national, afin de partager les expériences réalisées localement et de coordonner les efforts dans un but d'optimiser les moyens investis dans la prévention du suicide (Stoll et Weil, 2004). Le moment de la publication du rapport n'est pas choisi au hasard. En effet, parallèlement, l'OFSP était en train de rédiger un rapport sur la prévention du suicide en Suisse à la suite d'un postulat déposé par Hans Widmer en 2002.

Le postulat Widmer n'est pas la première intervention parlementaire déposée au sujet du suicide et de sa prévention. En 1984 déjà, Dario Robbiani dépose une question ordinaire¹⁰³ au sujet du suicide des enfants et des adolescents¹⁰⁴. La lecture qui est donnée, à ce qu'on appelle encore la « manie du suicide »¹⁰⁵ des adolescents, est éminemment sociale : « Les tensions, la solitude, le manque d'affection, les tristes modèles d'une société axée sur la compétitivité et le spectacle et la permanence de certaines valeurs surannées en seraient les causes ». Le parlementaire socialiste demande notamment s'il existe un rapport

¹⁰³ Une question (similaire à l'interpellation) est une intervention par laquelle les parlementaires demandent au Conseil fédéral des informations concernant la Confédération. Le Conseil fédéral y répond au maximum lors de la session suivante. L'interpellation peut être liquidée quand la question a déjà été débattue ou quand le Conseil fédéral refuse d'y répondre (Loi sur l'assemblée fédérale du 13 décembre 2002, 2010).

¹⁰⁴ 84.655 Question ordinaire de Dario Robbiani: Suicides d'enfants et d'adolescents. http://www.parlament.ch/afs/data/f/gesch/1984/f_gesch_19840665_002.htm, consulté le 15 janvier 2012.

¹⁰⁵ Pendant longtemps on a effectivement considéré que le suicide constituait une forme de manie (Loi sur l'assemblée fédérale du 13 décembre 2002, 2010).

complet sur la question et si le Conseil fédéral, le cas échéant, entend s'y pencher. On ne parle pas encore de prévention mais Robbiani évoque la nécessité d'« informer, sensibiliser et conseiller ». La question reste sans suite et il faudra attendre plus de dix ans pour que la problématique du suicide entre à nouveau dans le parlement fédéral. En 1995, c'est Hermann Weyeneth, député démocrate-chrétien, qui dépose une interpellation sur la prévention du suicide¹⁰⁶. L'intervention met l'accent sur le taux de suicide particulièrement élevé parmi les jeunes (également en comparaison européenne) et considère que la prévention du suicide incombe aux pouvoirs publics. L'interpellation est liquidée, le Conseil fédéral ayant refusé d'y répondre.

En 2001, le parlementaire socialiste Andreas Gross pose une question ordinaire intitulée « Suicides et tentatives de suicide. Statistiques »¹⁰⁷. La question, entre autre, demande au Conseil fédéral des données statistiques concernant l'évolution des suicides, les estimations des tentatives de suicide, ainsi que le nombre de suicides solitaires¹⁰⁸ par rapports aux suicides assistés¹⁰⁹, qui, dans les statistiques suisses, sont rassemblés sous la même catégorie. Le Conseil fédéral répond aux questions en citant les recherches et les statistiques existantes, lesquelles ne donnent toutefois pas de chiffres précis, ni sur les tentatives de suicide, ni sur le nombre de suicides assistés par rapport aux suicides solitaires dont la distinction au niveau des statistiques ne serait « guère parlante ». La thématique de la prévention du suicide et de la responsabilité de la Confédération dans ce domaine n'est toutefois pas évoquée.

Hans Widmer dépose enfin, en 2002, un postulat¹¹⁰ sur la « Prévention du suicide »¹¹¹. Celui-ci demande au Conseil fédéral, en raison du taux de suicide suisse parmi « les plus élevés au monde », d'adresser un rapport aux Chambres fédérales sur « a. les mesures prises jusqu'à présent par la Confédération pour prévenir les suicides; b. les efforts de

¹⁰⁶ 95.3182 Interpellation de Hermann Weyeneth : Prévention du suicide. http://www.parlament.ch/f/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=19953182, consulté le 15 janvier 2012.

¹⁰⁷ 01.1105 Question Ordinaire de Andreas Gross : Suicides et tentatives de suicide, Statistiques. http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20011105, consulté le 15 janvier 2012.

¹⁰⁸ Le néologisme « suicide solitaire » est employé dans le présent travail en opposition au terme « assisté ».

¹⁰⁹ Comme on le verra par la suite, les suicides assistés sont tolérés en Suisse en raison de l'article 115 du code pénale suisse qui condamne uniquement l'assistance au suicide en cas de « motifs égoïstes ». Cette question suscite toutefois de nombreux débats. Des tentatives de régulariser ces pratiques au niveau national échouent régulièrement.

¹¹⁰ Le postulat charge le Conseil fédéral « d'examiner l'opportunité, soit de déposer un projet d'acte de l'Assemblée fédérale, soit de prendre une mesure et de présenter un rapport à ce sujet ». Le Conseil fédéral peut décider s'il veut donner suite ou pas au postulat (Loi sur l'assemblée fédérale du 13 décembre 2002, 2010: 37).

¹¹¹ 02.3251 Postulat de Hans Widmer : Prévention du suicide. http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20023251, consulté le 15 janvier 2012.

prévention déployés par les cantons et les particuliers; c. les connaissances scientifiques expliquant le taux de suicide élevé que connaît notre pays » et demande « d'étudier des mesures permettant d'obtenir, par ses propres moyens ou en collaboration avec les cantons et les particuliers, une baisse du taux de suicide à l'aide d'une prévention efficace ». Signé par 23 députés, le postulat demande explicitement à la Confédération de s'intéresser de près à la prévention du suicide et de prendre position concernant l'implication que le gouvernement national entend adopter à ce sujet. Le Conseil fédéral accueille favorablement le postulat et charge l'OFSP de produire un rapport qui sera publié en 2005 (OFSP, 2005).

Le postulat Widmer arrive donc à un moment où la problématique commence à interpeller sérieusement tant le monde professionnel que celui associatif. Le Conseil fédéral se trouve ainsi obligé de donner suite à une demande qui relève d'un mouvement social et politique relativement important. Le postulat résulte en effet d'un processus de lobbying politique entrepris par certains acteurs appartenant notamment au groupe qui formera Ipsilon en 2003. Le mouvement social revendiquant une plus grande transparence sur la problématique suicidaire, ainsi qu'une intervention étatique face à cette question, trouve ainsi en Hans Widmer un premier *entrepreneur politique* ou *médiateur*, selon les termes de Pierre Muller (2008 [1990]). Dans l'émergence d'une problématique publique, le rôle du médiateur est celui de « formuler le problème dans un langage recevable par les élites politiques et donc à traduire le langage de la société dans le langage de l'action publique » (Muller, 2008 [1990]: 32). Widmer, député socialiste et philosophe de formation, assume donc bien le rôle d'intermédiaire entre le mouvement social, très marqué par une appréhension sociale et philosophique du suicide, et la scène politique. Toutefois, le poids relatif que Widmer a au sein de la scène politique suisse limite largement les possibilités d'influer de manière décisive sur le développement d'une stratégie nationale de prévention du suicide.

Emergence de la thématique de la santé psychique au sein de la santé publique

Parallèlement au travail réalisé dans le milieu de la prévention du suicide, au début des années 2000, la santé publique commence à s'intéresser à la thématique de la « santé psychique »¹¹². Le développement d'une réflexion autour de la santé mentale tant au

¹¹² Le terme de « santé psychique » est utilisé par les organismes suisses pour désigner ce qu'en France est communément appelé « santé mentale ». Les deux termes sont d'ailleurs utilisés comme synonymes.

niveau national que cantonal témoigne ainsi de la volonté d'inclure les problématiques psychiques dans les programmes de santé publique. Comme l'affirme Lovell, la santé mentale « (...) jette un pont entre la psychiatrie (fondée sur la relation patient-soignant) et la santé publique (élaborée au niveau d'une population, dans une optique politique) » (Lovell, 2004: 6).

En 1998, la Conférence suisse des Directrices et des Directeurs cantonaux de la Santé (CDS) et le Département fédéral de l'intérieur (DFI), mettent sur pieds le projet Politique Nationale suisse de la Santé (PNS), afin de « discuter, dans un processus commun entre les responsables gouvernementaux (...), des conditions nationales et sociales nécessaires à une politique globale de la santé » (OFSP, 2004a: 5). En 2000, la santé psychique est choisie comme un des trois thèmes principaux autour desquels développer une politique de santé commune entre Confédération et cantons. Entre 2000 et 2004, un processus de consultation est engagé afin de construire un cadre de référence consensuel ancré dans la réalité de terrain. Un « Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse » (OFSP, 2004b) est donc publié en 2004 à l'attention de la Confédération, des cantons et des communes, mais aussi des organismes s'occupant de santé et d'aide sociale et des associations de personnes concernées par les troubles psychiques. L'objectif est d'améliorer la santé psychique de la population suisse à travers une meilleure prise en charge et un meilleur suivi (en facilitant l'accès aux soins et en intégrant davantage les proches), ce qui permettrait de diminuer les bénéficiaires de l'AI, ainsi que les congés maladie dus à des problèmes psychiques. Parmi les buts du projet, on retrouve également la volonté de diminuer le nombre de suicides, en raison de l'association très grande qui existe entre les troubles psychiques et les suicides. Le projet évoque également la nécessité de faire de la prévention du suicide : « Quand bien même on ne sait finalement pas grand-chose des raisons et des facteurs qui mènent au suicide, il est possible de diminuer le taux élevé de suicides dans notre société. Une prévention du suicide efficace repose sur la combinaison de mesures visant à mieux savoir maîtriser les événements difficiles de la vie, une meilleure information générale et des mesures de traitements plus adéquates » (OFSP, 2004b: 45). L'absence d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide est également plusieurs fois soulignée. Dans les recommandations touchant à la « Détection précoce des maladies psychiques et interventions visant à maintenir l'intégration sociale, scolaire et professionnelle et prévenir l'invalidité », la prévention du suicide est considérée comme une des priorités dans lesquelles la Confédération doit s'engager pour 2005 (OFSP, 2004b: 63). Le suicide est donc

appréhendé au travers de la question de la détection des maladies, des situations à risque et de l'intégration sociale. Un certain flou persiste toutefois autour de la conceptualisation du suicide : tout en considérant la maladie psychique comme un facteur associé du suicide, l'étiologie suicidaire demeure partiellement inconnue.

Parmi les mesures encouragées par le projet et considérées comme ayant un impact sur le taux de suicide, on retrouve le programme *Alliance contre la dépression*. Les objectifs de ce programme, développé en Allemagne, sont ceux de former les médecins généralistes à mieux détecter et traiter la dépression, à réaliser des campagnes d'information pour le public et à former des « multiplicateurs » (pharmaciens, éducateurs, enseignants, etc.) sur le thème de la dépression, ainsi qu'à créer des groupes d'entraide de patients touchés par la dépression ou de proches de personnes atteintes de dépression. A partir d'un projet pilote réalisé entre 2003 et 2005 dans le canton de Zoug¹¹³, l'OFSP et la CDS décident de soutenir le développement d'*Alliance contre la dépression* dans les autres cantons (OFSP, 2004b: 62). Ce programme est censé couvrir une grande partie des besoins en terme de prévention du suicide dans les cantons, en raison du lien étroit qui existe entre dépression et suicides.

La thématique du suicide dans le milieu de la santé publique suisse n'émerge donc pas en tant que problématique indépendante (comme cela a été le cas par exemple pour la France, Campéon, 2005), mais comme étant étroitement liée à la santé mentale en général et par le biais de la dépression en particulier.

Une émergence progressive et captée

Pierre Favre (1992), en analysant l'émergence des problèmes dans l'agenda politique, identifie quatre modèles d'émergence : (1) *l'émergence progressive et par canaux multiples* où certains acteurs sociaux confrontés à une situation injuste ou inacceptable se mobilisent en essayant de susciter l'adhésion d'acteurs politiques, de syndicats ou d'associations ; (2) *l'émergence instantanée* qui se déclenche à la suite d'une catastrophe ; (3) *l'émergence automatique* du champ politique, qui découle d'une décision politique et non d'un processus de revendication sociale ; et (4) *l'émergence captée*, lorsqu'une instance extérieure au champ politique met en place une gestion collective afin de résoudre le

¹¹³ Le canton de Zoug (situé en Suisse alémanique) est très engagé dans le domaine de la santé mentale. Cela n'est pas sans lien avec la tuerie qui a eu lieu en 2001 au parlement cantonal où 14 députés avaient été tués par une personne souffrant d'un trouble de la personnalité. Les débats qui suivirent l'événement questionnèrent beaucoup le rôle de la société civile dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, d'où l'engagement de la santé publique cantonale dans ce domaine à partir de 2003.

problème en question (Favre, 1992). Deux modèles différents permettent de comprendre l'émergence de la problématique suicidaire en Suisse. D'une part, on peut parler d'une émergence progressive, car les milieux associatifs se sont mobilisés face à une situation considérée inadéquate et injuste. Leur mobilisation a donc cherché à créer une alliance avec les experts d'abord, et avec les milieux politiques ensuite. Le postulat Widmer témoigne de ces efforts. D'autre part, on perçoit en parallèle une émergence captée de la problématique suicidaire. Le mouvement associatif ne s'est en effet pas contenté de mobiliser l'opinion et les pouvoirs publics, mais a également développé des initiatives concrètes afin de combler les manques en termes de prévention du suicide. De la création de lignes d'écoute à la mise en place de formations ou d'interventions préventives dans les écoles et dans l'espace public, la problématique suicidaire a ainsi été « captée » par des instances extérieures à la santé publique, qu'elle soit cantonale ou nationale.

Suivant la grille d'analyse des politiques publiques de Jones (1984), on se trouve ici dans la phase d'identification du problème. La problématique fait l'objet d'un « processus de perception du problème, de définition, d'agrégation des différents événements ou problèmes, d'organisation de structures, de représentation des intérêts et de définition de l'agenda politique » (Muller, 2008 [1990]: 24). C'est le moment où la problématique est intégrée dans le travail gouvernemental, ici par le biais du postulat Widmer.

Parmi les acteurs qui ont participé à l'émergence de la problématique suicidaire, on trouve les experts, les membres des associations caritatives, les proches de personnes suicidées et les politiciens, ces derniers ayant un rôle de médiateur. Les grands absents de la prévention du suicide sont toutefois les personnes ayant fait des tentatives de suicide. Comment expliquer cette absence, qui se retrouve dans d'autres pays, avec des rares exceptions¹¹⁴ ? Aujourd'hui, le fait d'avoir un proche mort par suicide n'est plus aussi stigmatisé socialement qu'avant, et l'on reconnaît volontiers aux proches une certaine légitimité et reconnaissance en tant que victimes. Ceci est lié au fait que le milieu de la prévention du suicide se rattache à une étiologie suicidaire mettant surtout en cause l'individu présentant des idées ou des comportements suicidaires, et moins son entourage¹¹⁵. La visibilité acquise

¹¹⁴ Aux États-Unis, il y a par exemple le cas de Kevin Hines, qui a survécu à une tentative de suicide depuis le Golden Gate Bridge de San Francisco et qui, depuis, témoigne en faveur de la prévention du suicide. Un autre exemple est celui de Terry Wise, survécu à une tentative de suicide et auteure de *Waking Up: Climbing Through the Darkness* (Wise, 2004). Les seuls exemples trouvés viennent du continent nord-américain, où la question du suicide a émergé comme problématique publique déjà dans les années '80 (Lacroix, 1990).

¹¹⁵ Le discours véhiculé par la prévention du suicide est à ce propos complexe. On dit à la fois que l'entourage et les proches peuvent faire quelque chose dans les phases qui précèdent le suicide (ce qui risque parfois de culpabiliser les proches), et à la fois que l'entourage parfois ne peut rien faire et que, surtout, il n'est pas

par les associations de proches explique la dé-stigmatisation progressive d'avoir un proche suicidé, et y participe, de part les messages véhiculés. Le processus de recherche de sens qui suit le suicide d'un proche porte en outre souvent ces personnes à s'engager dans la prévention du suicide, dans le but idéal d'éviter que d'autres personnes endurent la même souffrance.

Concernant les personnes qui ont survécu à une tentative de suicide, la question est plus délicate. Le fait de faire une tentative de suicide et d'y survivre induit rarement un processus de recherche de sens axé sur le suicide. L'individu désire plutôt comprendre et donner un sens à ce qui a précédé le suicide et qui l'a implicitement provoqué¹¹⁶. La stigmatisation envers la personne qui a failli s'enlever la vie est en outre toujours relativement forte. Malgré un changement montrant de plus en plus les personnes avec des problématiques suicidaires comme des victimes et moins comme des coupables, il demeure toujours « contre-intuitif » d'interpréter un acte volontaire comme un geste irrationnel, surtout si le suicidant ne souffre pas explicitement d'une maladie mentale grave. Aujourd'hui, la stigmatisation est peut-être moins forte d'un point de vue moral ou religieux, mais elle l'est toujours en raison de la souffrance que le suicide provoque chez les proches. En outre, après une tentative de suicide, la personne a la plupart des fois envie d'oublier sa tentative et ne plus en parler, surtout si sa situation s'est améliorée depuis. Enfin, certaines études (Bourgoin, 1999; Baudelot et Establet, 2006b) démontrent que le taux de suicide est plus élevé parmi les catégories socioéconomiques inférieures, qui sont davantage dépourvues de moyens sociaux pour accéder à l'expression publique (Lenoir, 1996). Ces éléments expliquent ainsi la quasi-absence de personnes ayant survécu à leur suicide dans le panorama de la prévention du suicide.

Un changement de référentiel

A partir de ce terrain de recherche et en analysant comment les discours se construisent et se justifient, on peut isoler quatre référentiels distincts au sujet du suicide et de sa prévention. Avant l'émergence de la prévention du suicide, les référentiels principaux permettant d'appréhender le suicide étaient le référentiel du *tabou* et le référentiel *rationnel*. Avec le développement de la prévention du suicide, deux nouveaux référentiels

responsable du suicide. C'est dans cet interstice que se fonde et se légitime l'engagement des proches dans la prévention du suicide.

¹¹⁶ Cet aspect sera davantage développé dans la troisième partie de ce travail.

font leur apparition et deviennent progressivement dominants : le référentiel *médical* et le référentiel *social*¹¹⁷.

Le référentiel du *tabou* se rattache à une vision du suicide comme étant un interdit. Il se situe dans une appréhension de la vie comme appartenant à Dieu¹¹⁸. Dans cette vision, le suicide constitue un des actes les plus sacrilèges que les êtres humains peuvent faire car la vie, selon cette conception, constitue un don divin que l'on n'est pas en droit de détruire. Cette appréhension du suicide était très forte jusqu'au milieu du 20^e siècle dans les pays de l'Europe occidentale. Puisque le suicidé n'avait pas respecté une loi sacrée, il était, ainsi que sa famille, punis socialement (dans le Moyen Age, le cadavre était trainé dans les rues ou exposé sur la voie publique et les biens des familles étaient confisqués ; jusqu'au 20^e siècle, l'Église refusait aux suicidés une cérémonie funéraire religieuse). Le suicide était également un sujet dont on ne parlait pas car cela signifiait de se laisser contaminer par le péché, risquant ainsi de l'encourager. Dans cette vision du suicide, on retrouve la double signification du tabou : ce qui est interdit et ce sur quoi on fait silence par peur ou par pudeur (Robert et al., 1993)¹¹⁹. Malgré la diminution progressive de la dimension religieuse, l'appréhension du suicide a longtemps (et l'est toujours en partie) été influencée par cette notion d'interdit (qui devient plus un interdit social que religieux) et de silence. En ce sens, le milieu de la prévention a longtemps considéré que la meilleure manière pour prévenir le suicide était de ne pas en parler. Cette vision, appuyée par la découverte de l'*effet Werther*¹²⁰, considérait ainsi que le fait d'en parler avait un effet encourageant vis-à-vis du suicide. Aujourd'hui dans le milieu de la prévention, cette approche n'est plus d'actualité, en raison notamment des avancées de la recherche qui tendent à démontrer le contraire (le fait d'en parler directement a un effet apaisant chez une personne qui y pense). Toutefois, cette vision du suicide est encore présente dans les mentalités et détermine une

¹¹⁷ Je ne limite pas uniquement l'utilisation du concept de référentiel à la sphère des politiques publiques, mais je l'élargis à l'espace social en général.

¹¹⁸ Cette vision se retrouve dans une grande partie des grandes traditions religieuses, comme le christianisme, le judaïsme, l'islam.

¹¹⁹ Selon Munier (2004 : 172), c'est à partir de 1908 que la définition de *tabou* acquière de manière stable cette double signification. Cela est probablement lié au contexte socioculturel du monde judéo-chrétien, dans lequel la morale religieuse imposait un silence sur tout ce qui était considéré comme étant de l'ordre du péché, comme par exemple la sexualité (rapports sexuels, grossesses, etc.).

¹²⁰ Par effet Werther, on entend le phénomène par lequel la médiatisation d'un suicide peut provoquer une vague de suicide par contagion. Cela est notamment le cas lorsqu'une personne célèbre se suicide (cela avait été observé par exemple lors du suicide de Marilyn Monroe ou celui de Kurt Cobain) ou lorsque le suicide est relaté de manière sensationnelle (en indiquant le lieu, le moyen, le contexte, etc.).

attitude empreinte de gêne et de non-dits¹²¹ pour laquelle la meilleure prévention est celle de renforcer l'interdit du suicide et d'en parler le moins possible.

Le référentiel *rationnel* trouve son origine chez les stoïciens grecs selon lesquels l'homme est le maître de son existence et doit le rester jusqu'à sa mort. Le suicide est donc préféré à la mort naturelle, considérée comme humiliante (Peter, 2003). Sans se situer nécessairement dans cet extrême, ce référentiel considère la vie humaine comme appartenant aux individus qui, dotés du libre arbitre, peuvent en décider à leur guise. La mort volontaire est donc considérée comme un choix libre qui ne concerne personne d'autre que l'individu lui-même. Ni les proches et encore moins l'État peuvent lui enlever ou limiter cette liberté originelle. Selon cette vision, tout effort sera vain pour empêcher une personne de se suicider si elle le veut vraiment. La prévention du suicide est donc vue comme inutile et injustifiée, car empiétant sur les libertés individuelles. Dans ce référentiel, on retrouve les discours actuels touchant au suicide assisté qui s'appuient sur le principe de la « liberté de mourir ». Dans cette perspective, la personne malade doit avoir le droit de décider de sa propre mort. Derrière ce discours se trouve également une certaine critique vis-à-vis de la médecine, notamment en ce qui concerne l'acharnement thérapeutique. Le suicide assisté de la personne très malade peut ainsi être perçu comme une tentative de la part du patient de redevenir maître de son existence, dans un contexte où ce sont plutôt la maladie, la douleur et le cadre médical qui déterminent son quotidien.

Si l'on suit ces deux référentiels, le suicide est une question personnelle qui exclut l'idée que la collectivité puisse d'une manière ou d'une autre l'empêcher en faisant de la prévention. L'idée même de prévention n'est pas concevable, le suicide demeurant de l'ordre de l'inéluctable. L'émergence de la prévention du suicide dans l'espace public correspond à un changement de référentiel. L'apparition du référentiel médical et du référentiel social permet d'accéder à l'idée que le suicide *doit* et *peut* être évité. Ces référentiels impliquent donc une certaine explication de pourquoi une personne commet un suicide et de comment le prévenir. Dans le milieu des experts médicaux, on retrouve le référentiel *médical*, associant le suicide à des pathologies psychiatriques qu'il faut détecter et soigner. La prévention s'axe ainsi surtout au niveau de la prévention secondaire et tertiaire. Au sein de ce référentiel, la prévention du suicide n'est pas d'emblée une question politique ni publique, mais avant tout médicale. Ce n'est donc pas un hasard si la transformation de la problématique du suicide en une question publique n'est pas issue du milieu des experts.

¹²¹ Munier (2004) décrypte cette difficulté à mettre des mots sur le suicide d'un point de vue psychologique, en le reliant notamment à l'interdit social de se suicider.

Grâce à l'alliance nouée entre le mouvement social et le milieu médical dans le domaine de la prévention du suicide, le référentiel médical a progressivement intégré la dimension de santé publique, notamment en référence aux directives de l'ONU/OMS (1997).

Le référentiel *social* se retrouve principalement dans le milieu associatif et explique le suicide comme étant lié à des facteurs sociaux, culturels et/ou économiques. Il ne s'agit donc pas d'une problématique individuelle mais relève de l'ensemble de la société. L'étiologie suicidaire sollicitée privilégie ainsi les facteurs internes à la société dans une perspective intégrative¹²² : le suicide est lié à un mal interne communément partagé. L'émergence de ce référentiel en Suisse est associée au contexte socioéconomique des années '90, qui a favorisé la perspective sociale dans la compréhension du phénomène suicidaire. Le référentiel social donne en outre une lecture du suicide comme étant quelque chose qui n'est pas forcément pathologique, mais qui peut arriver à quiconque. Le suicide devient une option existentielle inhérente à la condition humaine et non pas un comportement déviant dicté par une psychopathologie. La vision de la prévention du suicide au sein du référentiel social englobe également la promotion de la santé et de la prévention primaire, des actions faites en amont de l'apparition des idées suicidaires. La prévention concerne ainsi la collectivité et, de manière particulière, les instances publiques. C'est donc au sein de ce référentiel que la prévention du suicide a pu être revendiquée comme étant une problématique publique devant faire l'objet d'un programme de santé publique national.

Le référentiel médical et le référentiel social partagent l'idée que le suicide doit faire l'objet d'une prévention, mais ne s'accordent pas nécessairement sur la manière.

¹²² Voir le chapitre liminaire.

1.2. Phase de lutte pour la reconnaissance

Dès 2004 et après une première phase où la thématique de la prévention du suicide gagne l'espace public et essaie timidement d'atteindre le champ politique, la lutte pour une reconnaissance de la prévention du suicide en tant que priorité de santé publique se fait plus importante et l'engagement politique prend le l'ampleur. Avec le postulat Widmer et le rapport de l'OFSP qui s'ensuit, la problématique est identifiée au niveau de la politique fédérale et certains principes de prévention du suicide sont formulés. Toutefois, dans les années qui suivent, aucune initiative centrée sur la prévention du suicide n'est entamée au niveau fédéral. C'est pourquoi l'engagement vis-à-vis de la prévention du suicide se poursuit par le biais d'autres « portes d'entrées ». L'élaboration d'une loi sur la prévention et la promotion de la santé représente ainsi un enjeu majeur, dans lequel beaucoup d'efforts sont engagés afin que la prévention du suicide soit citée et inscrite dans la loi. Parallèlement, la prévention du suicide se concrétise par le dépôt de l'initiative « Pour la protection face à la violence des armes » qui, dans son argumentaire, s'appuie largement sur les effets positifs que cette initiative pourrait avoir au niveau des taux de suicide. Le milieu national de prévention du suicide poursuit enfin la réflexion et le partage d'expériences et de connaissances avec l'organisation de quelques congrès, dont le plus important est organisé en mars 2010 par Ipsilon à Zurich.

La publication du rapport Widmer

L'élaboration du rapport répondant au postulat Widmer intitulé *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse* prendra trois ans et sera coordonné principalement par Salome von Greyerz de l'OFSP (OFSP, 2005). Pour la première fois en Suisse, la thématique de la prévention du suicide est analysée de manière relativement complète, ce qui permet de faire une traduction de la problématique d'un langage social en un langage de santé publique, recevable ainsi par les élites politiques (Muller, 2008 [1990]: 32). Suivant l'analyse de Jones (1984) sur les politiques publiques, cette étape correspond à la phase de développement du programme, où la problématique fait l'objet d'une formulation (par rapport au problème lui-même et aux solutions envisageables) et d'une légitimation politique.

Dans le rapport Widmer, la problématique du suicide et de sa prévention est ainsi éclairée par le biais d'un regard épidémiologique. Les comportements suicidaires sont associés à des facteurs de risque variés, conformément au modèle multifactoriel. La dimension

rationnelle du geste est plusieurs fois écartée. A ce propos, on insiste sur l'aspect impulsif, en soulignant le fait que les suicides et les tentatives de suicide « ne sont que rarement prémédités de longue date et commis sur une décision librement prise (suicide de bilan) » (OFSP, 2005: 18). Sans vouloir rentrer dans le débat concernant la proportion entre suicides impulsifs et suicides prémédités, on peut mettre en évidence le changement sociohistorique de cette appréhension. Alors qu'autrefois la vision rationnelle et préméditée était dominante, on privilégie de nos jours (sous l'influence des discours médicaux) une appréhension du suicide comme un geste irrationnel et impulsif¹²³.

Pour retourner au rapport Widmer, l'approche adoptée pour comprendre le suicide et sa prévention se veut clairement biopsychosociale : « Les suicides et les tentatives de suicide peuvent se développer à partir de situations et de vies très différentes. Outre les facteurs individuels, biologiques et psychologiques, les facteurs socioculturels jouent eux aussi un rôle décisif. (...) La prévention du suicide n'est cependant possible que si elle est abordée de manière interdisciplinaire avec la participation de tous les groupes professionnels concernés ainsi que des profanes et des proches. Les progrès de la médecine et de la psychologie ne peuvent pas à eux seuls faire baisser le taux de suicide; la prévention du suicide est en premier lieu une mission de société » (OFSP, 2005: 6-7). Malgré ces intentions initiales, le rapport Widmer reste marqué par une approche médicale du suicide. En effet, conformément au référentiel médical, les troubles psychiques sont considérés comme des facteurs à risque déterminants pour le suicide. Du côté des facteurs à risque sociaux, on retrouve les « événements douloureux dans la biographie », qui sont toutefois appréhendés et classés comme étant des facteurs individuels (affectant la stabilité psychique de l'individu) (OFSP, 2005: 18). Le lien entre ces événements douloureux et le contexte socioéconomique ou culturel dans lesquels ils surviennent n'est pas abordé. On retrouve ici une individualisation et une biologisation des facteurs sociaux, propre au paradigme épidémiologique (Peretti-Watel, 2004). Concernant les tentatives de suicide des jeunes, les dimensions socioculturelles sont davantage soulignées. On y retrouve les problèmes liés à l'intégration dans la société, les problèmes financiers, mais également l'insécurité relationnelle et la désintégration sociale (OFSP, 2005: 19). Les problèmes suicidaires à l'adolescence sont donc inscrits dans un contexte social plus large affectant une certaine classe d'âge (et ne se réduisant ainsi pas à une question individuelle).

¹²³ L'accent mis sur l'impulsivité du suicide est également lié à l'importance que la thématique du suicide des jeunes recouvre au sein de la prévention du suicide. En effet, le suicide des jeunes est censé être davantage impulsif que le suicide des personnes adultes ou âgées, car on considère que l'on ne peut pas faire un suicide « de bilan » à 20 ans, en raison du jeune âge qui ne permet pas de juger si « la vie vaut la peine d'être vécue ».

Les différences du taux de suicide entre pays, cantons ou classes sociales, suggérant l'existence d'influences macrosociales, économiques ou culturelles, restent faiblement abordées. Les variations du taux de suicide entre pays sont considérées comme étant inexpliquées (OFSP, 2005: 18) et celles entre cantons sont associées à l'urbanisation (ce qui n'explique pas le taux de suicide très élevé depuis les années '70 en Appenzell Rhodes Intérieur et Extérieur¹²⁴). Le lien entre le taux de suicide et la situation socioéconomique, malgré la documentation vaste dont il fait l'objet dans d'autres pays (e.g. Bourgoin, 1999; Baudelot et Establet, 2006b), est timidement évoqué en Suisse. En particulier, le rapport parle d'une influence pas très nette du niveau d'études, de la profession et des revenus sur les taux de suicide. Il y aurait en outre « un risque [de suicide] légèrement plus élevé pour les métiers manuels et les personnes sans formation professionnelle » (OFSP, 2005: 11).

De manière générale, la problématique suicidaire n'est pas présentée de manière approfondie comme étant une question sociale, voire même une question soulevant des éléments de justice sociale. En cela elle ne se rattache que très marginalement au référentiel social, tel qu'il a émergé au sein du mouvement social appelant à une prévention du suicide. Enfin, l'incertitude concernant les véritables causes du suicide (voir le lien causal entre les facteurs de risque et le suicide) est plusieurs fois mentionnée.

L'enjeu principal du rapport Widmer est cependant celui de définir les compétences de la Confédération en matière de prévention du suicide. D'une part, l'objectif visé par les organisations et les associations actives dans la prévention du suicide est que la Confédération se trouve contrainte à développer un plan national de prévention du suicide. Les résultats du rapport doivent, d'autre part, susciter le consensus au niveau fédéral et reflètent largement le positionnement de la Confédération à ce sujet. Afin de déterminer les responsabilités juridiques de la Confédération vis-à-vis de la prévention du suicide, l'OFSP charge Tschannen et Buchli, deux juristes, de rédiger un rapport faisant état de la question (Tschannen et Buchli, 2004). Suivant ce rapport, l'État serait pris entre deux responsabilités divergentes face au suicide. D'un côté, il a un devoir d'assistance lorsqu'une personne qui n'a pas la capacité de discernement veut porter atteinte à ses jours. De l'autre, l'État ne peut pas intervenir quand la personne qui veut se suicider est en pleine possession de sa raison. Le rapport indique que, selon l'article 12 de la Constitution Fédérale, les citoyens peuvent exiger une aide à l'État dans le but de protéger leur vie : « Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour

¹²⁴ Il s'agit de cantons ruraux de très petite taille situés en Suisse alémanique.

mener une existence conforme à la dignité humaine » (art. 12, Cst., 2010). Le rapport considère toutefois que les droits dont il est question sont les droits sociaux (logement, nourriture, travail et moyens pour subvenir aux besoins primaires), parmi lesquels on ne peut pas inclure le suicide. Cela permet donc de statuer qu'« Il n'y a donc pas de droit justiciable à la création de programmes complets d'aide en cas d'intention de suicide ou de tentative de suicide » (OFSP, 2005: 30).

D'autre part, selon l'article 118, la Confédération doit prendre des mesures et légiférer dans « la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux » (art. 118, al. 2, let. b, Cst., 2010). Le suicide et la tentative de suicide ne sont toutefois pas considérés des maladies au sens de cet article et la Confédération n'est donc pas censée intervenir pour faire de la prévention du suicide au niveau national. Il y a toutefois d'autres biais par lesquels la Confédération peut agir dans le sens d'une prévention du suicide, comme au travers de la lutte contre les maladies et la consommation de stupéfiants, souvent associés au suicide. Autrement dit : « Les compétences pour proposer (...) ou soutenir des offres d'aide aux personnes suicidaires sont d'une manière générale – en l'absence d'une compétence fédérale inscrite dans la Constitution – uniquement du ressort des cantons » (OFSP, 2005: 31). Le rapport juridique affirme donc clairement que rien n'oblige la Confédération à intervenir en matière de prévention du suicide¹²⁵.

Concernant l'élaboration d'une nouvelle loi sur la prévention et la promotion de la santé (prévue pour les années qui suivent), le rapport Widmer évoque l'éventualité que la prévention des troubles psychiques puisse faire l'objet d'une base légale (OFSP, 2005: 39). Aucune mention n'est toutefois faite quant à la possibilité d'inscrire la prévention du suicide dans la nouvelle loi. Le rapport semble en effet donner à la prévention des troubles psychiques une place cruciale dans la prévention du suicide. En ce sens, un lien est clairement établi avec le « Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse », dans lequel la prévention du suicide constitue un des huit objectifs à atteindre. Le rapport recommande ainsi une coordination des efforts entre les initiatives de prévention du

¹²⁵ Un entretien effectué avec un expert national de prévention du suicide a toutefois révélé l'existence d'un autre rapport juridique, beaucoup plus conséquent, rédigé par un autre juriste, Christophe Zenger. Le rapport, commandité par l'OFSP, traite de la responsabilité de la Confédération au sujet de la prévention en général, mais aborde également la question de la prévention du suicide. Aux dires de mon interlocuteur, les conclusions du rapport vont à l'encontre des conclusions de Tschannen et Buchli et responsabilisent davantage la Confédération vis-à-vis de la prévention du suicide. Pour ces raisons, le document n'aurait jamais été publié. N'ayant pas lu le rapport, je ne sais toutefois pas sur quels arguments Zenger se base afin de considérer la Confédération juridiquement responsable en matière de prévention du suicide.

suicide et le projet pour la santé psychique en Suisse, et ceci afin de renforcer les échanges d'expériences et d'améliorer les activités d'évaluation.

Parmi les mesures nécessaires à adopter dans le domaine de la prévention du suicide, on a retenu la nécessité de coordonner les initiatives de prévention et de renforcer la collaboration au travers de la planification et l'exécution de projets suprarégionaux et nationaux (OFSP, 2005: 37). Plus loin dans le rapport, la nécessité d'établir un plan national de prévention du suicide est évoqué : « Vu la complexité de la thématique du suicide et des tentatives de suicide, il semble judicieux d'élaborer en même temps un projet d'un plan national de prévention du suicide. Celui-ci devra servir de base commune à toutes les organisations et institutions actives dans le domaine de la prévention du suicide » (OFSP, 2005: 38-39). Le Conseil fédéral, en prenant position concernant ce rapport, ne cautionne toutefois qu'une partie restreinte des mesures préconisées. Il s'engage notamment à vérifier la possibilité de mettre en œuvre des mesures touchant le monitoring et la recherche, l'élaboration d'assurance qualité dans les interventions de crise, l'intégration de la thématique suicidaire dans la formation du personnel médical et des psychologues, l'intégration de la prévention du suicide dans les programmes existants (toxicomanie et vieillesse), ainsi que le renforcement de la législation en matière de santé psychique (OFSP, 2005: 39).

Par le biais du rapport Widmer, la thématique de la prévention du suicide fait donc pour la première fois l'objet d'une formalisation et d'une définition au niveau de la santé publique nationale. Inspiré des directives internationales de l'OMS et de l'ONU, le rapport ne les suit toutefois pas complètement. La première indication, qui est celle de définir une politique nationale de prévention du suicide, n'est notamment pas satisfaite. Les initiatives préconisées par le rapport et, encore plus, celles dans lesquelles s'engage la Confédération, ne forment pas une politique globale visant à prévenir les suicides, mais sont des mesures soit secondaires, soit qui renforcent des politiques déjà existantes (stupéfiants et santé psychique). Au niveau de la répartition des responsabilités en matière de santé, la Confédération renvoie aux cantons la tâche de faire de la prévention du suicide. De manière générale, le rapport reflète largement les intérêts et la position du gouvernement vis-à-vis de la prévention du suicide. Déresponsabilisant la Confédération en matière de prévention du suicide et préconisant des efforts marginaux à fournir en la matière, le rapport révèle clairement que la volonté du Conseil fédéral à s'engager sérieusement dans la prévention du suicide demeure très faible.

Le rapport Widmer constitue de manière générale une importante première mise à plat de la problématique au niveau suisse. Il fournit un cadre global d'appréhension de la problématique, expose une série d'initiatives de prévention du suicide internationales et nationales (en reprenant notamment les résultats de la recherche menée par Ipsilon) et liste une série de mesures qui seraient nécessaires afin de prévenir le suicide en Suisse. Dans l'ensemble, les acteurs de la prévention du suicide se montrent relativement satisfaits du rapport, car il permet d'inscrire la prévention du suicide dans l'agenda politique national en tant que problématique de santé publique. Le rapport reflète ainsi la prise de conscience de la part des pouvoirs publics de la gravité de la problématique suicidaire, de sa dimension collective, ainsi que de l'importance de faire de la prévention du suicide (Ipsilon, 2005; Stop Suicide, 2005). Stop Suicide est le seul organisme qui pose un regard critique sur le rapport et, par le biais d'un communiqué de presse et d'un article dans une revue juridique et politique (Irminger, 2005), elle dénonce les conclusions selon lesquelles la Confédération n'aurait pas de bases légales pour intervenir dans la prévention du suicide. Stop Suicide souligne également comment la prévention du suicide doit être considérée avant tout comme une tâche de la société et non comme une question médicale.

Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé

En 2007, le Conseil fédéral charge le Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'élaborer un avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (Lprév). Cette décision fait suite à un rapport établi par une commission spécialisée du DFI et à un rapport de l'OMS et de l'Organisation de coopération et de développement (OCDE/OMS, 2006) mettant en évidence une faiblesse structurelle dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. En 2008, une proposition de loi (Projet Lprév, 2008) est rédigée et une procédure de consultation est ouverte auprès des cantons, des partis politiques, des associations faïtières du milieu économique, des associations de santé et de prévention, des organisations professionnelles, des assureurs et des institutions de santé, des hautes écoles et des instituts de recherche ainsi que d'autres organisations intéressées. Parmi les éléments principaux que la loi entend résoudre au niveau de la législation suisse, il y a la formalisation d'un cadre légal pour la prévention des maladies non transmissibles et des troubles psychiques, le renforcement de la coordination nationale des programmes de prévention par le biais de programmes nationaux, la répartition des tâches de prévention entre Confédération et cantons, le financement de la prévention, ainsi que la

réorganisation des structures au niveau fédéral, à travers la création d'un institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé.

Pour les organisations qui militent en faveur d'une prévention nationale du suicide, l'élaboration de la Lprév représente une occasion en or pour remettre la thématique de la prévention du suicide au centre des débats politiques, et ceci dans le but de rediscuter le rôle de la Confédération dans ce domaine. Le projet de loi n'évoque pas directement la prévention du suicide mais dans le rapport explicatif il est dit que « (...) la loi est par analogie applicable aux mesures de prévention du suicide et de prévention de la dépendance aux soins, du moins à celles de ces mesures qui, conformément à l'esprit de l'art. 118, al. 2, Cst., visent à prévenir les maladies physiques ou psychiques sous-jacentes au suicide et à la dépendance aux soins » (DFI/OFSP, 2008: 37). La prévention du suicide est ainsi prise en compte, mais uniquement comme conséquence d'une maladie psychique. La perspective médicale est clairement mise en avant, ainsi que la volonté de ne pas s'intéresser au suicide en tant que problématique à part entière.

A la procédure de consultation participent, du milieu de la prévention du suicide, Ipsilon, Stop Suicide et Arc-en-Ciel, mais également la FMH et Caritas, qui ont un rôle plus marginal dans ce domaine. Dans leur prise de position, Ipsilon, Stop Suicide et Arc-en-Ciel considèrent que la loi n'accorde pas une place suffisamment forte à la prévention du suicide. Plusieurs autres répondants à la consultation partagent cette préoccupation. Parmi ceux-ci on retrouve, en plus de la FMH et de Caritas qui sont déjà impliqués dans cette thématique, le canton de Zoug, le PDC (Parti Démocrate-Chrétien), le PS (Parti Socialiste), le PEV (Parti évangélique suisse), la COFF (Commission fédérale de coordination pour les questions familiales), la CNE (Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine), ainsi que la Haute école de travail social de Lucerne. Cette implication d'acteurs divers en faveur de cette cause démontre clairement que la prévention du suicide n'est plus une préoccupation limitée aux organisations spécialisées, mais qu'elle concerne également d'autres secteurs de la vie sociale et politique. Malgré le fait que la problématique du suicide est évoqué par une minorité de répondants (la procédure de consultation ayant reçu 235 réponses), leur prise de position témoigne d'un changement de paradigme vis-à-vis du suicide, considéré de moins en moins comme un acte condamnable ou relevant d'une décision rationnelle, mais de plus en plus comme un geste lié à une souffrance ou à une maladie.

Ces prises de positions demandent à ce que la prévention du suicide occupe une place plus explicite dans la loi. Presque toutes les interventions critiquent l'assimilation qui est faite,

dans le rapport explicatif à la loi, entre la prévention du suicide et la prévention des maladies psychiques. L'argument soulevé est que le suicide n'est pas toujours la conséquence d'une maladie psychique (et d'autant moins chez les jeunes) et qu'une prévention du suicide au travers de la prévention des maladies psychiques ne peut pas être considérée comme efficace (Arc-en-Ciel, 2008; Ipsilon, 2008; Stop Suicide, 2008). Cependant, la manière dont la prévention du suicide doit être intégrée dans la loi ne fait pas l'unanimité. Quelques interventions soutiennent que le terme de suicide et de prévention du suicide doivent être inscrits directement dans l'objet de la loi (Art. 1) ou dans ses buts (Art. 2). Arc-en-ciel demande, par exemple, que le suicide soit cité dans l'Art. 1 au même niveau que les maladies transmissibles, très répandues, ou particulièrement dangereuses (Arc-en-Ciel, 2008). Le Parti socialiste et la COFF, en revanche, proposent que le terme de prévention du suicide soit mentionné à l'Art. 2, dans les buts de la loi (DFI/OFSP, 2009).

La majorité des interventions n'ont toutefois pas pour objectif d'inscrire explicitement dans la loi la question du suicide et sa prévention. Caritas propose de parler, à l'Art. 1, de prévention de maladies et de « situations de risques physiques et psychiques humaines ». Stop Suicide, Ipsilon, la FMH et le canton de Zoug proposent qu'à l'Art. 1 soit mentionné, à côté de la prévention des maladies psychiques et physiques, la prévention des *conséquences graves* de ces maladies. Cette prise de position peut étonner, puisqu'elle ne se distancie pas énormément d'une vision médicale du suicide associant suicide et maladies psychiques. La mention « conséquences graves » permettrait toutefois, selon les auteurs de la proposition, de développer une prévention du suicide indépendante de la prévention des maladies psychiques. Stop Suicide et Ipsilon, dans leurs prises de position, considèrent enfin que ce qui est prépondérant n'est pas tant la clarté de la loi mais son interprétation, qui ne doit par conséquent pas limiter la prévention du suicide à la prévention des maladies psychiques.

Parallèlement à la procédure de consultation, qui a duré de juin à octobre, l'année 2008 est caractérisée par une activité parlementaire intense dans le domaine de la prévention du suicide. Six interventions sont faites à ce sujet, dont cinq durant le mois de juin. Ces interventions sont directement liées à l'élaboration de la loi sur la prévention et la promotion de la santé et visent à sensibiliser le monde politique à la nécessité d'intégrer la problématique du suicide dans le champ d'application de la loi. Au début du mois de juin,

Thérèse Meyer-Kaelin, du PDC, dépose une initiative parlementaire¹²⁶ proposant que la prévention du suicide des jeunes soit intégrée dans la Lprév¹²⁷. L'initiative sera rejetée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National. Quelques jours plus tard Liliane Maury Pasquier, socialiste, soumet au parlement une interpellation évoquant aussi le suicide des jeunes. Elle demande des clarifications sur ce qui a été fait à la suite du rapport Widmer et sur le refus de l'OFSP d'intégrer la prévention du suicide, et notamment celle des jeunes, dans la nouvelle loi sur la prévention et la promotion de la santé¹²⁸. La réponse écrite insiste sur les mesures entreprises au niveau fédéral en faveur des jeunes, ayant comme effet indirect celui de prévenir le suicide (e.g. la mise en place de plates-formes de conseils et d'information sur la santé pour les jeunes, la prévention du cannabis, des drogues et de l'alcool, ainsi que la promotion de la qualité de vie durable par le biais de l'activité physique). Le Conseil fédéral souligne en outre que les différentes initiatives soutenues au niveau fédéral dans le sens d'une prévention des maladies psychiques (*Alliance contre la dépression*, Lprév) permettent, indirectement, de prévenir le suicide.

C'est ensuite au tour de Hans Widmer de déposer une nouvelle interpellation demandant à la Confédération d'exposer les mesures qui ont été entreprises dans le domaine de la prévention du suicide à la suite du rapport Widmer de 2005¹²⁹. La réponse du Conseil fédéral reprend en grande partie celle qui a été donnée à Liliane Maury Pasquier, évoquant les efforts réalisés par la Confédération à ce sujet. Bea Heim, socialiste, dépose ensuite un postulat demandant à ce que le suicide, notamment des personnes âgées, soit mieux couvert par les programmes de détection et de traitement des maladies psychiques¹³⁰. L'approche de la problématique suicidaire est donc plutôt tournée vers la prévention des maladies psychiques. La Confédération accepte le postulat mais le parlement va s'y opposer, laissant l'intervention sans suite. Donzé Walter, du parti évangéliste (PEV), soumet

¹²⁶ Une initiative parlementaire permet à un député d'adresser, à un des conseils, un projet d'acte (loi, ordonnance ou arrêt). L'initiative peut être approuvée ou rejetée par la commission du conseil dans laquelle elle a été déposée (Loi sur l'assemblée fédérale du 13 décembre 2002, 2010).

¹²⁷ 08.429 Initiative parlementaire de Thérèse Meyer-Kaelin: Prévention du suicide des jeunes. http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20080429, consulté le 15 janvier 2012.

¹²⁸ 08.3320 Interpellation de Liliane Maury Pasquier: Prévention du suicide des jeunes. Honorer les engagements pris. http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20083320, consulté le 15 janvier 2012.

¹²⁹ 08.3326 Interpellation de Hans Widmer: Prévention du suicide depuis 2005. http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20083326, consulté le 15 janvier 2012.

¹³⁰ 08.3366 Postulat de Bea Heim: Taux élevé de suicides en Suisse. Mesures de prévention. http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20083366, consulté le 15 janvier 2012.

ensuite une motion¹³¹ au parlement, dans laquelle il demande qu'une base légale soit créée afin d'augmenter les moyens financiers alloués à la prévention du suicide¹³². La réponse du Conseil fédéral évoque l'élaboration de la loi sur la prévention et la promotion de la santé pour permettre de redistribuer les financements en matière de prévention. La prévention du suicide y est incluse à condition qu'elle passe par la prévention des maladies psychiques ou physiques. La motion est donc soutenue par le Conseil fédéral mais le parlement s'y oppose.

Enfin, en septembre 2008, Hans Widmer dépose une motion dans laquelle il évoque une « prolifération réjouissante » d'initiatives cantonales de prévention du suicide, en demandant à la Confédération d'assumer un rôle plus important de coordination entre ces différents projets, renforçant ainsi son engagement qui se limite, jusque-là, à soutenir l'*Alliance contre la dépression*¹³³. Le Conseil fédéral, dans sa réponse, évoque le manque de base légale l'habilitant à agir de manière plus conséquente dans la prévention du suicide. La motion est donc rejetée par le Conseil fédéral et par le parlement.

Pendant l'année 2008, on voit donc se mettre en place une véritable offensive autour de la prévention du suicide au sein du parlement fédéral, ce qui témoigne de l'intensification du travail de lobbying, notamment de la part de Ipsilon et de Stop Suicide. Il s'agit d'une stratégie qui s'appuie sur une prise de conscience élargie parmi les parlementaires au sujet de la prévention du suicide, et qui cherche à donner à cette question une place significative dans la loi sur la prévention qui est en cours d'élaboration. Les interventions proviennent toutefois surtout de l'aile socialiste, ce qui indique ainsi que la problématique est caractérisée politiquement à gauche. Principalement, les interventions demandent au Conseil fédéral de prendre en compte la problématique suicidaire indépendamment des maladies psychiques. Cette posture entend s'opposer à une approche médicale du suicide pour soutenir implicitement une vision sociale et pluridisciplinaire de la question. On verra plus tard que cela n'est pas nécessairement le cas dans la pratique et que le fait de faire une prévention ciblée sur le suicide n'empêche pas de la faire dans une perspective fortement médicale.

¹³¹ Une motion est une intervention qui charge le Conseil fédéral de soumettre au Parlement un projet d'acte ou de prendre une mesure donnée. Une motion doit être acceptée par les deux chambres qui peuvent la modifier avant qu'elle soit soumise au Conseil fédéral (Loi sur l'assemblée fédérale du 13 décembre 2002, 2010).

¹³² 08.3409 Motion de Walter Donzé : Redistribution des moyens alloués à la prévention sanitaire. http://www.parlament.ch/f/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20083409, consulté le 15 janvier 2012.

¹³³ 8.3533 Motion de Hans Widmer : Unissons nos efforts contre le suicide. http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20083533, consulté le 15 janvier 2012.

Malgré les prises de positions lors de la procédure de consultations et les interventions parlementaires en faveur d'une loi qui donne un poids plus clair et explicite à la prévention du suicide, le projet de loi adopté par le Conseil fédéral en 2009 et qui sera voté au courant de l'année 2010, n'est pas modifié en ce sens. La volonté de la confédération est bien claire : on fait de la prévention du suicide mais pour autant qu'elle passe par la prévention des maladies psychiques. En ce sens, une vision duale du suicide prévaut : soit le suicide résulte d'une maladie psychique et il faut donc le prévenir, soit il résulte d'une volonté de l'individu et alors l'État ne peut pas s'y opposer.

L'initiative « Pour la protection face à la violence des armes »

Dans la même période, une autre thématique croise celle de la prévention du suicide dans l'espace public suisse : la question de l'accès aux armes à feu¹³⁴. En septembre 2007 est lancée l'initiative « Pour la protection face à la violence des armes », soutenue par le parti socialiste, les verts, le Groupe pour une Suisse sans armée (GSsA), ainsi qu'une cinquantaine d'autres organisations actives sur différents fronts dont celui de la prévention du suicide. Parmi celles-ci on retrouve Ipsilon, Stop Suicide, PreSuiFri, l'association Refugium (association de proches de suicidés active en Suisse alémanique), CAPS, Parspas et Résiste. L'initiative propose que la Confédération règle de manière plus restrictive la possession des armes à domicile et demande notamment : (1) l'entrepôt des armes militaires dans des locaux sécurisés de l'armée ; (2) l'achat, le port et l'utilisation des armes admis uniquement pour les personnes pouvant justifier d'en avoir besoin (police, chasse, tir sportif...) ; (3) le ramassage des armes inutilisées ; (4) l'enregistrement de toutes les armes en circulation sur le territoire helvétique. L'argumentaire de l'initiative s'appuie sur le fait qu'un accès réduit aux armes à feu permettrait de diminuer les drames familiaux (dans lesquels une situation de violence conjugale, exercée le plus souvent par les hommes sur les femmes, dégénère avec le meurtre du conjoint, voire des enfants), ainsi que les suicides. Selon des expériences réalisées ailleurs, notamment au Canada et en Autriche (Humeau et al., 2007; Kapusta et al., 2007), le nombre de suicides par arme à feu, ainsi que le nombre de suicides totaux, diminuent drastiquement lorsque les lois sur la possession des armes deviennent plus restrictives.

Après une année et demie de récolte de signatures, l'initiative est déposée en février 2009. Le Conseil fédéral rejette l'initiative en décembre 2009 et le parlement fait de même en

¹³⁴ En Suisse, tout membre de l'Armée (environ 140'000 personnes) possède un fusil militaire qu'il garde à son domicile.

juin 2010 après un intense débat dans lequel la question du suicide est plusieurs fois évoquée. La présentation des arguments de l'initiative souligne en effet que « [d]ans notre pays, un suicide sur quatre est commis au moyen d'une arme à feu, ce qui constitue un réel problème de santé publique, d'où l'engagement des médecins dans ce débat. (...) Les études menées sur le sujet démontrent clairement un lien entre le nombre de suicides par armes à feu et la disponibilité de tels objets au sein de la population. (...) L'argument selon lequel une personne qui souhaite mettre fin à ses jours le fera de toute façon, qu'elle ait une arme ou pas, ne tient pas, tout de moins pour le cas de suicides impulsifs. Lorsqu'une piste dramatiquement disponible est bloquée, les gens ne se suicident tout simplement pas »¹³⁵. Les arguments avancés ne font toutefois pas l'unanimité, même au niveau du corps médical. Dominique Baettig (UDC) tireur sportif, chasseur et psychiatre (ayant notamment participé en tant qu'intervenant aux journées de formation sur la prévention du suicide de Caritas en 1999), considère qu'il s'agit d'une initiative émotionnelle. Il critique notamment l'idée que le suicide soit majoritairement impulsif : « L'usage d'une arme à feu sur un coup de tête est un mythe, c'est extrêmement rare. La plupart des gens qui se suicident obéissent à un scénario qui est souvent déjà préparé des années à l'avance. (...) il y a une sorte d'accumulation entre des événements et des facteurs facilitateurs.¹³⁶ ». Selon Dominique Baettig, si une personne veut se suicider, elle le fera par le biais d'un autre moyen violent et radical, comme la pendaison ou en se jetant d'un pont. La prévention ne serait donc pas une affaire de société, mais plutôt une affaire de professionnels et de proches, lesquels sont les seules personnes censées intervenir lorsqu'une personne est en danger.

Dominique Baettig estime ainsi que l'argument du suicide ne serait qu'un prétexte afin de s'attaquer à ceux qui possèdent des armes à feu pour des motifs de sécurité : « Avoir une arme chez soi, c'est quand même aussi une manière de pouvoir un jour garantir sa propre sécurité. Si l'initiative est adoptée, les gens qui agiront comme ça seront criminalisés puisqu'ils ne sauraient démontrer l'utilité d'un achat d'arme. (...) Pour moi, la confiance du gouvernement envers le peuple suisse, en lui laissant la possibilité d'avoir des armes à la maison, est vraiment un signe de respect et de démocratie »¹³⁷. Par son argumentaire

¹³⁵ http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/n/4814/331518/d_n_4814_331518_331519.htm, consulté le 15 janvier 2012.

¹³⁶ Il est intéressant de remarquer ici que les suicides impulsifs sont considérés comme rares, contrairement au positionnement du milieu de prévention du suicide. L'accent mis sur les suicides prémédités et donc réfléchis se rattache au référentiel rationnel et permet ainsi d'invalider la pertinence de réaliser une prévention du suicide.

¹³⁷ http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/n/4814/331518/d_n_4814_331518_331519.htm, consulté le 15 janvier 2012.

imprégné d'un fort individualisme, Dominique Baettig s'appuie donc sur le référentiel rationnel, voyant le suicide comme un acte rationnel et individuel, contre lequel des initiatives collectives ne sont ni nécessaires, ni utiles.

Le centre du débat autour de l'initiative (dans sa dimension liée au suicide) voit donc s'affronter deux visions et interprétations différentes du suicide et de sa prévention. On a d'un côté le référentiel *social* utilisé par les partisans de l'initiative et soutenu surtout par la gauche, qui considère la prévention du suicide comme une question de santé publique ; la restriction de l'accès aux armes fait donc partie des mesures qui peuvent être entreprises en ce sens. De l'autre côté se trouvent les opposants à l'initiative, situés plutôt à droite de l'échiquier politique et qui, s'appuyant sur un référentiel *rationnel*, considèrent le suicide et sa prévention comme une affaire privée, relevant de la responsabilité individuelle ; restreindre l'accès aux armes constituerait une mesure étatique niant cette responsabilité et cette liberté individuelles, qui s'exprimerait tant dans le fait de porter atteinte à ses jours que dans la possibilité de garantir sa propre sécurité par la possession d'une arme à domicile.

Le vote du parlement témoigne de cette fracture idéologique et l'initiative est rejetée par 103 parlementaires contre 66 qui y sont (avec 6 abstentions) favorables. Ces derniers émanent surtout de la gauche (socialistes, verts, verts-libéraux, 4 PDC et un PEV). Les positionnements face à l'initiative sur les armes ne reflètent pas uniquement l'attitude vis-à-vis de la prévention du suicide. Ils sont largement affectés par les intérêts touchant au marché des armes et à la valeur symbolique que représente le fait de pouvoir détenir l'arme militaire à la maison. Ayant un poids certain au sein de la droite suisse, la défense d'une loi libérale sur les armes est en effet défendue avec force, indépendamment de l'attitude que les parlementaires pourraient à priori avoir vis-à-vis de la prévention du suicide.

Le 13 février 2011, l'initiative est soumise au vote populaire et 56.3% de la population suisse la rejette après une campagne publicitaire largement dominée par les opposants, qui faisaient du maintien des armes à domicile une question d'identité nationale. L'argument voyant dans cette initiative un moyen pour prévenir le suicide n'a donc pas fait le poids dans le débat. D'un côté, cela peut être attribué à une faible sensibilité de la population suisse vis-à-vis des référentiels sociaux et médicaux concernant l'appréhension du suicide. De l'autre, cela peut être dû au fait que dans cette situation précise, le caractère identitaire lié à la possession des armes à domicile a pris le dessus par rapport aux aspects plus « humanitaires » de la prévention du suicide.

Le front médiatique

La lutte pour une reconnaissance au niveau politique ne se décline pas uniquement du côté de la politique fédérale, comme développé plus haut, mais s'appuie largement sur les médias qui occupent une place cruciale au sein de l'opinion publique. Plusieurs articles et prises de position apparaissent dans les journaux concernant la Lprév et l'initiative sur les armes. Des représentants du mouvement pour la prévention du suicide dénoncent le manque de législation en matière de prévention du suicide (e.g. *Le Temps*, 2005; *20 Minutes*, 2007), l'absence d'évocation explicite du suicide dans la nouvelle loi (NZZ am Sonntag, 2008), ainsi que la nécessité de faire de la prévention à travers l'interdiction du maintien des armes à domicile (*Le Temps*, 2006). Une autre série d'articles abordent le thème du suicide mais à travers les témoignages de personnes ayant personnellement vécu le suicide d'un proche ou ayant tenté de se suicider. *L'illustré* (2007) propose par exemple un dossier sur le suicide des jeunes avec le témoignage de trois proches de suicidés et d'une personnes ayant tenté le suicide. Parmi ceux-ci on retrouve Lytta Basset, professeure de théologie et écrivaine, qui a publié en 2007 un livre qui relate son expérience en rapport au suicide de son fils (Basset, 2007). Plusieurs médias ont d'ailleurs parlé de ce livre par le biais d'entretiens avec l'auteure (*Le Temps*, 2007; *Le Matin*, 2009b). D'autres témoignages de personnes ayant fait une tentative de suicide sont racontés également à travers d'autres thématiques, comme celle de la toxicodépendance (*Le Temps*, 2008). Un grand nombre d'articles aborde d'autre part le suicide d'une manière sensationnaliste, ce qui est d'ailleurs régulièrement dénoncé par *Ipsilon* et *Stop Suicide*. Des plaintes sont notamment adressées au Conseil Suisse de la Presse lorsque les articles ne respectent pas les directives souscrites par les médias concernant la manière dont il est recommandé de parler du suicide.

En 2009, un autre événement médiatique a un très grand impact au niveau romand. La Télévision Suisse Romande (TSR) décide de transmettre le documentaire *Tabou* d'Orane Burri (2009), autour du suicide d'un jeune de 22 ans, Thomas. Celui-ci s'était longuement filmé dans la période avant son suicide, en confessant à la caméra ses pensées et son projet suicidaire. L'auteure du documentaire avait connu Thomas lors d'un cours de vidéo et celui-ci éprouvait pour elle un amour non partagé. Une dizaine d'années plus tard, Orane Burri reprend les vidéos de Thomas et réalise un documentaire à partir de ces cassettes, de son récit personnel, ainsi que des entretiens effectués avec les proches. Le documentaire est transmis en prime time lors d'une émission d'Infrarouge intitulée « Suicide : la TSR brise un tabou » (TSR, 2009). Le documentaire est suivi d'une discussion à laquelle participent la réalisatrice du documentaire, Pierre-André Michaud (psychiatre), Maja Perret-Catipovic

(psychologue et responsable du CEPS à Genève), Liliane Maury Pasquier (parlementaire socialiste), Pauline Borsinger (présidente de Stop Suicide), Etienne Fernagut (présentateur de l'émission *La ligne du cœur* sur la Radio Suisse Romande la Première), André Ryser (auteur d'un livre sur le suicide de sa fille), ainsi que la mère et la sœur de Thomas. Le débat est centré surtout sur le suicide des jeunes et le ton de l'émission est largement calqué sur les discours véhiculés par le milieu de la prévention du suicide. On revendique l'importance de casser le tabou du suicide, on explique comment détecter les signes précurseurs, quoi faire dans une situation de risque suicidaire, on donne une explication psychiatrique tout en insistant sur le fait que le suicide concerne la collectivité toute entière. L'intervention de Liliane Maury Pasquier vise en outre à mettre l'accent sur la nécessité d'agir au niveau de la politique nationale, tant par rapport à la loi sur la prévention que concernant l'initiative sur les armes. En raison de la dimension sensationnaliste du documentaire, tous les journaux régionaux en parlent dans les jours qui précèdent sa diffusion (e.g. *Le Matin*, 2009a; *Le Temps*, 2009). Beaucoup de commentaires sont en outre postés sur le site internet de l'émission, ce qui témoigne d'un fort intérêt pour cette question¹³⁸.

La présence médiatique de la thématique du suicide et de sa prévention, témoignant d'un affaiblissement du tabou lié au suicide, reflète une double logique. D'un côté, cela s'explique par l'aspect sensationnaliste associé au suicide, qui captive facilement le voyeurisme du public. De l'autre, il s'agit d'une stratégie propre au milieu de la prévention, qui vise, par ce biais, à attirer l'attention de l'opinion publique sur cette question. Les médias sont ainsi utilisés afin de revendiquer la pertinence d'agir au niveau d'une politique nationale, mais également dans le but de contribuer à changer les opinions et les attitudes face au suicide et à sa prévention. Comme le disent Dorvil et Mayer : « Les médias jouent un rôle clé dans le cas particulier où les problèmes sociaux sont construits comme des enjeux de revendications et ils servent à faire passer un message susceptible de sensibiliser la population à une question. Les groupes d'intérêt cherchent alors, par leur intermédiaire, à obtenir l'appui du public à leur cause » (Dorvil et Mayer, 2001). Vu le contenu des articles et des émissions qui restent finalement très proches du discours du milieu de prévention du suicide, on peut affirmer dans l'ensemble que le mouvement a assez bien su rallier les médias à sa cause, en évitant une instrumentalisation de la part de ceux-ci. Mais l'écho dont la question du suicide a jouit au niveau médiatique a certainement été possible également grâce à son aspect sensationnel et transgressif, aspect dont les médias sont toujours très gourmands. En ce sens, on peut dire que les médias et le mouvement pour

¹³⁸ <http://infrarouge.tsr.ch/ir/1661-suicide-brise-tabou>, consulté le 15 janvier 2012.

une prévention du suicide ont su tisser, pendant les dernières années, une alliance qui a été avantageuse pour les deux.

Le suicide assisté dans l'arène

Un élément essentiel pour comprendre la situation helvétique et l'échec de la mise en place d'un programme national de prévention du suicide est à trouver dans la présence, au niveau Suisse, du suicide assisté¹³⁹. Cette pratique est en effet tolérée en Suisse en raison de l'article 115 du code pénal suisse qui condamne uniquement l'assistance au suicide en cas de « motifs égoïstes ». Ceci permet à Exit¹⁴⁰ et Dignitas¹⁴¹ d'effectuer légalement l'assistance au suicide. Toutefois, cette question est loin de faire le consensus au niveau politique et au niveau de l'opinion publique. D'un côté, l'action de Dignitas est critiquée. Contrairement à Exit qui offre ses services gratuitement (à condition d'être membre de l'association) et uniquement aux personnes résidentes en Suisse, Dignitas fait payer l'assistance au suicide (environ 11'000 francs) et permet aux non-résidents d'y avoir accès. L'action de Dignitas fait ainsi l'objet de nombreuses polémiques, concernant notamment le « tourisme de la mort », car de nombreux étrangers viennent en Suisse pour se suicider. Le manque de transparence dans les comptes de l'association suscite également le débat. D'un autre côté, malgré le fait qu'une large partie de la population est favorable au suicide assisté¹⁴², certains milieux, surtout liés aux Églises, considèrent cette pratique comme moralement inacceptable. De manière plus générale, la législation en matière de suicide assisté est considérée comme étant trop floue. Toutefois, malgré les fréquents débats sur la question, aucune législation n'a été élaborée au niveau fédéral, et ce dans le but de réglementer davantage l'assistance au suicide¹⁴³.

La question du suicide assisté a été très fortement médiatisée en Suisse à partir des années 2000. Le suicide assisté est présenté comme permettant de mourir dignement et il est accompagné d'une certaine revendication du droit au suicide se référant ainsi au référentiel rationnel. On pourrait toutefois penser qu'il s'agit d'une population nettement différente, où ceux qui recourent au suicide assisté sont plutôt affectés dans leur physique

¹³⁹ Il ne faut pas confondre le suicide assisté avec l'euthanasie. Dans le suicide assisté, la personne se donne la mort directement, alors que dans l'euthanasie, la mort survient par l'action d'un tiers.

¹⁴⁰ Exit est une Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) qui est établie en Suisse romande et qui accompagne les personnes voulant effectuer un suicide médicalement assisté.

¹⁴¹ Dignitas est une association sans but lucratif qui accompagne les personnes voulant effectuer un suicide médicalement assisté.

¹⁴² La section romande de Exit compte par exemple environ 16'000 membres en 2011.

¹⁴³ En juin 2011, une nouvelle proposition de norme pénale afin de réglementer davantage le suicide assisté a été rejetée par le parlement national.

et ceux qui se suicident de manière solitaire présentent des problèmes avant tout psychosociaux. Par exemple chez Exit, pour y avoir accès, il faut être atteint d'une maladie incurable avec un pronostic fatal ou amenant à une invalidité complète, avoir des souffrances physiques intolérables et être toujours en possession de sa capacité d'entendement¹⁴⁴. Toutefois, certaines études montrent que parmi la population qui se suicide de manière solitaire on retrouve une grande proportion de personnes ayant des problèmes physiques graves¹⁴⁵.

Au niveau des débats politiques et dans les médias, un rapprochement est très souvent fait entre la problématique du suicide assisté et celle de la prévention du suicide. Les deux thématiques ont d'ailleurs émergé dans l'espace publique de manière concomitante, ce qui a favorisé une superposition du débat. En ce sens, la terminologie utilisée, privilégiant « suicide assisté » à « mort médicalement assistée » ou « auto-délivrance » (terme proposé notamment par Exit) favorise l'assimilation des deux types de suicide. Au sein du débat politique, cette proximité a joué en défaveur de la prévention du suicide et cela pour deux raisons opposées. La droite libérale et conservatrice, tolérante vis-à-vis du suicide assisté voit, dans la prévention du suicide, une menace pour l'exercice des libertés individuelles, qui s'exprime également dans le fait de pouvoir décider de mourir « dignement ». Si le milieu de la prévention du suicide est en règle générale relativement tolérant face au suicide assisté, il est vrai que pour une certaine aile du mouvement (comme Caritas ou la FEPS), le suicide assisté est appréhendé au même niveau que le suicide « solitaire », ce qui peut éloigner du mouvement pour la prévention du suicide une partie de la droite. Pour le centre-droit, moins tolérant face au suicide assisté (notamment le PDC), il est en revanche inacceptable de mettre en place une prévention du suicide tout en acceptant l'existence du suicide assisté tel qu'il est pratiqué aujourd'hui (perçu comme étant insuffisamment règlementé). C'est notamment le point de vue de Pascal Couchepin (homme politique

¹⁴⁴ Concernant les malades psychiatriques, un arrêt du tribunal fédéral du 3 novembre 2006 (2A.48/2006) atteste qu'une problématique psychique, autant que physique, peut amener le sujet à ne vouloir plus vivre. Le suicide assisté est autorisé pour quelqu'un ayant des problèmes psychiques à condition qu'une expertise psychiatrique ait attesté sa capacité d'entendement (qui n'est donc pas d'emblée incompatible avec la présence d'une pathologie psychiatrique). http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=03.11.2006_2A.48/2006 (consulté le 15 janvier 2012).

¹⁴⁵ Une étude britannique récente affirme que le 10% des suicidés présenteraient des maladies physiques incurables, dans un contexte, toutefois, où le suicide assisté est illégal. <http://www.guardian.co.uk/society/2011/aug/23/suicide-chronic-illness-study> (consulté le 15 janvier 2012).

Juurlink et al. (2004) s'intéressent en particulier à différents types de maladie comme facteurs de risque dans le suicide des personnes âgées dans la province de Ontario, au Canada. Tout en soulignant le manque d'études s'intéressant à ce cette question, les auteurs montrent comment la présence d'une maladie physique (comme l'insuffisance cardiaque, obstruction pulmonaire chronique, l'épilepsie, l'incontinence urinaire ou les fortes douleurs) augmente considérablement le risque suicidaire.

appartenant au Parti Démocrate-Chrétien, alors conseiller fédéral et chef du Département fédéral de l'intérieur) qui, en répondant oralement à l'interpellation de Liliane Maury Pasquier (parlementaire socialiste), affirme :

« Le suicide des jeunes est un problème. (...) Madame Maury Pasquier a évoqué des phénomènes qui provoquent une relative appétence pour le suicide en Suisse [cfr. la dépression et les causes sociales]. J'en ajoute un autre : l'espèce de propagande - que je considère, à titre personnel, comme épouvantable - qui est faite par les organisations comme Exit et Dignitas banalise le suicide et peut même le rendre attractif pour certains jeunes. Exit et Dignitas mènent jour après jour une campagne pour faire croire que la dignité de la personne humaine, c'est de se suicider lorsque des difficultés interviennent, et elles élargissent périodiquement l'éventail des "indications" qui justifient leurs interventions. Je crois que c'est complexe et que, finalement, il n'y a pas de mystère : ou l'on est globalement en faveur de la promotion de la vie et du "bien vivre", ou l'on entre dans les zones marécageuses et on commence à consentir à la propagande en faveur du suicide qui s'adresse à certaines catégories de la population, ce qui rejaillira sur d'autres catégories de la population. Le problème est global : on peut donner un certain espoir, une certaine espérance, une certaine vision d'avenir aux jeunes, mais on ne peut pas donner une vision d'avenir uniquement aux jeunes, il faut en donner une à tous ceux qui sont en difficulté, y compris à ceux qui sont dans la phase finale de leur vie. C'est pour cette raison que j'estime pour ma part que la lutte contre le suicide est une lutte non seulement contre le suicide des jeunes, mais aussi contre celui des adultes et même des personnes en fin de vie »¹⁴⁶.

Ici on voit clairement comment la présence du suicide assisté est considérée comme favorisant le suicide « solitaire ». Selon la position de Couchepin, soit on est pour la vie et donc contre toute forme de suicide, soit on est contre les valeurs de la vie. La position du ministre est ainsi moralement tranchée, laissant peu de place aux positionnements plus nuancés et ouvrant les portes de la prévention du suicide à condition d'interdire le suicide assisté.

L'arrivée du suicide assisté dans l'arène de la santé publique suisse joue apparemment en défaveur de la prévention du suicide. Le flou législatif entourant le suicide assisté¹⁴⁷ semble freiner le développement d'une prévention du suicide, en raison de l'association qui est faite entre les deux problématiques¹⁴⁸. Pour les politiciens, la nécessité de se positionner

¹⁴⁶ http://www.parlament.ch/ab/frameset/f/s/4805/283371/f_s_4805_283371_283500.htm, consulté le 15 janvier 2012.

¹⁴⁷ Le suicide assisté est en effet toléré en Suisse en raison de l'article 115 du code pénale suisse qui condamne uniquement l'assistance au suicide en cas de « motifs égoïstes ». Ceci permet à Exit et Dignitas d'exercer dans l'assistance au suicide. Malgré les fréquents débats sur la question, aucune législation n'a encore été approuvée au niveau fédéral, dans le but de réglementer davantage l'assistance au suicide.

¹⁴⁸ Cette association entre suicide assisté et suicide « solitaire » a été relevée également au cours des entretiens, où la majorité des personnes interviewées ont spontanément fait référence au suicide assisté. Ceci soit pour affirmer que la prévention du suicide ne remet pas en cause le suicide assisté, soit pour affirmer que les deux problématiques se recoupent et que le suicide effectué dans le cadre offert par Exit ou Dignitas relève

clairement vis-à-vis du suicide assisté est plus pressante que celle de s'investir dans la prévention du suicide. Les deux thématiques relèvent de départements distincts, le Département de justice et police pour le suicide assisté et le Département de l'intérieur pour la prévention du suicide. Ceci peut éventuellement expliquer la situation d'impasse législative dans laquelle se trouvent tant la prévention du suicide que le suicide assisté. Dans l'impossibilité de réglementer la pratique du suicide assisté, le Département de l'intérieur se limite ainsi à prendre des mesures secondaires, en subordonnant la question du suicide à d'autres thématiques faisant plus facilement consensus (maladies psychiques, dépendances, etc).

Un constat d'échec au niveau national

Alors que le suicide a été progressivement reconnu comme étant un problème social, la lutte pour la reconnaissance au niveau politique de la prévention du suicide n'a pas conduit aux succès espérés, et ce malgré les efforts entrepris tant au niveau politique que médiatique. Le rapport Widmer déresponsabilise la Confédération en matière de prévention du suicide, la prévention du suicide n'est pas inscrite clairement dans la Lprév et l'initiative sur les armes a été refusée par le parlement. De fait, aucun plan de prévention du suicide n'a été mis en place au niveau national. La problématique n'est pas complètement ignorée par la Confédération, mais la prévention du suicide est censée se faire par le biais de la prévention des maladies psychiques. La « patate chaude » est par ailleurs renvoyée aux cantons, considérés comme juridiquement responsables d'agir en ce sens.

Comment expliquer cet échec ? En plus de la proximité existante entre la thématique de la prévention du suicide et celle du suicide assisté, d'autres raisons, à la fois politiques, économiques et culturelles, concourent à éclairer cette situation.

Premièrement, en Suisse, la problématique du suicide n'a pas fait la une des journaux en émouvant de manière considérable tant l'opinion publique que le monde politique. Au contraire, cela a été le cas notamment en France où la publication du livre *Suicide : mode d'emploi*¹⁴⁹ (Guillon et Le Bonniec, 1982) avait suscité des réactions indignées qui ont porté à la formulation d'une loi *ad hoc* permettant de condamner la provocation au suicide et de

des mêmes logiques que le suicide « solitaire ». Cet élément tend à confirmer que le débat autour de la prévention du suicide a pu être influencé par la question du suicide assisté.

¹⁴⁹ Il s'agit d'un livre proposant différentes techniques de suicide, y compris des recettes médicamenteuses. Vendu à plus de 100'000 copies et traduit dans de nombreux pays, ce livre a été accusé d'inciter au suicide et a finalement été censuré en 1991.

censurer ainsi le livre qui avait pourtant connu un immense succès (Debout, 2002; Campéon, 2005). Un autre évènement ayant secoué l'opinion publique française et ayant accéléré la mise en place d'un plan de prévention du suicide au niveau national a été le suicide de Pierre Bérégovoy. Homme politique et premier ministre entre 1992 et 1993 sous la présidence de François Mitterrand, Bérégovoy se donne la mort le 1^{er} mai 1993, un mois après avoir quitté ses fonctions ministérielles (Debout, 2002). Cet évènement ébranle la société française et la sensibilise à la nécessité de mieux connaître et prévenir le suicide¹⁵⁰. Un évènement similaire a eu lieu en 2003 aux États-Unis où Garrett Lee Smith, fils du sénateur républicain Gordon H. Smith, se suicide en provoquant une vague d'émotion touchant le milieu politique américain. Le sénateur sera l'auteur de la loi *Garrett Lee Smith Memorial* approuvée en 2004 qui a permis d'allouer 82 millions de dollars pour faire de la prévention du suicide dans les collèges (Irminger, 2005). Ces évènements très médiatisés et touchant de près le milieu politique (notamment dans les cas des suicides de Bérégovoy et de Garrett Lee Smith) ont donc transformé subitement le suicide en un évènement intolérable contre lequel l'élaboration d'une politique de prévention du suicide s'est révélée à tous comme étant une solution indiscutable.

Deuxièmement, au niveau suisse, le soutien de la prévention du suicide a été marqué par le clivage entre les partis de droite et ceux de gauche. C'est en effet surtout la gauche qui a soutenu le développement d'un plan national de prévention du suicide. L'opposition, ou plutôt la résistance à la mise en place d'un programme de prévention du suicide, a été menée par la droite au sein du parlement fédéral et par le Département de l'intérieur, dirigé par Pascal Couchepin entre 2003 et 2009. Quelles sont les raisons avancées par le gouvernement pour refuser la mise sur pieds d'une prévention nationale du suicide ? Il faut d'abord souligner que ce refus a été très peu explicité, se lisant le plus souvent entre les lignes (notamment dans le rapport Widmer et dans les réponses aux interventions parlementaires). Plutôt qu'un refus, on pourrait presque dire que le gouvernement n'a pas porté et soutenu cette cause. Aucun politicien d'envergure n'a voulu jouer le rôle d'*entrepreneur politique* pour la prévention du suicide. Couchepin s'est par ailleurs investi largement dans le développement des soins palliatifs au niveau suisse en mettant en place, en moins de deux ans, une stratégie nationale en matière de soins palliatifs (OFSP/CDS, 2010). Ceci démontre qu'une volonté claire de la part du ministre en place (associé à un

¹⁵⁰ Le suicide de Bérégovoy survient quelques mois après la nomination de Michel Debout comme rapporteur pour une étude sur le suicide en France, commissionné par le Conseil Economique et Social. Cette étude n'avait suscité au début que peu d'approbations. Après la mort de Bérégovoy, cette recherche pris subitement une légitimité et une visibilité importantes qui vont faciliter la mise en place, en 1997, d'un programme national de prévention du suicide (Debout, 2002).

large soutien du parlement) peut permettre des avancées rapides des dossiers¹⁵¹. Le gouvernement a donc refusé la mise en place d'un programme national en justifiant cela par le manque de cadre légal. L'élaboration de la Lprév aurait pu combler ce vide, mais cela n'a pas été fait, démontrant ainsi clairement la résistance du gouvernement à vouloir s'engager dans la prévention du suicide.

Troisièmement, les raisons de cette résistance se trouvent probablement aussi dans le fait qu'un engagement vis-à-vis de la prévention du suicide obligerait la Confédération à prendre des mesures allant à l'encontre d'autres intérêts, notamment économiques. En effet, une stratégie nationale de prévention du suicide contraindrait par exemple l'État à réduire l'accès aux moyens pour se suicider, comme par exemple les armes. Comme l'industrie des armes en Suisse est relativement puissante¹⁵², ceci explique peut-être également la réticence à vouloir prendre des mesures qui affaibliraient cette portion de l'économie nationale. D'autres mesures de prévention du suicide pourraient également impliquer, par exemple, des changements dans la réglementation du travail ou du chômage¹⁵³, dispositions qui pourraient contrer des intérêts de type économique. De plus, considérer les chômeurs, les bénéficiaires de l'assistance sociale ou les toxicodépendants comme des catégories psychiquement faibles qui doivent être protégées va à l'encontre des politiques visant à responsabiliser ces catégories de population dans le but de les réintégrer dans le marché du travail. La dimension économique est toutefois relativement ambiguë. Certaines études montrent en effet que les suicides et les tentatives de suicide engendrent des coûts économiques importants qui pourraient être en partie évités grâce à une prévention du suicide adéquate (OFSP, 2005: 21).

Quatrièmement, on peut avancer des considérations de nature culturelle, voyant, dans le refus de soutenir une prévention du suicide au niveau de la santé publique nationale, le reflet de référentiels ne considérant la prévention du suicide comme étant ni possible, ni nécessaire. Les référentiels rationnels et du tabou semblent en effet toujours très présents dans l'appréhension du phénomène de la part des politiciens de droite. Bien que les églises (notamment protestantes) considèrent depuis quelques décennies le suicide comme le reflet d'une souffrance et non plus comme un péché qu'il faut condamner, le référentiel du tabou semble toujours présent dans les mentalités. Une certaine pudeur semble persister

¹⁵¹ Les soins palliatifs ont d'ailleurs été développés rapidement en réaction au débat autour du suicide assisté, voyant dans ces soins de fin de vie une manière efficace pour prévenir et éviter les demandes de mort assistée.

¹⁵² Par exemple RUAG, une des plus importantes entreprises suisse de l'armement, a réalisé lors du premier semestre 2010 un chiffre d'affaire de 836,1 millions de francs et un bénéfice net de 21.1 millions de francs.

¹⁵³ Cela en considérant les liens qui peuvent exister entre certaines conditions de travail ou le chômage et le suicide (Dejours, 2005).

dans le fait de parler du suicide explicitement, craignant le risque de l'induire et de voir le phénomène devenir de plus en plus important. Toutefois, c'est le référentiel rationnel qui explique le plus l'appréhension de la droite vis-à-vis du suicide. Considéré comme un geste rationnel et personnel, le suicide relève ainsi uniquement de la responsabilité des individus directement concernés. Une intervention de l'État est donc perçue comme un empiètement sur les libertés individuelles et comme une intrusion dans la sphère de l'intimité. De manière plus générale, la droite suisse est toujours très réticente à ce que l'État intervienne dans ce qui est considéré comme étant du ressort des individus et des familles. Le suicide n'est donc pas estimé comme étant si important ou grave pour accepter un élargissement de la sphère d'action étatique dans cette direction. Toutefois, sous la pression du mouvement pour la prévention du suicide, la perspective médicale vis-à-vis du suicide et de sa prévention a été partiellement intégrée. Les mesures médicales soutenues par l'État (*Alliance contre la dépression*, renforcement de la prévention des dépendances, etc.) sont censées trouver un compromis entre le mouvement pour la prévention du suicide et ceux qui s'y opposent.

Cinquièmement, il est fort probable qu'au sein du milieu politique, une prévention du suicide par le biais de la prévention des troubles psychiques soit considérée comme suffisante. La situation n'est pas estimée assez grave pour bénéficier d'une intervention plus considérable. Le référentiel médical est ainsi censé répondre de manière exhaustive à la question du suicide, sans que d'autres mesures plus ciblées soient nécessaires. Les faveurs dont jouissent les solutions médicales dans le milieu politique, notamment à droite, ne sont pas une nouveauté. Ceci est en premier lieu dû aux liens étroits qui existent entre le milieu politique (Pascal Couchepin entre autres) et les industries pharmaceutiques suisses¹⁵⁴. L'avantage que représente pour elles une prise en charge ciblée sur la dépression est nettement supérieure à ce que pourrait apporter un plan national de prévention du suicide (voir à ce propos Pignarre, 2001). Aussi, ce type de mesure apporte des résultats rapides au niveau des statistiques des suicides, comme le démontre l'expérience réalisée dans l'île de Gotland (Rutz et al., 1989). L'objectif de diminuer les taux de suicide peut ainsi être obtenu en un court laps de temps.

¹⁵⁴ A ce propos, en 2008, un scandale a été révélé dans la presse concernant l'autorisation d'un médicament (Lucentis®) coûtant vingt fois plus cher qu'un autre médicament déjà en commerce (Avastin®), utilisé pour soigner le même problème ophtalmologique (la dégénérescence maculaire). Le ministre de la santé avait été mis en cause dans cette affaire, notamment en raison du fait que l'expertise du médicament avait été réalisée par Felix Gutzwiller, parlementaire radical proche de Pascal Couchepin (Le Matin Dimanche, 2008). Les liens entre le Conseil fédéral et les industries pharmaceutiques ont maintes fois été dénoncés, notamment dans le fait de maintenir les prix des médicaments à un niveau très élevé (à ce propos voir Boschetti, 2006).

Enfin, la force du mouvement social n'a probablement pas été suffisamment forte. Les acteurs impliqués ont été peu nombreux et/ou pas assez actifs sur la scène nationale. Le manque de moyens financiers a joué un rôle important. La majorité des acteurs de la prévention étant engagée au niveau cantonal (souvent à titre bénévole), seul Stop Suicide et Ipsilon se sont véritablement impliqués sur le plan fédéral. La première par un engagement en grande partie bénévole et la deuxième avec un 30% financé par la FMH, mais sans que d'autres moyens lui soit accordés. L'impact de ces actions a donc été très important en dépit des moyens limités, mais pas suffisant pour en faire un véritable problème social. La question du suicide n'a en outre pas mobilisé l'opinion publique de manière très forte. Ceci est lié au fait que le suicide concerne de près un nombre limité de personnes (on compte environ 1300-1400 suicides par année), qui ne sont pas toutes disposées à s'investir au niveau politique et publique et ne partagent pas nécessairement les référentiels utilisés au sein de la prévention du suicide. Le pouvoir de mobilisation de cette problématique est en outre limité. Le suicide reste une thématique délicate et difficile, mais surtout stigmatisée. Peu de gens ont ainsi envie de partager ce stigmate dans le but de « casser le tabou » et de contribuer à transformer les mentalités.

C'est ainsi qu'au cours des années 2000, la problématique du suicide et de sa prévention, malgré les efforts entrepris sur plusieurs fronts, n'a pas atteint une force publique et politique suffisante pour que l'État se trouve politiquement et moralement obligé à mobiliser des solutions concrètes et ciblées. Les différentes explications que l'on peut donner à cet échec montrent comment l'élaboration d'une prévention du suicide sur le plan national a rencontré des obstacles, tant au niveau politique et économique que culturel. Des intérêts politiques et économiques majeurs ont pris le dessus sur l'intérêt que le soutien à un programme de prévention du suicide pouvait apporter. L'appréhension de la problématique suicidaire est donc restée individuelle et, au pire, médicale. Le mouvement social appelant à une prévention du suicide n'a donc pas réussi à transformer les mentalités de manière globale, faisant reconnaître le suicide et sa prévention comme une question sociale et politique. La votation de février 2011 au sujet de l'initiative « Pour la protection face à la violence des armes » montre d'ailleurs que la population se rallie largement au positionnement défendu par les parlementaires et le gouvernement.

Si le suicide a été reconnu au cours des derniers 15 ans comme un problème social, sa légitimation politique n'a pas atteint le succès espéré. L'« entreprise de mobilisation » (Lenoir, 1996: 77), par laquelle un problème devient social et publique, a conduit à des résultats partiels et incomplets, ayant comme conséquence le renforcement de la

médicalisation du suicide et de sa prévention. Le milieu médical est ainsi davantage légitimé à s'investir dans cette problématique, renforçant en retour le référentiel médical comme pouvant répondre de manière appropriée et suffisante à cette problématique.

1.3. Pratiques de prévention

Malgré les échecs au niveau d'une planification et d'une coordination nationales des initiatives de prévention du suicide, les initiatives de prévention se poursuivent au niveau cantonal. Au cours des années 2000, on assiste à un engagement progressif des départements cantonaux de santé publique vis-à-vis de la santé mentale et du suicide en particulier, qui se fait par le biais d'une collaboration très diverse de canton en canton avec les institutions et les organismes de prévention déjà en place. L'impulsion pour l'élaboration de ces projets a son origine dans les directives nationales concernant le développement de programmes de santé mentale (OFSP, 2004b) et de prévention du suicide (OFSP, 2005). La santé mentale a notamment été une des thématiques prioritaires discutée au sein de la plate-forme « Dialogue de la Politique nationale de la santé », qui réunit la confédération (OFSP) et les cantons (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, CDS), dans le but de favoriser le dialogue entre les deux instances et de donner une cohérence globale aux politiques de santé. L'OFSP et la CDS encouragent ainsi les cantons à développer des programmes de santé mentale en abordant la question de la suicidabilité. La prévention du suicide est toutefois associée à celle de la dépression et les cantons sont invités à adhérer au programme *Alliance contre la dépression*. Ce programme a été développé en Allemagne et, après un projet pilote réalisé dans le canton de Zoug, il a été acquis par l'OFSP et mis à disposition des cantons gratuitement. La possibilité de mettre sur pieds cette alliance a ainsi été offerte aux cantons sur un plateau d'argent par les organismes fédéraux. En Romandie, cette opportunité a toutefois été saisie uniquement par le canton de Genève, alors qu'en Suisse alémanique, ce programme a été appliqué par plusieurs cantons (Zoug, Berne, Appenzell Rhodes Intérieures et Extérieures, les Grisons et Lucerne). Une alliance genevoise contre la dépression est mise en place parallèlement aux initiatives poursuivies par le CEPS et par Stop Suicide. Pour sa part, le Valais met en place un réseau d'entraide comprenant une multitude d'association et d'organismes, coordonné par la psychiatrie cantonale sous un mandat de la santé publique. Au canton de Vaud, la santé publique et la psychiatrie élaborent un programme de santé mentale qui comprend la « lutte contre les conduites suicidaires ». Jura, Neuchâtel et Fribourg poursuivent d'autre part les projets initiés par les

associations Résiste, Parlons-en et PreSuiFri, lesquels ont des liens plus ou moins étroits avec la santé publique, leur permettant de disposer de moyens financiers très divers¹⁵⁵.

Dans ce chapitre seront analysés les programmes mis en place par les cantons de Genève, du Valais et de Vaud. Ces programmes présentent une diversité importante qui rend bien compte de la pluralité des initiatives existantes au niveau cantonal. Il s'agit ici d'étudier les pratiques de prévention mises en places par les santés publiques cantonales, ainsi que la manière dont elles problématisent la question du suicide et de sa prévention. S'articulent-elles avec les initiatives associatives et médicales déjà existantes ? De quelle manière les référentiels sociaux et médicaux se trouvent-ils représentés ? Le soutien de la prévention du suicide de la part de la santé publique induit-il une médicalisation du suicide ?

Après une analyse détaillée concernant les programmes cantonaux, il s'agira d'élargir le regard au niveau national. Le congrès organisé en 2010 par Ipsilon constituera une vitrine intéressante permettant de faire un bilan global des nouvelles tendances propre au milieu de la prévention du suicide. La proportion entre les initiatives réalisées par les associations, le milieu médical et la santé publique dans le domaine de la prévention du suicide a radicalement changé ces dernières années et a également transformé les discours et les pratiques des différents acteurs en jeu. Il s'agira ainsi de rendre compte de ces changements afin de mieux comprendre la thématique de la prévention du suicide dans le contexte helvétique.

L'Alliance genevoise contre la dépression

En 2007, la Direction générale de la santé (DGS) du Canton de Genève décide d'axer le programme de promotion et de prévention de la santé 2007-2010 autour de trois thématiques, parmi lesquelles se trouve la prévention de la dépression. Pour justifier ce choix, on souligne dans les documents cantonaux l'étendue du problème et les conséquences graves pour la santé des populations : « En Suisse, les statistiques, comme celles de l'Union Européenne, montrent que, suivant les âges, 2 à environ 10% de la population sont affectés par cette maladie. La dépression devrait devenir, d'ici à 2020, la première ou deuxième cause de problèmes de santé dans l'ensemble des pays développés. En outre, 15% des personnes souffrant de dépression grave se suicident, et 56% tentent de

¹⁵⁵ Alors que PreSuiFri avait été créé suite à une demande de la santé publique cantonale, disposant ainsi de moyens relativement conséquents, les associations Résiste et Parlons-en ne sont que peu soutenues par les organes publics qui ne leur offrent que des soutiens ponctuels.

mettre fin à leurs jours »¹⁵⁶. En raison de l'ampleur du problème, la DGS décide de suivre les dispositions de l'OFSP et de la CDS en adoptant le programme *Alliance contre la dépression*, qui s'articule autour de « la coopération avec les médecins de premier recours, le partenariat avec les professionnels relais (par exemple infirmières et travailleurs sociaux), les prestations spécifiques pour les populations à risque et leurs familles, ainsi que l'information auprès du public » (in Bonvin, 2008: 25). Un axe spécifique est développé autour de la dépression des femmes enceintes ou ayant accouché, considérées comme « particulièrement vulnérables » à cette maladie.

Par le biais de la prévention de la dépression, le programme entend prévenir également les suicides, alors qu'une partie seulement des personnes qui se suicident ou qui font des tentatives de suicide est affectée par la dépression¹⁵⁷. La médicalisation induite par ce programme ne se limite toutefois pas à la thématique du suicide, mais s'applique également à celle de la dépression. L'*Alliance contre la dépression* appréhende en effet la dépression comme une pathologie psychiatrique qui relève de l'individu seul, en ignorant ainsi ses dimensions socioculturelles (Ehrenberg, 1998). Enfin, ce programme reflète la tendance actuelle à considérer la dépression comme un « mal de civilisation », voire une épidémie, que Pignarre (2001) soupçonne être le résultat du virage biologique de la psychiatrie. La généralisation des critères diagnostiques, sous-tendant une appréhension biologique des troubles, conduirait à interpréter de plus en plus de problèmes divers sous le registre de la dépression, soignée grâce à l'arsenal d'antidépresseurs développé par les industries pharmaceutiques. La diffusion de programmes comme l'*Alliance contre la dépression*, qui vise à transmettre le savoir psychiatrique sur la dépression aux médecins généralistes et à la population, entrainerait, suivant ce raisonnement, une augmentation des diagnostics et des traitements (sans pour autant correspondre à une augmentation de problèmes individuels ou sociaux). La réflexion de Pignarre se rapproche ainsi de la thèse de Thomas, selon laquelle le langage de la vulnérabilité induirait une vulnérabilité accrue parmi ces populations selon un « processus d'énonciation performative » (Thomas H., 2010: 51).

Bien que dans le groupe d'accompagnement du programme se trouvent des membres du CEPS et de Stop Suicide, la décision d'adopter l'*Alliance contre la dépression* n'a pas émergé

¹⁵⁶ http://ge.ch/dares/promotion-sante-et-prevention/prevenir_depression_selon_modele_alliance_contre_depression-1037-0-6982.html, consulté le 15 janvier 2012.

¹⁵⁷ Comme le reporte Jehel, selon certaines autopsies psychologiques, environ 51% des suicidés présentaient un épisode dépressif majeur (Jehel, 2001: 170).

d'en bas, à partir de ces organisations déjà actives dans la prévention du suicide, mais relève d'une décision étatique, venue d'en haut. L'intention est toutefois celle d'articuler ce programme avec les initiatives déjà en place, en s'appuyant sur les acteurs présents sur le terrain. Malgré l'existence du CEPS et de Stop Suicide, travaillant depuis plusieurs années autour du suicide, et peut-être pour cette raison, la santé publique genevoise a choisi de ne pas se focaliser sur la thématique du suicide, préférant se mobiliser contre la dépression, conformément aux directives nationales. Bien que l'*Alliance* participe à diffuser une vision médicale et individuelle du suicide, la médicalisation qu'elle induit est donc relative car elle s'ajoute aux projets déjà existants (à orientation plus psychiatrique pour le CEPS et plus sociale pour Stop Suicide).

Le « Réseau Entraide » valaisan

Au Valais, le Département cantonal de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie (DSSE) mandate, au milieu des années 2000, les Départements de Psychiatrie du Réseau Santé Valais (RSV) afin de développer un plan de santé mentale. Contrairement aux directives de l'OFSP et de la CDS, le comité pilote constitué par la psychiatrie cantonale décide de ne pas adopter le programme *Alliance contre la dépression*. Afin de développer un programme qui puisse s'adapter à la réalité du canton, le comité décide de mettre sur pied un grand projet de recherche-action sur les besoins et les représentations de la population valaisanne en matière de santé mentale. Dans ce but, l'anthropologue Raymond Massé, connu pour son travail dans le milieu de la santé publique (Massé, 1995), a été engagé afin de contribuer à l'élaboration du programme. Les promoteurs considèrent ainsi inopportune l'application d'un modèle standard, alors que les besoins de la population en matière de santé mentale restent méconnus. Un des premiers objectifs du projet, qui commence en 2007, est celui d'aborder la question du suicide, suivant ainsi les directives nationales attribuant aux cantons cette tâche. Toutefois, au lieu de développer un programme de santé mentale axé sur les suicides, le groupe valaisan décide d'emprunter une voie nouvelle, en créant un réseau entre tous les organismes publics et privés œuvrant dans le domaine de la santé mentale au sens large.

Les membres du réseau décident d'éviter de parler explicitement de suicide, lui préférant le terme de « détresse existentielle ». Eric Bonvin, le psychiatre responsable du programme, évoque une sensibilité culturelle valaisanne marquée par le catholicisme, qui ne permettrait pas d'aborder ce sujet de façon trop directe. En outre, l'incertitude concernant les causes du suicide ne permettrait pas de mettre en œuvre des mesures préventives

adéquates : « Engager de telles actions sur la base de ce seul indice [le suicide] risque, non seulement de manquer d'agir sur ses causes et de n'avoir aucun impact positif, mais encore de promouvoir implicitement une solution possible face à la détresse existentielle (par exemple sous la forme de l'*effet Werther*, bien connu en la matière) » (Bonvin, 2008: 30). Une autre raison évoquée pour ne pas parler explicitement de suicide est la confusion que ce terme peut induire face au suicide assisté. Eric Bonvin dénonce l'ambivalence de notre société, où « ses valeurs et ses choix sont tendus et oscillent, entre la revendication radicale du droit au suicide et à être assisté dans cet acte, et la prévention active de ce même acte suicidaire érigée en programme sanitaire national prioritaire » (Bonvin, 2008: 31). Enfin, le responsable du programme critique l'approche centrée sur le suicide comme occultant les dimensions sociales et culturelles sous-jacentes :

Si vous grattez derrière le suicide, les déterminants de la suicidalité, vous trouvez des problématiques sociales, l'isolement, la perte d'emploi, le chômage, tout ce qui est lié à la désinsertion sociale. Ce sont des problématiques qui ne sont pas uniquement individuelles. (...) Mais de parler de suicide, c'est au fond de ne plus parler de cet aspect social, politique commun. C'est parler uniquement du comportement de l'individu. Ça, c'est très pratique. (Entretien Bonvin, psychiatre)

Ce positionnement est donc très particulier : on adopte une démarche de santé publique à orientation sociale, tout en refusant de parler de suicide. La position défendue se rapproche également du référentiel du *tabou*, où le fait d'évoquer le suicide est considéré comme induisant ce même comportement. Toutefois, la réalité du suicide n'est pas niée, mais l'on essaie d'aller en amont de ce geste, vers le « phénomène qui génère ce type de comportement » (Bonvin, 2008: 31). Mais, au lieu de se pencher sur les maladies psychiques (comme l'*Alliance contre la dépression*), le programme valaisan s'attaque à la *détresse existentielle*, censée se situer à l'origine du suicide. Celle-ci est définie comme s'inscrivant « au plus profond de la complexité humaine (à la fois culturelle, sociale, personnelle et biologique) et représentant une expérience constitutive de la vie elle-même » (Bonvin, 2008: 31). L'approche se veut émique, axée sur l'expérience et le vécu de la personne en difficulté. Au centre du « réseau entraide » ne se trouvent donc pas les spécialités professionnelles de chacun (qu'elles aient une sensibilité sociale ou psychologique), mais la « relation humaine ». L'objectif du réseau est donc « l'accroissement considérable de possibilités de relations humaines potentielles avec les personnes confrontées à la détresse existentielle » (Bonvin, 2008: 32). En ce sens, il ne s'agit pas de prévenir la détresse existentielle mais de « permettre aux personnes qui y sont confrontées de *faire au mieux face à l'adversité de l'existence* » (Bonvin, 2008: 32).

Malgré le fait que ça soit la psychiatrie qui chapeaute le projet, des efforts sont réalisés afin d'éviter une médicalisation de la problématique du suicide, tant au niveau de la conceptualisation que des professionnels impliqués. La collaboration avec Raymond Massé a en ce sens contribué de manière importante à la « démedicalisation » du programme. Son orientation et son approche sont clairement visibles dans la conceptualisation du programme, et cela dans le fait de transformer cette question en une problématique de société en utilisant le terme de « détresse » et en s'appuyant largement sur les acteurs « profanes ». Ainsi, la démarche est largement participative (incluant notamment Parspas¹⁵⁸ et la Main Tendue¹⁵⁹) et l'objectif est celui de rendre à tout un chacun la possibilité d'utiliser ses compétences naturelles d'aide face aux aléas de la vie. Concrètement, le réseau est organisé sur des niveaux d'intervention progressifs selon la gravité du problème. L'objectif est d'éviter ainsi que toute souffrance ou détresse existentielle soit directement relayée à la médecine. Avant cela, d'autres intervenants peuvent soutenir la personne, que ça soit les proches, mais aussi les médiateurs scolaires, les aides soignants, les pharmaciens, les assistants sociaux... lesquels peuvent bénéficier d'une formation en ce sens. Dans les situations de crise aigue, les personnes sont enfin adressées aux services médicaux ou psychiatriques.

L'approche est très originale, découle d'une profonde réflexion et essaie de se départir d'un déterminisme à la fois social et médical. L'individu avec son vécu, ses représentations et ses besoins est mis au centre du réseau d'aide. Toutefois, peut-on véritablement sortir de tout déterminisme pour accéder à une essence originelle du suicide qui se situerait dans la détresse existentielle ? On peut en effet se demander si les intervenants du réseau arrivent véritablement à sortir de leur regard social, médical ou religieux afin d'accueillir l'individu sans préconceptions, en s'appuyant seulement sur la force de la « relation humaine ». Pour que les professionnels d'orientation différente modifient leur regard en ce sens il faudrait en effet un changement général de culture professionnelle, pouvant difficilement se faire simplement par la mise en place d'un programme de santé publique cantonal (et les tendances nationales ou internationales ne vont pas du tout dans ce sens, ce qui peut représenter un obstacle majeur). De manière plus générale, la médicalisation n'est pas un phénomène dont les professionnels ou les programmes de santé publique sont les seuls vecteurs, mais celle-ci pénètre le tissu culturel et social de manière très large. Les individus en détresse interprètent de plus en plus leur situation par le biais d'un langage médical,

¹⁵⁸ Association valaisanne de prévention du suicide.

¹⁵⁹ La Main Tendue est une organisation qui offre une écoute téléphonique pour des problématiques diverses.

sans que cela soit nécessairement suggéré par des professionnels. Par exemple, l'utilisation du terme de dépression pour désigner des états de détresse n'est plus limité aux professionnels du champ médical mais s'est élargi à la population en général. Mettre au centre de l'intervention la manière dont l'individu interprète sa situation ne permet ainsi pas nécessairement de sortir d'une médicalisation des problèmes. De plus, la capacité à exprimer sa souffrance et son mal-être est largement influencée par le capital culturel et social des individus, donnant lieu à des inégalités importantes qui demanderaient à être interrogées.

Enfin, l'interprétation des difficultés en termes de détresse existentielle comporte le risque d'« existentialiser » les problèmes. Que suppose d'ailleurs le terme « existentiel » ? Se distinguant d'une interprétation psychologique ou sociale, « existentiel » se réfère à une conception philosophique de la souffrance. Implicitement, cette terminologie fait un lien entre le suicide et les dimensions existentielles qui en seraient à l'origine. On pourrait toutefois avancer des objections : parler de souffrance existentielle ne revient-il pas à nier la dimension pathologique ou sociales de certaines crises ? A titre d'exemple, le fait de définir une situation où la personne a subi un *mobbing* grave comme une épreuve existentielle ne revient-il pas à nier la dimension d'injustice que cette situation révèle ? En définitive, il semble impossible d'éviter un certain déterminisme car toute politique ou programme implique et transmet une vision du monde qui influence cette même réalité dans un sens déterminé.

Le « Plan de santé mentale » vaudois

Le développement d'un plan de santé mentale vaudois a débuté en 2001, grâce à l'impulsion du responsable de la santé publique cantonale, Marc Diserens. Parmi les facteurs qui ont influencé l'émergence de cette thématique, Diserens évoque les réflexions nationales naissantes qui conduiront à l'élaboration de la stratégie nationale sur la santé psychique (OFSP, 2004b), la publication du livre blanc de la psychiatrie suisse (Ferrero et Borgeat, 2000), ainsi qu'une importante publication de l'OMS sur la santé mentale (OMS, 2001). Un groupe cantonal de réflexion se forme à partir d'une plate-forme déjà existante qui réunissait les différents secteurs de psychiatrie du canton, à la fois publics (le Département de psychiatrie du CHUV) et privés (la Fondation de Nant¹⁶⁰). Le choix de dialoguer uniquement avec la psychiatrie a été motivé, selon Diserens, par la volonté de

¹⁶⁰ Institution privée s'occupant des soins psychiatriques de l'Est Vaudois sous mandat de la Santé publique cantonale.

créer en premier lieu une collaboration entre santé publique et psychiatrie, jusqu'alors inexistant. Cela a été un « choix contraint » : l'alliance avec les médecins (relativement difficile à mettre en œuvre en raison des divisions internes) étant une « condition de réussite » du plan de santé mentale. Pendant l'élaboration du programme, entre 2002 et 2006, la possibilité de mettre en place une *Alliance contre la dépression*, comme proposé par l'OFSP et la CDS, a été prise en compte mais finalement écartée, car un autre type de réflexion était déjà en route.

Finalement, un plan d'action est mis en place pour la période 2007-2012, comprenant cinq priorités : le renforcement de la psychiatrie de liaison et de coordination, la lutte contre les conduites suicidaires, l'amélioration de la prise en charge des situations de violence, l'amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique, ainsi que l'amélioration des soins psychiques aux personnes souffrant d'un handicap mental (Service de santé publique et al., 2008). Le suicide occupe donc une place relativement importante dans ce plan, conformément aux directives nationales en matière de santé mentale. Le *Groupe de prévention suicide Vaud* (composé uniquement de soignants en psychiatrie, dont une grande majorité de médecins) est constitué afin de développer des actions plus spécifiques autour des conduites suicidaires. Parmi les actions retenues, il y a la sensibilisation des journalistes à la manière dont on évoque la question du suicide dans les médias, la formation des professionnels issus de milieux très disparates, l'amélioration de la prise en charge en milieu somatique des tentatives de suicide, ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins avec la création d'une ligne téléphonique pour les urgences psychiatriques. Les actions axées sur les médias visent à contrôler le message véhiculé autour du suicide afin d'éviter un possible effet Werther et de déconstruire certaines idées reçues sur le suicide, dans le but de faire passer un message préventif à orientation psychiatrique. Concernant la formation des professionnels de première ligne, il s'agit de diffuser la *Formation à la crise suicidaire*, déjà proposée depuis quelques années par la psychiatrie cantonale dans le cadre des formations continues de l'Université de Lausanne. Beaucoup de professionnels d'origine diverse suivent cette formation qui offre jusqu'à 9 modules de deux jours par année, formant ainsi plus de 150 personnes par an. Le cours transmet, d'une part, des connaissances sur le suicide et la crise suicidaire avec une orientation clairement psychiatrique (influence des maladies psychiques, facteurs de risque, modèle de la crise suicidaire). De l'autre, elle apprend aux intervenants à évaluer le potentiel suicidaire, afin de relayer la personne, si la situation devient grave, aux intervenants en psychiatrie. Au sujet des actions visant à améliorer la prise en charge, il s'agit de systématiser le recours à

une consultation psychiatrique pour toute personne ayant été hospitalisée en milieu somatique en raison d'une tentative de suicide. Cette mesure a été renforcée, durant ces dernières années, dans tous les hôpitaux cantonaux. L'amélioration de l'accès aux soins a en outre été formalisée avec la création, en 2009, d'une ligne téléphonique d'urgences psychiatriques active 24h sur 24. Sans être spécifiquement axée sur le suicide, cette ligne est censée répondre à toute personne confrontée à une situation suicidaire dans le canton de Vaud¹⁶¹.

Le plan élaboré au niveau vaudois est donc de type strictement médical. Tant les acteurs impliqués que le type d'interventions envisagées reflètent une prévention du suicide pensée d'un point de vue psychiatrique. Le choix en premier lieu de parler de « conduites suicidaires » témoigne d'une vision comportementale du suicide et de sa prévention, laquelle vise à empêcher le passage à l'acte suicidaire, appréhendé comme un comportement déviant. Les axes retenus conduisent en outre à une médicalisation du suicide et au renforcement de l'action psychiatrique dans ce domaine. En effet, les actions visent à transmettre les connaissances médicales au grand public, à améliorer la détection des personnes en crise suicidaire, à orienter des personnes en détresse vers les services psychiatriques, ainsi qu'à renforcer la prise en charge des personnes ayant des idées ou des comportements suicidaires. Le suicide n'est donc pas appréhendé comme une question sociale, concernant tout un chacun, mais comme une problématique devant être relayée, le plus tôt possible, aux experts en psychiatrie. L'amélioration de la détection et de la prise en charge des troubles psychiques est censée enfin avoir un effet préventif sur le suicide.

Malgré l'intention initiale qui était celle d'intégrer progressivement des acteurs extérieurs au champ psychiatrique, aucun effort n'est fait pour penser une coordination avec d'autres associations déjà existantes s'occupant de santé psychique (comme le GRAAP¹⁶², Appartenances¹⁶³, Telme¹⁶⁴ ou la Main Tendue). Certes, la formation à la crise suicidaire permet aux intervenant de première ligne d'apprendre à évaluer la gravité de la situation et ainsi relayer à la psychiatrie les cas les plus graves. Toutefois, la formation ne transmet pas des outils pratiques pour accompagner les personnes présentant un risque suicidaire faible

¹⁶¹ A partir de février 2011, le nouveau numéro de référence pour toute problématique psychiatrique est devenu le numéro de la Centrale des Médecins de Garde, répondant également pour des questions somatiques.

¹⁶² Le GRAAP (Groupe Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique) est une association de personnes concernées par la maladie psychique. Elle donne beaucoup de place à l'entraide et au point de vue des personnes affectées par la maladie.

¹⁶³ Appartenances est une association active dans le domaine de la migration et qui propose des consultations thérapeutiques pour les problématiques liées à la migration.

¹⁶⁴ Telme est un service qui offre un soutien psychologique aux jeunes et aux parents à travers une ligne téléphonique, des consultations et un site internet.

ou moyen : il s'agit juste d'apprendre à évaluer et à transmettre éventuellement plus haut. C'est le contraire de ce qui se fait au Valais, où le réseau mis en place cherche à renforcer les compétences des intervenants de première ligne dans la prise en charge de la détresse existentielle, afin d'éviter le plus possible une intervention médicale.

La création de la ligne téléphonique unique pour les urgences, mesure incluse dans la lutte contre les conduites suicidaires, reflète également une vision des problématiques suicidaires comme étant d'emblée psychiatriques. Les lignes téléphoniques sur lesquelles s'appuie le programme valaisan sont très différentes et sont gérées par la Main Tendue et Parspas. Ces lignes visent en premier lieu à soutenir la personne en détresse et, éventuellement, à l'adresser à d'autres services (pas nécessairement psychiatriques). La ligne téléphonique vaudoise est gérée par le service des urgences psychiatriques du CHUV et au bout du fil se trouve une infirmière psychiatrique, qui répond, au même numéro, pour tout autre problème de nature psychiatrique. La porte d'entrée est donc la psychiatrie et le problème suicidaire y est d'emblée associé. En revanche, la Main Tendue ou le numéro de Parspas sont gérés par des bénévoles non professionnels qui sont plutôt habitués à répondre à des problématiques touchant la souffrance en général (ou souffrance existentielle selon la dénomination adoptée par le Réseau Entraide). La ligne téléphonique genevoise gérée par les psychologues du CEPS est en ce sens différente. Ciblée sur les problématiques suicidaires, cette ligne n'associe pas nécessairement le suicide à une problématique psychiatrique en raison de l'orientation psychanalytique du centre.

Le programme de santé mentale vaudois agit principalement au niveau de la prévention secondaire et tertiaire, ce qui est tout à fait logique compte tenu des compétences professionnelles des concepteurs, tous psychiatres. L'objectif est donc celui de prendre en charge la personne afin d'éviter le passage à l'acte ou la rechute, en s'appuyant sur le constat que la tentative de suicide constitue un facteur de risque important prédisant un suicide complété. La participation des autres acteurs du domaine de la santé mentale est toutefois rendue difficile, car le programme leur donne nécessairement un rôle secondaire par rapport à la psychiatrie, en raison de l'accent mis sur l'appréhension médicale et sur l'intervention en situation de crise.

De plus, alors que le domaine de la prévention du suicide en général réclame plus de moyens, les membres du Groupe prévention suicide Vaud n'en ont pas demandé plus pour mettre en place et développer leur programme. Une partie des actions étaient en effet déjà en route (comme la formation) ou s'inscrivaient dans un cadre institutionnel (comme la ligne téléphonique ou la prise en charge psychiatrique lors des tentatives de suicide). Les

moyens octroyés permettent ainsi d'assurer le salaire à 10% de la psychiatre responsable (Nadine Kaufmann) et devraient servir à développer l'axe sur la sensibilisation des médias.

La mise en place de ce programme de santé publique a donc dû dépasser en premier lieu la méfiance de la psychiatrie envers la santé publique. Jusqu'alors, en effet, le CHUV et la Fondation de Nant étaient chargés, par la santé publique, de s'occuper de manière autonome de tout ce qui concernait la psychiatrie et la santé mentale. Avec la mise sur pied du programme de santé mentale cantonal, le milieu psychiatrique, en devant se soumettre partiellement aux exigences de santé publique, risquait ainsi de perdre une partie de sa liberté. Une autre difficulté a été celle de faire collaborer la psychiatrie privée et publique, alors que le CHUV avait une position largement dominante par rapport à la Fondation de Nant. La mise en place du programme cantonal de santé mentale a donc dû résoudre en premier lieu les rapports de pouvoir conflictuels entre la psychiatrie publique, privée et la santé publique. Ces conflits se greffent en outre sur une situation où la psychiatrie elle-même souffre d'un manque de reconnaissance, tant au niveau social qu'au sein de la médecine, ce qui renforce probablement ce repli.

Si seul le milieu psychiatrique a occupé le terrain de la santé mentale, ceci n'est pas uniquement lié aux difficultés internes et à une hypothétique volonté d'omnipotence dans ce champ. Cela s'explique également par le fait que le milieu associatif vaudois est relativement faible en ce qui concerne la thématique suicidaire (aucune association de prévention du suicide n'a vu le jour, malgré quelques tentatives). D'autre part, la psychiatrie vaudoise est très forte (lié aussi à la présence de l'Université) : le nombre de psychiatres et la qualité des structures dont elle dispose lui permettent de conduire seule ce programme de santé mentale. Cela n'aurait pas pu se faire au Valais, par exemple, où les psychiatres sont trop peu nombreux pour se charger de la mise en place d'un programme de santé mentale de type exclusivement psychiatrique.

Les congrès nationaux

A l'exception du canton du Valais, les projets cantonaux analysés reflètent une claire médicalisation de la prévention du suicide. L'intégration de cette problématique au niveau de la santé publique semble ainsi jouer en faveur de la psychiatrie et de l'approche médicale. Par ailleurs, une excellente vitrine pour étudier les tendances helvétiques en matière de prévention du suicide est représentée par les congrès nationaux. Discours et pratiques permettent ainsi d'approfondir le rapport que le développement de la prévention du suicide entretient avec la médicalisation.

Après les premiers deux congrès organisés en 2002 et 2003 par la FEPS (le deuxième en collaboration avec l'ASICS) et marqués par des interrogations de nature socio-philosophico-théologique, le milieu de la prévention du suicide délaisse partiellement l'organisation de rencontres nationales pour s'investir davantage dans le lobbying politique au niveau national (notamment pour Ipsilon et Stop Suicide) et dans les initiatives de prévention cantonales (pour les associations cantonales). ASICS et Ipsilon organisent des formations continues sur l'intervention en situation de crise en 2004 et sur « Les fruits de la recherche, quel profit pour la pratique ? » en 2005. Alors que les congrès de l'ASICS étaient à l'origine ouverts à tout public, ces journées de formations ont une orientation plutôt médicale et sont adressées prioritairement à un public de spécialistes.

Avec le congrès de 2005 axé sur la recherche scientifique, le ton est donné à l'orientation que le milieu suisse de la prévention du suicide va prendre dans les années qui suivent et qui conduira, en 2010, à l'organisation du « Congrès National Suicide »¹⁶⁵. Les réflexions existentielles caractérisant les débuts disparaissent progressivement au profit d'une attention portée davantage aux recherches scientifiques et aux approches psychiatriques. Le congrès de 2010 s'intitule en effet « Dépistage précoce, traitement et suicidalité chronique : vers un partage de savoirs et de pratiques » et ressemble fortement à un congrès psychiatrique classique, tant par sa forme, ses participants que par son contenu. Le Congrès est organisé au World Trade Center de Zurich et est sponsorisé par la FMH, la SSPP (Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie), le canton de Zoug, Promotion Santé Suisse, mais surtout par Lilly (Platinum Sponsor). Lilly est une multinationale pharmaceutique basée aux États-Unis, productrice de plusieurs médicaments utilisés dans les dépressions (Cymbalta®, Zyprexa® et Fluctine®, ce dernier composé par le même principe actif que le Prozac®) et ayant des liens très étroits avec les anciennes administrations Bush (Lenzer, 2004)¹⁶⁶. Le congrès offre en outre la possibilité à d'autres entreprises d'exposer leurs produits, ce qui permet de saisir les enjeux économiques qui se jouent dans le domaine de la prévention du suicide. Ces derniers se concentrent

¹⁶⁵<http://asp.artegis.com/urlhost/artegis/events/6798/downloads/Flyer.pdf>, consulté le 15 janvier 2012.

¹⁶⁶ George Bush Sr siégeait au conseil d'administration de Lilly et George W. Bush a été un de ses dirigeants pendant de nombreuses années. En 2000, Lilly a versé \$1.6m en contributions politiques, dont le 82% a été donné au parti républicain et à Bush. Pendant son premier mandat, Bush jr s'est beaucoup investi dans le développement d'un grand plan de santé mentale, visant à mieux détecter les troubles psychiques parmi la population et, naturellement, à mieux les soigner à l'aide de médicaments (Lenzer, 2004).

majoritairement autour des industries pharmaceutiques, mais également dans la fabrication de câbles en inox afin de protéger les ponts ou les autres *hotspots* suicidaires¹⁶⁷.

Dans la brochure du congrès, on y lit que « le suicide nous concerne tous » et que « la prévention du suicide est encore trop souvent l'affaire d'individus ou de groupes (...) ». En ce sens, on y convie « les nombreux acteurs provenant de différents domaines tels que la santé mentale, la prévention du suicide, l'intervention de crise, l'accompagnement psychosocial et l'action sociale » et le congrès promet ainsi d'être une « occasion unique d'échange et de 'réseautage' ». Le discours est ainsi celui de la pluridisciplinarité du suicide et de sa prévention comme une affaire de société et non seulement de spécialistes. A l'affiche du congrès se trouve donc le référentiel social, voulant se distancier du risque de médicaliser le suicide. Si on regarde de plus près les intervenants, ainsi que le contenu du congrès, on réalise toutefois que l'approche médicale y est très présente. En effet, parmi les « Key Note Speaker » on retrouve quatre psychiatres et un avocat, et, parmi les intervenants des ateliers, plus de la moitié proviennent des services de psychiatrie (17 personnes sur 28). L'autre partie est constituée par des personnes travaillant dans des associations d'entraide (2 personnes) ou dans des structures d'aide (1), dans la migration (1), la police (1), la formation (3), la prévention du suicide au niveau national (2) ou la recherche (1). Les sujets traités relèvent pour plus d'un tiers (10 sur 27) de préoccupations médicales (liens avec la dépression, addictions, neurobiologie, techniques de soin). Moins d'un tiers (7) des interventions porte sur les programmes cantonaux de prévention du suicide (dont une bonne partie est marquée par l'approche psychiatrique) et les interventions restantes (10) abordent des préoccupations de prévention touchant d'autres milieux professionnels (école, migration, police, etc).

Par rapport aux premiers congrès sur la prévention du suicide, celui-ci est moins axé sur les dimensions philosophiques, théologiques ou éthiques et porte davantage sur l'intervention et les actions mises en place. Ce changement correspond au passage d'une phase de réflexion et de définition de la problématique, à une phase d'action, liée à la multiplication des pratiques de prévention du suicide. Ce qui est intéressant à mettre en évidence est la présence accrue de psychiatres dans des champs non-médicaux (santé publique, réseaux d'entraide, prévention sur les hotspots) et une orientation de plus en plus médicale des interventions « sociales » (détection de la dépression dans le domaine de la migration, formation psy pour les enseignants, cellule de soutien psy dans la police). La prévention du

¹⁶⁷ Parmi les exposants, on retrouve les industries pharmaceutiques AstraZeneca, GlaxoSmithKlin et Vifor Pharma, ainsi que le producteur de câbles en inox Jakob Rope Systems.

suicide au niveau national témoigne ainsi d'une progressive socialisation du médical, ainsi que d'une médicalisation du social. On pourrait penser que la superposition des champs sociaux et médicaux entraîne une plus grande pluridisciplinarité. Or, ce n'est pas le cas, car les pratiques vont plutôt vers le référentiel médical : le médical transforme plus le social que l'inverse.

1.4. De la médicalisation de la prévention du suicide

Légitimités sociales et médicales

Se situant entre stratégies politiques et actions préventives, entre les enjeux de la politique fédérale et les contextes cantonaux, la prévention du suicide a assisté, ces dernières années, à des changements importants. Durant cette phase de légitimation politique et scientifique, les référentiels utilisés pour parler et agir dans le champ du suicide et de sa prévention se sont considérablement transformés.

Les référentiels sociaux et médicaux restent les pôles de référence, mais leur distinction et leur agencement deviennent plus subtils et complexes. Une certaine contradiction est identifiable entre le niveau de la pratique et celui du discours. Alors que les pratiques se médicalisent, les discours affichent volontiers un référentiel social. Tant au parlement, dans les rapports de l'OFSP, de l'OMS, que dans les congrès nationaux, la problématique du suicide et de sa prévention est présentée comme une question qui « concerne tout le monde » et qui doit être abordée « de manière pluridisciplinaire ». Cette configuration repose sur un rapport de légitimité ambivalent entre les référentiels sociaux et médicaux. D'une part, le référentiel social, largement utilisé dans les discours, permet à la prévention du suicide de se distancier des possibles critiques quant à la médicalisation des faits sociaux (Conrad, 2007). Cette critique est désormais devenue partie intégrante du sens commun et de la morale partagée, d'où le souci de la part du milieu médical d'éviter cette forme de critique en assumant un discours qui valorise l'approche sociale et pluridisciplinaire. Le référentiel médical jouit d'autre part d'une légitimité très grande dans le milieu de la suicidologie en tant qu'approche disciplinaire pouvant donner des réponses scientifiquement prouvées aux interrogations suscitées par le suicide. Le contexte socioculturel et économique favorise la légitimité incarnée par la science médicale, et, concernant le fait suicidaire, par les approches psychiatriques. L'État, en s'engageant dans la prévention du suicide, a en outre tendance à favoriser les approches médicales, qui donnent des résultats prouvés et mesurables à court terme. Ce genre d'initiatives peut ainsi être plus facilement défendu vis-à-vis de la population et des partis, en particulier ceux de droite. La pression des industries pharmaceutiques joue également un rôle important dans la favorisation du référentiel médical. Ceci explique l'accent mis sur la prévention des troubles psychiques au niveau national et l'orientation médicale du rapport Widmer et du

congrès Ipsilon de 2010, ainsi que les programmes de prévention mis en place dans les cantons de Genève et de Vaud.

Au niveau fédéral, on voit ainsi des discours politiques qui militent pour une prévention du suicide s'appuyer sur un référentiel social, afin de promouvoir une pratique qui finalement est très médicalisée. En analysant de plus près les discours à caractère social, on s'aperçoit qu'ils ont progressivement perdu leur contenu politique : on parle moins de justice et plus de souffrance. Les discours des associations militantes comme Stop Suicide ou des parlementaires socialistes qui appellent à une prévention du suicide s'appuient largement sur un discours basé sur la souffrance et la détresse (qu'elles soient appréhendées dans un registre social ou individuel). Le suicide comme phénomène reflétant des conditions socioéconomiques défavorables à certaines catégories de la population (comme c'était le cas lors de l'émergence du problème au niveau national, notamment au sein de Caritas ou de Stop Suicide) a progressivement disparu. Dans les discours politiques de la gauche, la défense d'une prévention du suicide spécifique et non dépendante de la prévention des troubles psychiques est censée pouvoir lutter contre la médicalisation du suicide. Toutefois, les contenus des interventions lors du congrès Ipsilon de 2010, ainsi que les directives de l'OMS, tout en se concentrant sur la thématique du suicide, n'évitent pas de tomber dans le piège de la médicalisation.

De son côté, le référentiel médical se transforme également et s'ouvre aux approches de santé publique. La prévention du suicide est prise en compte de manière collective et politique et d'autres professionnels que les médecins ou les psychiatres sont parfois intégrés dans la démarche médicale. Une médicalisation du référentiel social s'accompagne ainsi d'une socialisation du référentiel médical. Toutefois, le référentiel médical pénètre le référentiel social beaucoup plus que l'inverse. En effet, la médicalisation du référentiel social entraîne un changement important au niveau du paradigme dans lequel le suicide et sa prévention sont appréhendés. En revanche, la socialisation du référentiel médical qui se fait à travers la pluralisation des acteurs et la politisation de la démarche (dans le sens d'une collaboration avec la santé publique) ne transforme pas la manière dont la prévention du suicide est envisagée, et reste fortement médicale. Il n'y a donc pas de remise en question du paradigme sous-jacent à cette appréhension, lequel suit le mouvement général de médicalisation promu tant par les organisations internationales que par les institutions nationales.

L'exemple valaisan reste un exemple inédit et original dans le contexte suisse. Le discours ne se réfère pas uniquement au référentiel social, puisque le refus de parler explicitement

du suicide le rapproche d'une appréhension en terme de tabou. Faire de la prévention ciblée sur le suicide est ainsi considéré d'emblée comme médicalisant. Le suicide et la lecture spécialiste qui en est faite par la psychiatrie, occulteraient en effet les dimensions existentielles, sociales et/ou culturelles qui préexistent et coexistent au suicide. Au delà de cet aspect, la volonté de contrer la médicalisation du suicide s'exprime également par le fait d'inclure d'autres partenaires dans l'élaboration du programme et dans sa mise en place, ainsi que par le fait de renforcer les compétences du réseau sur le terrain dans l'aide aux personnes en difficulté. Ce programme découle toutefois d'une véritable volonté et d'un effort considérable entrepris dans cette direction, influencé par les personnalités impliquées (dont l'anthropologue Raymond Massé), ainsi que par le contexte psychiatrique et associatif valaisan. Cet exemple constitue plutôt l'exception que la règle, le contexte actuel favorisant plutôt la médicalisation de la prévention du suicide.

Toutefois, plutôt que d'être devenu le mouton noir des santés publiques romandes, le Valais semble plutôt assumer un rôle d'exemple pour les autres cantons. En ce sens, on peut citer la publication d'un numéro spécial de la Revue Médicale Suisse dirigé par Eric Bonvin et titré « Panser et prévenir la souffrance existentielle ? Réflexions sur l'intervention sanitaire et sociale face à la détresse existentielle » (Bonvin, 2008). Le numéro propose des réflexions sur les lieux où s'exprime la détresse existentielle, ainsi que sur la manière de penser et d'intervenir face à cette détresse. Donnant beaucoup d'espace aux acteurs impliqués dans le réseau valaisan et aux intervenants extérieurs au domaine psychiatrique (on y retrouve un présentateur radio, un théologien, deux anthropologues, plusieurs éthiciens, un médecin généraliste, etc.), ce numéro offre des réflexions de fond sur le suicide, la prévention et la détresse, qui contrastent considérablement avec la tendance nationale axée sur les approches psychiatriques et sur la recherche médicale. Genève, Vaud et Fribourg sont par ailleurs présents dans le numéro avec une page de présentation par canton de leur programme de prévention. Concernant le programme du canton de Vaud, on parle même de « suicide et détresse existentielle », alors que cette terminologie n'avait jamais été utilisée auparavant. L'engagement du Valais dans la santé mentale est ainsi devenu un modèle de référence au niveau des discours, alors que les autres cantons sont loin de mettre en place des programmes similaires. Le programme valaisan reste ainsi une véritable exception dans le contexte romand et suisse.

Les rapports entre les référentiels sociaux et médicaux sont par ailleurs liés à l'ambivalence qui existe dans la définition même de la prévention du suicide. Alors que la prévention primaire opère véritablement en amont des idées ou des comportements suicidaires, la

prévention secondaire et tertiaire interviennent quand le problème est déjà présent. L'intervention, à ce niveau, n'est pas proprement préventive mais plutôt curative. Grâce à Lacroix (1990), on peut dès lors s'interroger sur la pertinence d'utiliser le terme de prévention pour désigner ces formes d'interventions : « Est-ce pour se donner bonne presse qu'on tient tellement à nommer «prévention» la majorité des interventions en santé mentale? Il serait plus juste, croyons-nous, de réserver le terme prévention pour ce qu'on appelle présentement la "prévention primaire", c'est-à-dire toute intervention qui vise à empêcher l'apparition d'un problème. On éliminerait ainsi toute ambiguïté. Il nous semble qu'une telle ambiguïté (...) ne peut que défavoriser la véritable prévention, en donnant l'illusion que les interventions seront dorénavant préventives plutôt que curatives, alors que dans les faits la prévention primaire risque de ne pas occuper une place plus importante que par le passé dans les pratiques sociales et sanitaires » (Lacroix, 1990: 48-49).

La majorité des interventions en prévention du suicide s'axent ainsi sur l'aspect curatif et délaissent la véritable prévention, celle primaire, qui se fait en amont. La médicalisation de la prévention du suicide est ainsi influencée également par une utilisation du terme de prévention pour désigner des interventions de type thérapeutique et soignant. Ce n'est pas là une particularité de la prévention du suicide, mais une tendance globale du milieu de la prévention, la médecine préventive occupant une place importante au sein de la santé publique.

De plus, la prévention primaire en général, et plus particulièrement en ce qui concerne le suicide, présente toute une série de problèmes dans sa mise en œuvre. En premier lieu, il y a l'incertitude concernant les causes qui, dans le domaine du suicide, est particulièrement forte. Ensuite, la prévention primaire implique une coordination entre acteurs ayant des champs d'action et des regards professionnels divers. Le travail interdisciplinaire nécessite des investissements considérables et la coopération en réseau s'avère souvent compliquée (Knüsel, 1991). Ces difficultés favorisent ainsi la mise en œuvre de programmes préventifs au sein des structures déjà existantes, notamment celles médicales et psychiatriques.

Une pluralité régionale en dépit d'une coordination nationale

L'analyse de la construction sociopolitique de la prévention du suicide permet enfin de conclure avec un bilan ambivalent. D'une part, le projet national d'un programme de prévention du suicide n'a pas abouti, ce qui a provoqué une grande déception au niveau du milieu de la prévention. Ceci empêche ainsi une véritable coordination entre les projets et

l'allocation de moyens plus conséquents pour la prévention du suicide. Certains intervenants interviewés déplorent notamment le fait que les cantons doivent « tout recommencer » à chaque fois, avec un gâchis d'énergies important. D'autre part, des directives nationales ont été édictées (concernant *l'Alliance contre la dépression* et la prévention des troubles psychiques), mais, en Suisse romande, seulement Genève les a adoptés, les autres privilégiant les réflexions cantonales en cours. Est-ce qu'un programme national axé sur le suicide et non sur le trouble psychique aurait eu plus de succès ou les tendances régionales auraient de toute façon prévalu ? La volonté de coordonner et de centraliser les programmes et les connaissances semble être défendue surtout par le mouvement social et associatif, et moins par les santés publiques cantonales, qui préfèrent gérer de manière indépendante cette question, conformément aux intérêts et aux particularités locales. L'autonomie conférée par le manque d'une coordination nationale en la matière a donc permis l'émergence d'une pluralité de programmes, dont la qualité ou l'orientation dépendent beaucoup du contexte cantonal et du degré d'investissement des acteurs impliqués. Cette indépendance a donc permis l'élaboration tant de programmes s'opposant explicitement à la médicalisation du suicide (minoritaires), que des modèles la renforçant. On peut ainsi se demander si une coordination nationale axée sur le suicide n'aurait pas uniformisé les initiatives en promouvant un modèle plutôt médical, conformément à la tendance perceptible au niveau national.

Ipsilon, censée jouer le rôle de coordinatrice, a toutefois de la peine à assumer son rôle. Ceci est dû en partie en raison du manque de moyens dont dispose l'organisation, mais également à cause d'un manque de collaboration de la part des acteurs présents sur le territoire national (et notamment romand). La faillite de l'engagement au niveau national a probablement été influencée par cela, les acteurs préférant s'impliquer au niveau régional, délaissant ainsi le niveau fédéral.

Une médicalisation complexe

La reconstruction du processus ayant amené le suicide et sa prévention à devenir un problème social faisant l'objet de politiques publiques a donc permis de souligner comment cela a conduit à un renforcement progressif du paradigme médical dans ce domaine. La médicalisation du suicide et de sa prévention n'a toutefois pas eu lieu de manière linéaire et évidente, mais elle a souvent pris des formes subtiles et implicites rendant difficile le dévoilement de cette transformation.

Tout d’abord, comment définir la médicalisation¹⁶⁸ ? Selon Conrad : « Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to “treat” it » (Conrad, 1992: 211). Dans le cas de la médicalisation du suicide, cela correspond au fait de considérer le suicide comme le symptôme de certaines pathologies psychiatriques, mais la médicalisation du suicide s’exprime également par le fait d’appréhender le suicide comme associé à des facteurs de risque ou comme inscrit dans le modèle de la crise suicidaire. Le fait d’encourager une intervention psychiatrique pour prévenir et soigner les personnes présentant des idées ou comportements suicidaires témoigne également de la médicalisation du suicide.

L’analyse présentée dans ce chapitre constitue une étape du long processus de médicalisation du suicide, dont les débuts remontent au 17^e et 18^e siècle. En effet, Macdonald, qui a étudié les procès des suicidés en Angleterre entre le 16^e et le 19^e siècle, relève qu’à partir du 17^e siècle, les condamnations des suicidés se font rares, les juges considérant de plus en plus le suicide comme relevant de la folie. D’un côté, ce changement serait dû à une attitude plus compréhensive et compassionnelle de la part des juges envers les familles des suicidés, qui se trouvaient privées de tous leurs biens en cas de condamnation du suicidé. De l’autre, cette médicalisation du suicide prendrait racine dans la perte de croyance vis-à-vis des forces diaboliques, auxquelles était associée la condamnation des suicidés (MacDonald M., 1989). Selon Conrad, la laïcisation de la société constituerait un des facteurs majeurs ayant influencé le processus de médicalisation (Conrad, 1992; Conrad, 2007). Concernant le suicide, l’affaiblissement de la morale religieuse vis-à-vis du suicide ne s’est toutefois pas automatiquement traduit par une imposition du paradigme médical (et de sa morale). La médicalisation du suicide s’est ainsi confrontée tout au long de son émergence à d’autres visions du suicide concurrentes, celle rationnelle relevant d’un choix concret d’une part et la sociale relevant de facteurs sociaux de l’autre. Toutefois, la médicalisation n’est que rarement complète et d’autres visions concurrentes peuvent coexister. Plus que d’un état ou d’une condition, il est préférable de considérer la médicalisation comme un processus qui se réalise par degrés (Conrad, 1992: 220-221).

Au niveau scientifique, le 19^e et le début du 20^e siècle se caractérisent par la confrontation entre les interprétations médicales et sociologiques. Si la première défendait le caractère proprement psychiatrique et pathologique du suicide, la deuxième en revendiquait la

¹⁶⁸ Une première discussion du concept de médicalisation a été proposée dans l’introduction de ce travail.

dimension historique et sociale¹⁶⁹. L'émergence de la suicidologie vers la moitié du 20^e siècle signe le succès des approches psychiatriques, notamment en raison de sa dimension pragmatique, permettant le développement d'actions de prévention du suicide. La vision médicale propose en effet des solutions préventives pragmatiques, qui visent l'efficacité et qui sont tournées vers l'intervention, contrairement à la vision sociologique pour laquelle les mesures préventives sont plus difficilement traduisibles en des actions concrètes. Le suicide devient ainsi le symptôme d'une pathologie psychiatrique ou d'un comportement déviant à corriger, et la psychiatrie émerge comme étant la réponse la plus légitime permettant de prévenir le suicide. Si la médicalisation (ou psychiatrisation) du suicide s'est diffusé de manière relativement marquée en Amérique du Nord, où la suicidologie a pris naissance et s'est largement diffusée, son impact au niveau européen (notamment parmi la population en général) est resté plus limité jusque dans les années '80-'90. Jusqu'alors, ce sont surtout les référentiels du tabou (non nécessairement lié à la morale religieuse) et rationnels qui ont prévalu dans l'appréhension du suicide, la vision médicale émergeant pendant cette période de manière plus lente et difficile.

Le grand bond en avant dans la médicalisation du suicide, notamment en Suisse, se fait donc à partir de la moitié des années '90 avec l'émergence de la prévention du suicide. Comment analyser ce processus à la lumière d'études portant sur d'autres processus de médicalisation et sur la médicalisation de manière plus générale ?

Conrad définit trois facteurs principaux qui peuvent influencer le processus de médicalisation : (1) l'expansion de l'autorité et du pouvoir médical ; (2) l'activité de groupes sociaux ou groupes d'intérêt et (3) l'action d'organisations ou de groupes inter ou intra-professionnels visant à acquérir l'autorité dans un domaine particulier (Conrad, 2007: 9). Quel a été l'impact de ces trois facteurs dans la médicalisation du suicide induite par le développement de la prévention du suicide ? Concernant le milieu médical, celui-ci a joué un rôle important dans la médicalisation du suicide, qui varie toutefois en fonction de la période et du contexte. Au début, à part quelques rares initiatives au cours des années '90 (formations organisées par la FMH et la création du CEPS à Genève), le milieu médical et psychiatrique est resté relativement en retrait dans ce domaine. Il a plutôt été appelé à s'impliquer dans la prévention du suicide par le mouvement social, lorsque celui-ci avait déjà investi l'espace public. Progressivement, le poids de l'autorité médicale s'est toutefois agrandi, devenant un des acteurs les plus importants et légitimes de la prévention du suicide, accentuant ainsi fortement le processus de médicalisation. Une différence est

¹⁶⁹ Voir le chapitre liminaire.

également visible en fonction des cantons. Dans le canton de Vaud, par exemple, l'emprise des psychiatres sur cette thématique a été relativement forte, ce qui a conduit à une importante médicalisation de la prévention du suicide. En Valais, en revanche, la psychiatrie, bien que responsable du programme d'aide à la détresse existentielle, a joué un rôle inverse, promouvant un programme censé contrer la médicalisation du suicide. Comme le souligne Conrad, les médecins peuvent, dans certaines situations, jouer un rôle actif dans la résistance à la médicalisation. Cela a été notamment le cas lors de l'opposition à la participation des médecins dans l'exécution des peines capitales (Haines, 1989) ou au refus de médicaliser (et ainsi dépolitiser) les situations des femmes victimes de violence (Kurz, 1987). Le milieu médical a au contraire eu un rôle central dans la médicalisation de l'hyperactivité, de la ménopause, de l'abus sur les enfants ou la naissance (Conrad, 2007: 9).

L'action de groupes sociaux, le deuxième facteur évoqué par Conrad, a été déterminante dans la médicalisation du suicide, surtout dans la première période de la prévention du suicide. Et pourtant, la médicalisation du suicide n'était pas ce que les groupements associatifs qui se sont mobilisés au début recherchaient, bien au contraire. Le mouvement social voulait en effet transformer le suicide et sa prévention en une problématique sociale et politique, évitant qu'elle soit considérée simplement comme une question médicale. Le fait que la prévention du suicide ait été transformée par la santé publique nationale (et cantonale dans certains cas) en une problématique médicale a été la conséquence non voulue mais induite par la mobilisation du mouvement social. Un autre exemple de ce type peut être trouvé dans la médicalisation de la sexualité féminine. La problématique du plaisir féminin avait été soulevée dans les années '70 par les mouvements féministes au travers d'une perspective politique, qui voulaient par là dénoncer la vision androcentrée de la sexualité et du plaisir sexuel (e.g. Hite, 2004 [1976]). A partir des années '80, on assiste toutefois à une reprise de ce discours par la médecine sexuelle naissante, qui porte à une médicalisation de la sexualité masculine dans un premier temps (conduisant notamment à la production du Viagra), et féminine à partir des années '90. Dans le DSM-IV, on retrouve ainsi classés le « Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme » et le « Trouble de l'orgasme chez la femme » (APA, 1994), pour lesquels des traitements médicamenteux sont progressivement élaborés (Tiefer, 2006). Alors que la problématique du plaisir féminin avait été dénoncée avec une intention politique, celle-ci est devenue, en l'espace de quelques décennies, un problème avant tout médical (voire psychiatrique).

Selon le troisième facteur avancé par Conrad, la médicalisation peut résulter de l'action d'organisations ou de groupes inter ou intra-professionnels qui aspirent à devenir les experts dans un domaine particulier. C'est notamment le cas de la médicalisation de la naissance, qui a été influencée par les revendications en termes d'expertise et de légitimité de la part des gynécologues obstétriciens face aux sages femmes (Wertz et Wertz, 1989). Concernant le suicide, ce facteur ne semble pas avoir joué un rôle, car il n'existe pas une compétition entre groupes professionnels différents dans l'imposition d'un savoir et de pratiques sur la question du suicide et de sa prévention. La psychiatrie semble en effet avoir assumé sans trop de difficultés le rôle d'expert sans que d'autres approches professionnelles en aient remis véritablement en cause l'autorité. Toutefois, au sein de la médecine, le développement de connaissances et de pratiques autour du suicide a permis à la psychiatrie d'élargir son champ d'intervention et d'expertise. Dans un contexte où la psychiatrie ne jouit pas de beaucoup de légitimité face aux autres champs de la médecine, la possibilité d'« occuper » une question redoutée au sein des autres spécialités médicales constitue ainsi un moyen pour gagner davantage de reconnaissance.

Alors que pendant longtemps les écrits sur la médicalisation pointaient du doigt l'« impérialisme médical », on reconnaît aujourd'hui que ce processus relève d'une dynamique collective. Les patients et leurs proches y jouent par exemple un rôle de plus en plus important. Dans le cas analysé ici, ce sont surtout les proches qui ont pu favoriser la médicalisation du suicide et de sa prévention. En plus des dimensions conceptuelles et institutionnelles traitées dans ce chapitre, la médicalisation du suicide relève également de logiques interactionnelles, où les médecins et les patients sont directement impliqués (Conrad, 1992: 211). Cet aspect de la médicalisation sera analysé dans les chapitres 4, 5 et 6 qui se penchent plus particulièrement sur le travail psychiatrique et sur le vécu des patients ayant eu des idées ou des comportements suicidaires.

Les dimensions économiques ont également eu un impact considérable dans la médicalisation du suicide. Les industries pharmaceutiques n'ayant pas (encore) développé une pharmacologie spécifique aux idées et aux comportements suicidaires, c'est par la prise en charge des troubles sous-jacents au suicide (et notamment la dépression) que leurs intérêts se concrétisent. Il est difficile d'estimer véritablement le poids de cet aspect dans la médicalisation du suicide en Suisse, mais, comme déjà discuté plus haut dans ce chapitre, ces intérêts s'expriment tant au niveau politique (par les liens existants entre le milieu politique et celui des industries pharmaceutiques) que scientifique (visible notamment lors du congrès de 2010).

De plus, dans un contexte où la médicalisation fait l'objet de nombreuses critiques, les acteurs tendent à se démarquer d'un discours faisant référence à ce processus, indépendamment du type de pratique qu'ils sont censés réaliser ou défendre. Un décalage peut ainsi s'instaurer entre le niveau du discours et celui de la pratique, où des discours s'opposant à la médicalisation sont utilisés pour défendre des pratiques qui médicalisent le suicide. Cela permet de mettre en évidence que la médicalisation résulte d'un processus socioculturel où discours et pratiques sont utilisés dans des contextes différents et répondent à des logiques sociales et politiques diverses. Ce décalage s'explique par la mauvaise presse dont jouit la médicalisation et s'appuie sur l'illusion sociale postulant une correspondance entre discours et pratique. Cela est rendu possible également grâce à la quasi absence de discours critiques vis-à-vis de la prévention du suicide pouvant légitimement rivaliser avec le discours médical.

2. Enjeux politiques et moraux de la prévention du suicide

L'étude du développement de la prévention du suicide en Suisse nous conduit à un résultat ambigu : doit-on parler plutôt de réussite ou de faillite dans ce domaine ? L'analyse que nous pouvons en faire doit-elle mettre l'accent davantage sur les avancées qu'il y a eu, notamment au niveau cantonal, ou sur les résistances, lesquelles se sont exprimées surtout au niveau national ? Dans le souci de ne pas réduire la complexité de la situation helvétique à l'un ou à l'autre versant de la question, il est donc essentiel d'analyser ces résultats dans leur ambivalence.

On peut toutefois affirmer que la tendance générale est plutôt celle qui conduit vers le changement dans le sens d'un développement progressif des programmes de prévention du suicide. Tant au niveau international qu'au sein des milieux professionnels et associatifs, la prévention du suicide constitue une problématique sociale et/ou médicale qu'il faut essayer de résoudre par le biais de programmes de santé publique spécifiques. La particularité réside donc plutôt dans la résistance opérée par le milieu politique suisse (notamment des partis de droite), véhiculant une vision conservatrice du suicide (dont il ne faut pas parler ou qui relève du choix rationnel de l'individu), refusant ainsi de mettre en place une réelle politique de prévention du suicide. Un décalage existe entre le milieu politique de droite et celui de la santé et du social, plutôt de gauche, dans la manière dont la question suicidaire est perçue et expliquée. On peut estimer qu'une même ambivalence existe au niveau des représentations de la population, entre d'un côté une vision stable et plutôt conservatrice du phénomène, et de l'autre une mutation importante des mentalités. Des enjeux moraux et politiques traversent ces tendances, témoignant par conséquent que la question de la prévention du suicide dépasse largement le simple aspect de l'intervention. Résistances et ouvertures sont le reflet de la pluralité des valeurs culturelles, morales et politiques répondant à des postures professionnelles, politiques et idéologiques diverses.

Si les mentalités changent face au suicide et à sa prévention, cela se fait surtout dans le sens d'une médicalisation, où le suicide est de plus en plus expliqué, signifié et pris en charge en tant que reflet d'une souffrance, voire d'un trouble psychique. En effet, au niveau national, alors qu'une prévention du suicide ciblée sur le suicide a été refusée, sa prévention par le biais des troubles psychiques a été largement soutenue et encouragée.

Dans ce chapitre, il s'agira, à partir de la reconstruction historique réalisée dans le chapitre précédent, d'analyser les dimensions politiques et morales que ces transformations ont apporté au niveau de la problématique suicidaire. Comment interroger la dimension politique impliquée dans l'émergence de la prévention du suicide, ainsi que dans les résistances qui se sont exprimées au niveau national ? Que nous disent ces changements à propos de l'économie morale de notre société et de notre époque ? Comment participent-ils à modifier la réalité dans laquelle ils sont inscrits ? Au delà de son caractère singulier, il s'agit de situer la prévention du suicide dans le rapport que notre société entretient avec le corps, la mort, la médecine et le politique.

L'intention est donc celle de passer d'une analyse ancrée dans la réalité de la prévention du suicide à une réflexion plus globale situant cette même réalité dans une dynamique sociale et historique plus large.

2.1. Prévention du suicide et biopolitique

L'intervention ambiguë de la santé publique dans le domaine de la prévention du suicide permet d'interroger les liens qui existent entre le suicide et le pouvoir. La notion foucauldienne de *biopolitique* est à ce propos éclairante, bien que dans l'étude du cas helvétique elle peut donner lieu à des analyses contradictoires. Dans le chapitre « Droit de vie et pouvoir sur la vie » du premier tome de *Histoire de la sexualité* intitulé *La volonté de savoir* (1976a), Foucault analyse les changements dans la manière dont l'État exerce son pouvoir sur le peuple. Dans le système monarchique, le souverain (incarnant le pouvoir divin) a le droit de vie et de mort sur ses sujets : « Le pouvoir y était avant tout droit de prise : sur les choses, le temps, les corps et finalement la vie : il culminait dans le privilège de s'en emparer pour la supprimer » (Foucault, 1976a: 179). C'est donc par le pouvoir de donner la mort et donc de « *faire mourir* ou de *laisser vivre* » que le pouvoir se déploie. A partir de l'âge classique (entre la moitié du 15^e et la fin du 18^e), le type de pouvoir exercé par l'État change et la dimension répressive caractérisant l'époque précédente n'est plus que résiduelle. L'État s'occupe désormais de gérer la vie, les corps, les populations, afin de potentialiser leur capacité de production dans la société industrielle et capitaliste naissante. Le pouvoir devient « un pouvoir qui s'exerce positivement sur la vie, qui entreprend de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble » (Foucault, 1976a: 180). Au pouvoir de *faire mourir* ou de *laisser vivre* s'est donc imposé un pouvoir de *faire vivre* et de *laisser mourir*. La mort n'est plus une question publique, dans les mains du pouvoir étatique, mais elle se situe justement à sa

limite, ce qui la transforme en une question privée et cachée. A ce propos, Foucault évoque la cas du suicide : « Il ne faut pas s'étonner que le suicide – crime autrefois puisqu'il était une manière d'usurper sur le droit de mort que le souverain, celui d'ici-bas ou celui de l'au-delà, avait seul le droit d'exercer – soit devenu au cours du 19^e siècle une des premières conduites à entrer dans le champ de l'analyse sociologique ; il faisait apparaître aux frontières et dans les interstices du pouvoir qui s'exerce sur la vie, le droit individuel et privé de mourir » (Foucault, 1976a: 182). D'une appropriation usurpatrice du pouvoir divin, le suicide devient une négation du pouvoir étatique visant à la préservation de la vie.

Au sein de cette nouvelle manière d'exercer le pouvoir sur la vie et sur le vivant que l'on appelle *biopouvoir*, deux pôles sont identifiés. Le premier, présent depuis le 17^e siècle, considère le corps comme une machine et vise à « dresser » les corps individualisés dans le but de les rendre plus performants. Il s'agit d'un pouvoir centré sur la discipline que Foucault nomme « *anatomo-politique du corps humain* ». Le deuxième, qui se développe à partir du 18^e siècle, se concentre « sur le corps-espèce, sur le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques » (Foucault, 1976a: 183). L'État assume ainsi la tâche de contrôler et d'intervenir au niveau de la gestion des populations : taux de naissance, de mortalité, niveau de santé, prévention des maladies, etc. Foucault définit ce pouvoir comme une « *biopolitique de la population* ». A partir de l'âge classique, c'est donc vers ces deux pôles que le pouvoir s'est orienté, mettant en place une technologie « anatomique et biologique, individualisante et spécifiante, tournée vers les performances du corps et regardant vers les processus de la vie » (Foucault, 1976a: 183). Ces nouvelles formes de pouvoir sont intimement liées au développement du système capitaliste, qui fonctionne grâce à une armée de corps dont la force de travail peut être mesurée, potentialisée et adaptée aux besoins de l'économie.

Comment dès lors analyser la prévention du suicide à l'aune de la notion de biopolitique ? Alors que Foucault s'est vite détourné de cette notion qui est restée à un niveau programmatique (Fassin, 2006a; Memmi et Taïeb, 2009), la *biopolitique* est devenue, depuis les années '90, une notion féconde ayant nourri de nombreux développements théoriques (Keck, 2008). Son déploiement permet ainsi de considérer la prévention du suicide sous divers angles d'analyse.

Faire vivre

La prévention du suicide peut en premier lieu être lue comme participant au projet de *faire vivre*, suivant l'analyse de Foucault. Dans l'administration du vivant, les pratiques de

prévention de la santé se sont multipliées au cours de la deuxième moitié du 20^e siècle : prévention du tabagisme, de l'obésité, de l'HIV, de la grippe, etc. Selon Doron (2008), les politiques de prévention sont des exemples de biopolitiques, car elles incarnent un pouvoir régulateur, par opposition au pouvoir disciplinaire. En effet, la prévention s'inscrit dans un système libéral qui s'appuie sur une responsabilisation des individus vis-à-vis de leur santé. En ce sens, Doron critique l'utilisation majoritaire du concept de biopolitique dans l'analyse des dispositifs sécuritaires comme les pratiques eugéniques, les régimes totalitaires (en particulier le nazisme), le développement de la biométrie ou l'expansion de lieux de détention pour les criminels ou les immigrés. Si ces dispositifs sont toujours importants dans la compréhension du biopolitique, ils n'auraient pas un poids déterminant face aux dispositifs de prévention des risques faisant partie du système libéral, s'appuyant donc sur une régulation des conduites, sans les imposer ou les prescrire. La prévention du suicide pourrait être analysée en ces termes. Dans la gestion des populations, il importe de préserver la vie en empêchant tant la maladie que la mort, qu'elle soit extérieure (violence, criminalité) ou intérieure au sujet (comportements auto-agressifs). Il s'agit ainsi de réduire les « années potentielles de vie perdues »¹⁷⁰ où les suicides ont un impact assez grand. Les années de vie perdues constituent un gaspillage pour le système économique, notamment lorsqu'il s'agit de personnes pouvant contribuer pleinement à la société (et pour lesquelles on a beaucoup investi, comme pour les jeunes). Ce n'est pas un hasard si la grande partie des discours sur la prévention du suicide s'axe sur le suicide des jeunes, alors que leur taux est relativement bas, en comparaison avec les adultes et les personnes âgées¹⁷¹. En ce sens, peu d'initiatives de prévention du suicide sont mises en place chez les personnes âgées ou les personnes malades qui n'ont plus un rôle productif pour la société. Suivant cette réflexion, on peut toutefois remarquer que les programmes de prévention du suicide existants ne visent pas à empêcher le passage à l'acte suicidaire de manière contraignante. Il s'agit plutôt de transmettre des connaissances afin de responsabiliser les citoyens dans la détection des signes d'une crise suicidaire ou, de manière générale, d'un trouble psychiatrique. Le message véhiculé est celui de préserver la vie, indiquant ainsi une norme visant à réguler les conduites, sans toutefois les imposer. Cette conception du biopouvoir

¹⁷⁰ Les « années potentielles de vie perdues » sont une mesure statistique utilisée par l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) qui mesure les années d'espérance de vie perdues du fait d'un décès prématuré.

¹⁷¹ Il s'agit toutefois de la première cause de mortalité chez les jeunes (la mort pour cause de maladie étant très faible parmi les jeunes), ce qui donne l'impression que le problème est plus grave que chez les adultes. En réalité, leur taux est sensiblement plus bas que pour les adultes ou les personnes âgées : 12.8/100'000 pour les 20-24 ans, 26.9 pour les 50-54 ans, 44.8 pour les 80-84 ans. Concernant leur nombre total, leur décalage est moins évident : 56 suicides entre 20-24 ans, 132 entre 50-54 ans et 79 entre 80-84 ans (les données se réfèrent à la Suisse en 2004, hommes et femmes confondus).

se rattache à la vision de la santé publique promue par l'OMS et défendue par les partis de gauche et par le mouvement social de prévention du suicide attribuant à l'État le rôle de préserver la vie des citoyens au travers de la prévention du suicide.

Laisser mourir

Memmi et Taïeb (2009), en reprenant les réflexions de Foucault autour de la biopolitique, critiquent toutefois l'importance limitée que celui-ci avait accordé à la question du mourir, négligeant l'intérêt croissant porté par les politiques à cette interrogation. Les auteurs parlent d'une « recomposition de l'intervention étatique sur la mort », qui est liée à la gestion du mourir, du mourant et du mort. Parmi ces reconfigurations, trois catégories sont inventoriées : *ne plus faire mourir*, *ne pas laisser mourir* et un nouveau « *faire mourir* ». L'analyse de Memmi et Taïeb se concentre notamment sur cette dernière catégorie, qui désigne le « versant mortifère du biopouvoir », appelé *thanatopouvoir* (Taïeb, 2006-2007; Memmi et Taïeb, 2009: 7). Les auteurs distinguent ainsi le pouvoir positif qui s'exerce sur la gestion du vivant dans le but de le préserver et le potentialiser (biopouvoir), du pouvoir sur le vivant visant sa mise à mort (thanatopouvoir)¹⁷². Dans l'analyse des politiques de prévention du suicide, ce sont toutefois les deux premières catégories touchant aux nouvelles politiques du mourir qui nous intéressent : le *ne plus faire mourir* et le *ne pas laisser mourir*.

Les pratiques visant à *ne plus faire mourir* traduisent l'affaiblissement du pouvoir de *faire mourir*, autrefois à la base du pouvoir souverain. Les auteurs citent à ce propos l'interdiction de la peine de mort, mais aussi la disparition du « mourir pour la patrie » et la condamnation de toute mise à mort pour des raisons politiques (Memmi et Taïeb, 2009: 7). Cette transformation du *faire mourir* à *ne plus faire mourir* reflète une sensibilité plus grande face à la violence, liée à la « pacification » des sociétés contemporaines analysée également par Elias (1975). L'utilisation de la violence est de moins en moins tolérée dans les espaces publics, tant au niveau interindividuel que par rapport à l'État. La légitimation du pouvoir se fait davantage au travers d'un pouvoir se voulant protecteur et normalisateur que par le biais d'un pouvoir mortifère. Selon Memmi et Taïeb « ce monopole souverain du « faire mourir » (...) est la délégation croissante faite aux individus de se « faire mourir », sous l'espèce du droit d'accéder au suicide (...) et de la légitimité croissante accordée à l'euthanasie (...) » (Memmi et Taïeb, 2009: 8). Elias, en analysant le processus de

¹⁷² C'est par exemple le cas lors d'une interruption médicale de grossesse (IMG). A ce niveau, la préservation de la « vie nue » a été supplantée dans ces débats par le concept de « bonne vie », c'est à dire sans handicap.

civilisation, parle d'une intériorisation progressive des pulsions violentes. Ceci implique que la violence autrefois exercée sur autrui se tourne envers soi-même. Il s'agit de l'intériorisation des normes évoquée par Foucault, où la contrainte extérieure se transforme en contrainte intériorisée¹⁷³. La mort n'est plus l'apanage du pouvoir étatique, mais est devenue un droit revendiqué par les citoyens par le biais du suicide ou du suicide assisté. En refusant de mettre en place une politique de prévention du suicide au niveau national et en acceptant le suicide assisté, l'État suisse donne son autorisation tacite à l'intériorisation du faire mourir. Le suicide serait-il ainsi une sorte d'autosuppression responsable de l'individu ?

Cette logique, proche finalement du *laisser mourir* théorisé par Foucault, serait donc l'autre versant du biopouvoir exercé dans le but de préserver et d'entretenir le vivant. Si d'un côté on préserve les individus bien portants pouvant servir au système capitaliste (les jeunes), on délaisse au contraire les « inutiles » de la société (malades mentaux, malades chroniques, personnes âgées¹⁷⁴). En effet, le suicide assisté concerne les personnes ayant une maladie grave et/ou dégénérative, et le suicide solitaire touche en grande partie (bien que pas uniquement) les personnes les plus démunies ou fragiles de la société (chômeurs, assistés, malades psychiques, personnes âgées). La relative immobilité de la part des autorités pourrait ainsi être interprétée comme le reflet d'une stratégie du pouvoir qui inclut une certaine négligence vis-à-vis de la mort d'une frange de sa population. Le système socioéconomique actuel, au lieu de mettre à mort une partie de sa population non désirée, se limiterait à l'exclure et à la discriminer. Ce phénomène engendrerait, dans l'extrême, une autosuppression des individus. Dans cette perspective l'acte suicidaire ne serait plus un geste subversif, s'opposant au pouvoir normalisateur, mais au contraire une réponse conforme aux messages implicitement véhiculés par la société et s'adressant à ceux qui ne sauraient s'adapter aux exigences imposées par le système socioéconomique contemporain¹⁷⁵.

Cette inégalité dans la prise en compte de la vie des citoyens montre que la valorisation de la vie humaine ne s'applique pas de manière universelle à tous les citoyens : « Implicitement s'énoncent donc des principes de distinction et de hiérarchisation entre

¹⁷³ Le phénomène des auto-immolations dans des contextes de protestations politiques est en ce sens intéressant. La violence retournée contre soi assume ainsi un caractère protestataire très puissant. Un exemple de l'histoire récente est celui de l'auto-immolation de Mohamed Bouazizi, qui aurait déclenché la révolution tunisienne de 2011.

¹⁷⁴ A ce sujet, voir l'article d'Andrian (1999).

¹⁷⁵ Il est évident que dans la morale contemporaine dominée par la compassion et la raison humanitaire (Fassin, 2010), ce genre d'arguments est inacceptable au niveau du débat public.

des catégories d'humanité, en fonction de l'estimation du prix des vies dans chacune d'elles » (Fassin, 2005: 43). Entre personnes pouvant contribuer au développement économique de la société et celles qui en sont à la charge (assistés, chômeurs, personnes âgées), le prix de leur vie n'est pas égal. Comme l'évoque toujours Fassin, « Il faut ici prendre la loi contemporaine du biopouvoir qui prescrit de 'faire vivre' et de 'laisser mourir', non pas comme une loi qui s'appliquerait également et simultanément à tous (...) mais comme une loi qui distingue ceux qu'il faut 'faire vivre' de ceux qu'il convient de 'laisser mourir' » (Fassin, 2005: 43).

La biopolitique ne se déploierait pas seulement dans des actions politiques concrètes, mais également dans le refus de s'impliquer dans certains domaines relatifs au vivant (comme la prévention du suicide en générale et celle des personnes âgées en particulier). Le *laisser mourir* foucauldien, longtemps négligé au profit de l'analyse des politiques du *faire vivre*, prend tout son sens dans l'analyse de l'émergence de la prévention du suicide, en reflétant les résistances de la politique fédérale au sujet de la prévention du suicide.

Ne pas laisser mourir

Dans les reconfigurations du mourir, Memmi et Taïeb identifient également la catégorie du *ne pas laisser mourir*. L'empêchement de la mort est devenue une obsession au cours des dernières décennies. Cela se traduit par le développement de politiques hygiénistes et préventives, se focalisant sur l'émergence d'une « société du risque » (Beck, 2001; Peretti-Watel, 2001). Empêcher la mort, qui désormais est considéré comme s'opposant au projet d'entretenir la vie, devient donc un devoir étatique, mais également une responsabilité individuelle. Cette sollicitude à ne pas laisser mourir s'exprime entre autre dans la volonté de sauver à tout prix des personnes (e.g. par des greffes et des opérations), même lorsque leur état de santé est déjà fortement dégradé.

Dans cette perspective se situe une vision interventionniste de la prévention du suicide, empêchant le passage à l'acte suicidaire dans toute situation, donc également lors des maladies dégénératives ou des maladies psychiques graves. Un exemple en ce sens est celui de la prévention du suicide en milieu carcéral. Alors que les conditions d'enfermement sont largement suicidogènes (délitement des relations familiales, négation du statut de sujet, condition de contrôle disciplinaire et de punition), la prévention du suicide, qui commence à s'y développer, vise à empêcher le passage à l'acte des détenus, faisant passer leur statut de celui de coupable (du crime pour lequel ils sont enfermés) à celui de victime (d'une souffrance les conduisant jusqu'au suicide). Paradoxalement, la prévention du suicide passe

par une surveillance accrue des détenus, ce qui accentue le contrôle, la perte de liberté et d'intimité, éléments considérés comme étant suicidogènes (Cliquennois et Chantraine, 2009)¹⁷⁶. Toujours dans la perspective de *ne pas laisser mourir* se trouvent les pratiques de prévention du suicide en milieu médical, qui utilisent l'hospitalisation d'office comme moyen pour éviter le passage à l'acte. Par la contrainte, on oblige le suicidant à se soumettre à l'impératif de préserver sa vie dans le cadre du dispositif psychiatrique. Lorsque cela s'applique à des situations de maladie mentale grave, où les tentatives de suicide sont répétées, l'enfermement devient une forme d'acharnement voulant préserver à tout prix la vie de la personne alors que celle-ci aspire au contraire. L'intervention se fait ici de manière autoritaire, niant ainsi la volonté de l'individu qui, dans les situations suicidaires, est considérée comme étant pathologique, et donc pouvant être ignorée¹⁷⁷.

A l'exception des situations évoquées ci-dessus, au sein du milieu de la prévention du suicide en Suisse la posture voulant à tout prix empêcher la mort par suicide est plutôt absente, tant dans le débat politique que dans les politiques de prévention mises en place. Il ne s'agit pas non plus d'une tendance générale perceptible dans d'autres pays¹⁷⁸, ni de la position défendue par les organisations internationales. Cette conception de la prévention du suicide constitue plutôt la dérive potentielle d'une société voulant éradiquer totalement les suicides, où le souci préventif déborderait dans un dispositif sécuritaire d'interdiction.

Toutefois, on pourrait voir dans la médicalisation de la prévention du suicide une tendance à glisser progressivement vers des pratiques visant à ne plus laisser mourir. En effet, on admet de moins en moins un pouvoir qui laisse mourir ses citoyens, même lorsqu'il s'agit des plus démunis de la société. Cet aspect du pouvoir, quand il est mis à nu, ne peut plus être défendu, car il contredit la base de la légitimité du biopouvoir contemporain : la protection du vivant. C'est d'ailleurs sur cet aspect que le mouvement pour la prévention du suicide s'est appuyé : mettre en avant la responsabilité de l'État dans la protection du vivant afin que celui-ci s'engage dans la prévention du suicide. Mais si des mesures ont été prises, cela s'est fait surtout dans le sens d'une médicalisation du suicide et de sa prévention. La médicalisation entraîne ainsi une accentuation du pôle *faire vivre* par rapport au *laisser mourir*, conformément aux principes éthiques de la science médicale. En

¹⁷⁶ Il ne s'agit pas ici de dénoncer ces pratiques, qui permettent, dans certaines conditions, de prévenir le suicide des détenus. Il s'agit plutôt de voir comment la prévention du suicide essaie de préserver, parfois à tout prix, la vie des personnes, sans nécessairement questionner les conditions de vie à l'origine de ces comportements.

¹⁷⁷ Une analyse plus approfondie de l'utilisation de l'hospitalisation d'office à des fins de prévention du suicide sera faite dans la troisième partie de ce travail, consacrée entièrement au travail psychiatrique.

¹⁷⁸ Sauf dans de rares cas comme l'Inde, où la législation punit les tentatives de suicide avec une amende ou par l'emprisonnement (Vishven, 2008).

soumettant les fragiles et les exclus au pouvoir médical, la médicalisation du suicide transforme les politiques du *laisser mourir* vers le *ne pas laisser mourir* par le biais notamment de l'hospitalisation et de la médication (censée atténuer les crises suicidaires, sans pour autant toujours amener le sujet vers un meilleur état de santé psychique). Il ne s'agit toutefois pas d'une entreprise totalitaire, voulant éradiquer le suicide par l'autorité et la discipline (dont l'enfermement psychiatrique systématique en serait l'emblème). Si cet élément est présent dans la médicalisation du suicide, il n'est pas son aspect le plus saillant. La médicalisation du suicide s'appuie en effet largement sur la responsabilisation des individus face à leur santé. Les individus eux-mêmes en sont les principaux acteurs¹⁷⁹.

L'analyse des transformations affectant la prévention du suicide et de l'importance que la préservation de la vie a acquis dans l'exercice du pouvoir peut être éclairée par le biais du concept de *biolégitimité* (Fassin, 2006a). Celle-ci indique que la vie biologique fait l'objet d'une légitimité ayant pris le dessus sur les stratégies de gestion du vivant. De la biopolitique, on serait passé à la biolégitimité, dont l'implication étatique dans la prévention du suicide en est un exemple. La vie n'est ainsi plus l'objet central de l'exercice du pouvoir, mais bien le noyau de sa légitimité. Fassin s'appuie ici sur les écrits de Giorgio Agamben (1997) qui reprend la distinction aristotélicienne entre la *zoé*, la vie nue ou vie biologique, et le *bios*, la vie sociale. La modernité se caractériserait par le fait d'avoir confondu ces deux dimensions de la vie, en donnant de plus en plus d'importance à la préservation de la *zoé* au détriment du *bios*. La sphère politique, en agissant au niveau de la *zoé*, transformerait l'action politique en une politique de la « vie nue ». Celle-ci prêterait davantage l'attention à la santé biologique et à l'intégrité corporelle qu'à la vie sociale. Suivant cette réflexion, on peut interpréter l'accent mis sur la prévention du suicide secondaire et tertiaire par rapport à la prévention primaire comme une valorisation des mesures agissant directement sur le corps individuel (*zoé*) au détriment d'interventions visant l'amélioration de la santé collective (*bios*). Agamben reprend ainsi le concept de biopouvoir de Foucault tout en l'analysant à travers le spectre de la souveraineté : au sein de la modernité, le pouvoir ne s'exercerait plus sur les individus en tant qu'entité politique, mais sur leur corps biologique, la « vie nue » (Agamben, 1997).

L'analyse du développement de la prévention du suicide par le biais du concept de biopouvoir montre ainsi que les avancées de la prévention du suicide ainsi que les résistances que celle-ci provoque mettent en scène deux visions différentes de la manière dont le pouvoir s'exerce sur les populations. D'un côté, il y a la résistance à la prévention du

¹⁷⁹ Cet aspect sera approfondi au chapitre 6.

suicide qui exprime ce que Foucault avait défini comme le *laisser mourir* : l'État préserve la vie des bien-portants mais délaisse celle des plus faibles. Cette logique suit finalement des intérêts de type économique à orientation libérale prônant la compétitivité, la sélection sociale et la responsabilité individuelle. D'un autre côté, il y a la tendance, de plus en plus importante, de l'État à vouloir à tout prix préserver la vie des personnes, peu importe leur condition et leur place au sein de la société. Le développement de mesures visant à *ne pas laisser mourir*, comme l'émergence et la diffusion de la prévention du suicide, répond à des principes moraux liés à la compassion et à la pitié, visant à porter assistance à toute personne en situation de souffrance. Une logique économico-libérale s'oppose donc à une logique de la pitié et de la compassion dans la gestion contemporaine du vivant. Bien que la première logique est implicite à une grande partie des politiques, elle est aujourd'hui de moins en moins défendable d'un point de vue moral. La deuxième logique est en revanche plus conforme à l'économie morale de nos sociétés axées sur la compassion et la « raison humanitaire » (Fassin, 2010). La médecine joue dès lors un rôle déterminant dans l'actualisation et la légitimation de ce type de pouvoir.

2.2. La victime suicidaire

Un nouvel intolérable

L'émergence de la prévention du suicide s'accompagne d'une transformation des catégories morales d'appréhension du suicide. Reflétant un changement historique et anthropologique, le suicide peut aujourd'hui être considéré comme un intolérable contemporain (Fassin et Bourdelais, 2005). Ceci n'est pas un cas isolé. En effet, depuis le 19^e siècle, les figures de l'intolérable n'ont cessé de se multiplier : de l'abus sexuel au refus de soins pour les malades, de l'esclavage au travail des enfants. Le principe unificateur de ces intolérables semble être, selon Fassin et Bourdelais, leur atteinte à l'intégrité corporelle (2005: 9). S'attaquant au corps individuel ou collectif, physique ou politique, ces intolérables semblent nier un principe absolu de notre contemporanéité : le respect des droits humains. Comme l'écrit Fassin : « Régie par des textes à valeur universelle, mais aussi inscrite dans les évidences sensibles de nos sociétés, l'inviolabilité du corps est devenue le signe suprême de l'humanité de l'homme » (Fassin, 2005: 19). Dans le suicide, c'est en effet le corps physique qui est frappé, dans le but de le supprimer, mais également le corps social car, en tant que geste déviant, il menace la cohésion communautaire et l'ordre établi. Le déplacement des frontières de l'espace moral ne découle pas d'une transformation objective de la réalité (augmentation des suicides), mais témoigne d'un déplacement du regard impliquant, d'une part, un changement des valeurs et, de l'autre, une évolution des sensibilités (Fassin et Bourdelais, 2005: 10-11). Le changement des valeurs concerne tout particulièrement le déplacement « de l'arbitraire du pouvoir à l'intégrité du corps » (Fassin et Bourdelais, 2005: 10). En ce sens, le pouvoir se légitime de plus en plus par le biais de la protection du corps physique (la « vie nue ») que par l'imposition de l'autorité. Corrélé à cela se trouve l'évolution des sensibilités qui concerne à la fois la « culture du corps » et la « culture du sentiment » (Fassin et Bourdelais, 2005: 11). Si la première dimension, liée à la perception des signes et des symptômes corporels, ne concerne que marginalement le suicide, c'est dans la deuxième qu'il faut trouver les changements majeurs concernant le glissement du suicide au delà du seuil du tolérable. La culture du sentiment a impliqué une transformation dans le rapport à ses propres émotions et à celles d'autrui, érigeant la compassion comme vertu emblématique de notre époque (Erner, 2006). La souffrance de l'individu présentant des problématiques suicidaires, mais surtout la souffrance des proches d'un suicidé, deviennent inacceptables, motivant ainsi l'engagement de ces

derniers dans la prévention du suicide. Ce sont en effet des personnes qui ont été en contact avec ce type de souffrance qui se sont le plus mobilisées dans ce champ.

La transformation du suicide en une réalité intolérable découle d'un processus historique qui implique le passage d'une époque morale à une autre. Comme l'évoquent Fassin et Bourdelais, cela « suppose des conflits entre ceux qui prévalaient et ceux qui s'imposent, générant ainsi souvent des tensions entre les acteurs qui les défendent » (2005: 12). Les années 2000 en Suisse peuvent ainsi être analysées comme l'époque où ces deux visions différentes du suicide se sont confrontées. D'un côté les promoteurs d'une nouvelle sensibilité face au suicide (les engagés dans la prévention) et, de l'autre, les défenseurs de l'ancien régime moral (surtout les milieux politiques de droite). Si le suicide est de plus en plus considéré comme étant un intolérable face auquel il faut agir par le biais de politiques préventives, cela n'est pas admis par l'ensemble des acteurs concernés (tant au niveau politique que social), comme le témoignent les résistances au niveau fédéral.

Si l'inaction au niveau politique et social vis-à-vis des suicides n'est pas (encore) considérée de manière consensuelle comme un intolérable, le fait de ne pas secourir, dans une situation réelle, une personne qui est en train de se suicider, est par contre jugé comme un geste inadmissible. Les « sauvetages » de suicidants, souvent médiatisés par la presse comme étant des exemples d'humanité¹⁸⁰, sont ainsi considérés comme relevant d'un impératif moral, indépendamment du fait qu'on puisse considérer le suicidant responsable ou pas de son geste. L'exigence de sauver la personne découle probablement plus du caractère insupportable de voir une personne mourir, que d'une considération humanitaire voyant le suicidant comme une victime qu'il faut sauver. Lorsque le sauveteur met en péril sa propre vie ou meure pendant le sauvetage du suicidant, la pertinence de cette intervention (et donc le statut de victime du suicidant) est en effet rapidement remise en cause¹⁸¹. Des considérations de justice (coupable ou non coupable) émergent ainsi vis-à-vis du suicidant, ce qui ne serait pas le cas par exemple lors d'un sauvetage pendant une catastrophe naturelle, où le statut de victime est largement admis.

¹⁸⁰ Dans les médias sont régulièrement relatés des sauvetages de personnes voulant se suicider, dépeignant le sauveteur comme une sorte de héros. Exemples : <http://www.sudouest.fr/2010/06/29/il-sauve-une-jeune-fille-de-la-noyade-127935-3269.php>; <http://www.leparisien.fr/hauts-de-seine-92/clichy-un-promeneur-plonge-et-sauve-une-femme-du-suicide-11-06-2010-960701.php>. Sites consultés le 15 janvier 2012.

¹⁸¹ En août 2010 à Grenoble, un homme meurt en sauvant une personne qui tentait de mettre fin à ses jours en se noyant. La colère des proches de l'homme vis-à-vis de la jeune femme qui, elle, a survécu, exprime une vision du suicide comme étant un acte intentionnel et engageant la culpabilité du sujet. Une habitante du quartier affirme par exemple : « Je l'ai insultée en lui disant qu'elle avait la mort de cet homme sur la conscience ». <http://www.leparisien.fr/faits-divers/un-homme-se-noie-en-tendant-de-sauver-une-femme-suicide-24-08-2010-1040913.php>, consulté le 15 janvier 2012.

Vers une politique de la pitié

Pour qu'un sujet soit appréhendé par le biais des catégories morales de la souffrance et, par conséquent, de l'intolérable, une transformation doit toutefois s'opérer dans la manière dont le sujet est expliqué et présenté. Un parallélisme peut être fait entre la prévention du suicide et les analyses de Boltanski (2007 [1993]) au sujet de l'humanitaire. Boltanski s'interroge notamment sur le statut de l'observateur face à la « souffrance à distance », donnée à voir notamment par le biais des médias. Par quelle dynamique arrive-t-on à sensibiliser le public à une souffrance se jouant à des milliers de kilomètres d'où l'on se trouve, justifiant ainsi des politiques humanitaires et des investissements privés et publics considérables ? Boltanski s'appuie sur les analyses de Hannah Arendt à propos des *politiques de la pitié* (Arendt, 1967) et sur celles de Adam Smith sur *la théorie des sentiments moraux* (Smith, 2003 [1774]). Issues de la Révolution française, les politiques de la pitié se caractérisent par la distinction qui est faite entre les personnes qui souffrent et celles qui ne souffrent pas, ainsi que par l'existence d'une situation où les « heureux » peuvent observer le malheur des autres. La médiatisation du drame du suicide par le biais des statistiques, des campagnes préventives et des histoires de vie liées au suicide contribue à rendre visible le phénomène de la souffrance du suicidant et des proches du suicidé. Il s'agit toutefois d'une « souffrance à distance » dont la proximité est relative : la souffrance est assez proche pour que l'on ne puisse pas rester sans rien faire (comme on ne pourrait pas laisser quelqu'un se suicider sous nos yeux), mais assez distante pour que cette souffrance n'envahisse pas trop la réalité des heureux.

Selon Boltanski, les politiques de la pitié supposent que les malheureux ne soient pas considérés comme coupables ou responsables de leur sort, mais plutôt comme des victimes innocentes : « Une politique de la pitié ne se demande pas si la misère des malheureux est justifiée » (Boltanski, 2007 [1993]: 24). Le mouvement pour la prévention du suicide, en véhiculant l'image du suicide comme le résultat d'un problème social (chômage, pauvreté, conditions de travail, etc.) ou d'une maladie mentale, participe justement à déresponsabiliser le suicidant vis-à-vis de son comportement auto-agressif. La transformation de la figure du suicidant de coupable en victime permet ainsi la mise en place d'une politique de la pitié visant à venir en aide aux suicidants, politique légitimée par la nécessité de soulager la souffrance et non par des considérations de justice (en effet, même lorsqu'on parle de situations sociales problématiques, celles-ci ne sont pas nécessairement interrogées sous le registre de la justice, mais plutôt en tant que « productrices » de souffrance).

De plus, une politique de la pitié doit aspirer à la généralité : « Son rôle est de s'arracher au local et, par conséquent, aux situations, nécessairement locales, dans lesquelles des événements compassionnels peuvent se produire » (Boltanski, 2007 [1993]: 35). Cette tendance à la généralisation est clairement identifiable au sein de la prévention du suicide, où les discours véhiculent une vision très « neutre » du suicidant ou du suicidé. En ce sens, un exemple emblématique se trouve dans les campagnes de prévention de Stop Suicide. Utilisant des silhouettes humaines lors des campagnes d'affichage pour la journée mondiale de la prévention du suicide qui a lieu le 10 septembre de chaque année, Stop Suicide s'explique ainsi dans le rapport d'activité 2008 : « Le but de la silhouette est de dépersonnaliser le corps humain de façon à ce que notre campagne touche tout le monde, sans être dirigée vers une personne en particulier. Le but est ainsi de montrer que le problème du suicide peut toutes et tous nous concerner, et n'est pas lié à notre apparence ou à notre manière d'être »¹⁸². Les affiches de la campagne de 2007 combattaient pour leur part l'idée selon laquelle le suicide « est la réaction d'enfants riches trop gâtés », et proclamaient que « Le suicide n'est pas limité à un milieu social »¹⁸³. Cette volonté de dissocier le suicide d'une classe sociale ou socioprofessionnelle particulière se retrouve également dans les discours de la psychiatrie ou de l'OMS, où ces caractéristiques sont largement omises dans la description du phénomène¹⁸⁴. La vision du suicide est ainsi proche de celle véhiculée par la psychiatrie à propos des maladies psychiques : puisqu'elles sont induites avant tout par une prédisposition biologique ou génétique, tout le monde peut être touché et ce indépendamment de son origine sociale ou de son statut socioéconomique. L'importance croissante de ce type de discours se reflète dans la nature des statistiques produites par l'Office fédéral de la statistique. Après une analyse réalisée sur la période de 1979-1983 s'intéressant aux liens entre suicides et statuts socioprofessionnels (OFS, 1997), aucune autre statistique de ce type n'a été produite depuis, bien que des différences significatives étaient visibles¹⁸⁵.

Boltanski souligne toutefois comment une politique de la pitié, en faisant référence au sentiment de pitié, « ne peut complètement s'affranchir de la présentation de cas

¹⁸² http://www.stopsuicide.ch/IMG/pdf/rapport_d_activites_2008-4.pdf, consulté le 15 janvier 2012.

¹⁸³ <http://www.stopsuicide.ch/sources/rapports/Rapport2007-2eEdition.pdf>, consulté le 15 janvier 2012.

¹⁸⁴ Dans les directives sur la prévention du suicide de l'ONU/OMS, on peut lire : « [le suicide] touche les deux hémisphères, les pays en développement comme les pays développés et tous les groupes d'âge et toutes les couches sociales » (ONU/OMS, 1997: 13). Le rapport poursuit en nuanciant légèrement les propos concernant les différences entre pays ou classe d'âge, mais aucune référence n'est faite concernant les taux de suicide différents par rapport à la classe sociale.

¹⁸⁵ Cette analyse constitue d'ailleurs la seule disponible au niveau de l'Office fédéral de la statistique croisant le suicide avec la variable du statut socioprofessionnel. Voir à ce propos le chapitre liminaire.

singuliers » (Boltanski, 2007 [1993]: 35). Mais si la mise en avant de la singularité doit pouvoir transmettre le cri du malheureux au spectateur, elle ne doit pas pour autant en faire ressurgir son caractère trop particulier : « [les malheureux] doivent donc être, à la fois, hyper singularisés par l'accumulation des détails de souffrance et sous-qualifiés ; c'est lui, mais cela pourrait être quelqu'un d'autre ; c'est cet enfant-là, qui nous arrache des larmes, mais n'importe quel autre enfant ferait aussi bien l'affaire » (Boltanski, 2007 [1993]: 36-37). En ce sens, si les témoignages des proches de suicidés répondent très bien à ce critère, les témoignages de personnes ayant fait des tentatives de suicide ou s'étant suicidées peuvent être problématiques. L'expérience du proche peut assez facilement susciter une identification de la part de l'observateur, car ce type de témoignage met en scène l'expérience de la mort d'un être cher (expérience que tout le monde peut avoir vécu) : l'histoire racontée peut devenir un récit ayant une portée générale.

Le témoignage d'une personne qui a tenté ou s'est suicidée est au contraire beaucoup plus problématique. Les réactions mitigées suscitées lors de la diffusion du documentaire sur le jeune Thomas qui s'était filmé durant la période avant son suicide (TSR, 2009) sont à ce titre révélatrices. Ici, la figure du malheureux n'est pas assez distante mais nous envahit, par le biais du récit intime et paradoxal de Thomas, étalant sa souffrance de manière presque ostentatoire. Ce genre de témoignage dérange, car il ne correspond pas à la figure du malheureux que l'observateur a envie de soutenir dans le cadre d'une politique de la pitié. De manière particulière, il est relativement difficile de défendre l'innocence de Thomas ou son statut de victime. Au contraire, la conscience qu'il a de ce qu'il s'apprête à faire et de ses conséquences, ainsi que sa mise en scène (il se filme constamment, il écrit des lettres à ses proches, il se suicide peu avant que sa mère rentre de vacances) finissent par dépeindre Thomas plutôt comme un bourreau. Ce documentaire rentre ainsi trop dans les détails pour effectivement susciter chez l'observateur une identification au « suicidant » et pour transformer sa souffrance en un sentiment universel. Le rapport paradoxal que le suicide entretient avec l'intentionnalité ne permet ainsi pas de sortir complètement des considérations de justice et d'injustice par rapport au sort du suicidé. En ce sens, l'accent mis sur les suicides impulsifs par rapport aux suicides prémédités facilite cette transformation du suicidant en victime. Il y a toutefois d'autres récits de personnes qui ont tenté le suicide (ou qui l'ont fait) et qui peuvent plus facilement susciter chez l'observateur un sentiment de pitié ou de compassion. C'est notamment le cas des récits de personnes ayant subi un harcèlement moral au travail (comme le cas de Madame V.B. cité in Dejours,

2005) ou d'abus sexuel, lorsque le suicide est lié à une situation où l'individu peut clairement être identifiée comme une victime.

Par rapport au domaine de l'humanitaire, celui de la prévention du suicide se trouve confronté à des écueils plus importants dans la transformation du suicidé en victime et dans le passage d'une économie de la justice (le suicidé est coupable de son sort) à une économie de la pitié (le suicidé est victime de son sort). La « sacralisation » du suicidé en victime est donc plus compliquée, notamment en raison du fait que le geste suicidaire est posé par l'individu lui-même.

De la souffrance sociale

Une transformation de la subjectivité suicidaire découle ainsi de l'émergence de pratiques et de discours autour de la prévention du suicide. D'une conception de l'individu comme responsable, voire coupable de ses propres actions, on passe à une conception voyant le suicidant comme une victime d'une situation ou d'une condition qui le détermine.

Toutefois, la transformation de la figure morale du suicidant en victime n'est pas induite uniquement par l'appréhension médicale du suicide. Si ce discours a certes un poids relevant dans la modification du regard porté sur le suicide, il n'est pas le seul. Du côté du référentiel social, la cause n'est pas identifiée, ni dans l'intention de l'individu, ni dans le corps biologique, mais dans le contexte social. Suivant cette vision, le suicidant est considéré comme étant une victime, non pas d'un dysfonctionnement corporel, mais d'un mal-être social. Le suicide devient ainsi le révélateur des problèmes qui affectent la société en se transformant en un nouveau symbole de la « souffrance sociale ».

Loin de désigner une réalité phénoménologique objective, la « souffrance sociale » s'appuie au contraire sur une appréhension morale particulière (Fassin, 2004b). L'origine de cette notion se trouve d'une part au sein du courant francophone, où la souffrance psychique est analysée dans son origine sociale comme étant le reflet d'une « misère de position » et d'une « misère de condition » (Bourdieu, 1993). D'autre part, cette notion a été développée dans le milieu nord-américain sous l'appellation de *social suffering*, perçue plutôt comme le reflet de la brutalisation du monde et de la multiplication des violences extrêmes (Kleinman et al., 1997; Das et al., 2001).

Depuis une quinzaine d'années, le langage de la « souffrance sociale » est devenu un paradigme omniprésent tant au niveau médiatique et politique, que dans celui des sciences humaines et sociales. Il semble désigner aujourd'hui une souffrance morale et psychique

ayant son origine dans des conditions sociales et politiques au sens large. Il s'agirait d'une condition psychologique due à une nouvelle réalité structurelle induite par le développement de la société contemporaine. En ce sens, Soulet considère qu'« à une forme de configuration sociétale correspondent des formes de pathologie sociale éprouvée singulièrement par les individus. » (2009: 72). La « souffrance sociale » constituerait ainsi une « pathologie sociale » due à l'émergence d'une vulnérabilité structurelle caractérisée par « un double mouvement d'affaiblissement des amortisseurs sociaux et de report de responsabilité sur l'individu. » (Soulet, 2009: 72). Derrière ces discours se trouve une critique sociale visant à dénoncer les conditions sociales productrices de cette souffrance.

Parler de « souffrance sociale » entend en outre donner aux acteurs sociaux un espace où parler de leur vécu tout en légitimant et en rendant visible leurs expériences de souffrance. Une intention politique se trouve également derrière ces discours, visant notamment à donner des arguments justifiant la mobilisation et la lutte politique. Par la mise en évidence de la souffrance qu'engendrent les guerres, le chômage, le travail, la migration..., il y a ainsi une volonté de dénoncer ces conditions sociales en raison notamment du coût psychologique et existentiel qu'elles engendrent. En refusant de considérer la « souffrance sociale » comme un « effet de mode » influencé par la médicalisation du politique, Renault (2008) montre que le vocabulaire de la souffrance (notamment la « souffrance ouvrière ») était présent au sein du langage politique du socialisme dès ses débuts, au 19^e siècle. Cette dimension politique est d'ailleurs revendiquée explicitement par Renault, dans son ouvrage *Souffrances sociales*, lequel affirme vouloir « montrer qu'une référence politique à la souffrance peut contribuer à une relance de la critique sociale [...] et de sortir des pans entiers de la société de l'invisibilisation en rendant ainsi aux individus concernés la capacité de revendiquer et d'agir collectivement pour transformer les conditions de leur existence. » (2008: 6).

La terminologie de la « souffrance sociale » est toutefois loin de faire le consensus. Tout en partageant la dimension politique revendiquée par cette approche, plusieurs auteurs, parmi lesquels je me retrouve, critiquent ce courant pour des raisons sociologiques, politiques et épistémologiques (e.g. Fassin, 2004b; Ehrenberg, 2010; Thomas H., 2010). D'un point de vue sociologique, le terme de « souffrance » est critiqué car il désigne l'expérience subjective de l'individu en mettant au second plan les conditions sociales et politiques qui sont à l'origine de cette souffrance. Elle indiquerait ainsi une façade dissimulant la réalité sous-jacente. Si l'on s'intéresse à la dimension politique, le fait de réunir sous l'égide de la souffrance des situations très diverses a été critiqué par l'action

d'induire une dépolitisation et une psychologisation des problématiques abordées. Au lieu de penser ces questions comme relevant du registre politique, elles sont renvoyées à une catégorisation transclassiste mettant l'accent sur la dimension victimisante de leur condition (Fassin, 2004b). Ainsi, malgré l'intention politique de cette approche, la terminologie de la souffrance renforcerait la médicalisation en soulignant la dimension expérientielle qui appelle de fait davantage à une prise en charge médicale (afin de panser cette souffrance) qu'à un éventuel engagement politique (en raison de l'oppression sous-jacente). D'ailleurs, la prise en charge qui s'organise autour de cette catégorie de souffrance ne prend que marginalement en compte la dimension sociale, en accentuant de fait la médicalisation de ces situations. Enfin, d'un point de vue épistémologique, la « souffrance sociale » reste une catégorie aux contours extrêmement flous. Comment notamment distinguer la souffrance sociale de la souffrance psychologique ? Est-ce le type de symptomatologie qui désigne la souffrance sociale ou le contexte sous-jacent ? Est-ce que la souffrance sociale est un phénomène caractéristique de la contemporanéité (comme le laissent entendre plusieurs auteurs, dont Soulet) ou est transhistorique ?

L'utilisation de la terminologie de l'oppression entend ainsi se positionner de manière claire face aux ambiguïtés sous-jacentes au langage de la souffrance sociale, en désignant la réalité à l'origine de la souffrance (en non une de ses expressions, dans ce cas la souffrance), en soulignant d'emblée la dimension politique de l'analyse et en indiquant une réalité structurelle globale qui n'est que partiellement liée à l'expérience de la souffrance.

Le suicide comme moyen de dénonciation sociale

Au delà des critiques que l'on peut faire à la « souffrance sociale » d'un point de vue théorique, ce paradigme est aujourd'hui utilisé en tant que catégorie d'expérience façonné et façonnant la réalité sociale. C'est donc en tant qu'ensemble moral et politique qu'il est analysé ici. En effet, dans les situations où l'on parle de souffrance sociale (lors de génocides, de situations de guerre, mais également de conditions de travail difficiles ou de statut sociopolitique problématique), le suicide revient régulièrement. Réciproquement, le suicide devient, par la radicalité et la violence de l'acte, le révélateur d'une souffrance sociale enracinée au plus profond de l'individu.

L'exemple le plus parlant est celui des suicides au travail, largement médiatisés en France au cours de ces dernières années. Alors que les suicides dans le monde paysan sont une réalité présente depuis les années '50 et correspondent à la crise du monde agricole au sein du secteur industriel et des services, c'est seulement à partir de la moitié des années '90

qu'apparaissent des suicides liés aux conditions de travail. Toutefois, pendant de nombreuses années, le phénomène n'intéresse guère ni les médias, ni l'opinion publique. Par un concours de circonstances, la thématique des suicides au travail acquiert une visibilité médiatique très grande au milieu des années 2000 (Moreira et Prolongeau, 2009). D'un côté, plusieurs employés des grandes entreprises françaises (notamment France Télécom et Renault) se suicident (souvent sur le lieu de travail) à la suite de la mise en place de nouvelles politiques managériales. Syndicats et médecins du travail (ou psychiatres) s'insurgent ainsi pour dénoncer des conditions de travail de plus en plus compétitives, inhumaines et induisant une souffrance importante. Le nombre de suicides liés explicitement au travail (dont la cause est évoquée dans les lettres d'adieu ou qui surviennent sur le lieu de travail ou à la suite d'évènements arrivés au travail) serait ainsi la pointe de l'iceberg, le signe visible et extrême d'une souffrance beaucoup plus généralisée¹⁸⁶. De l'autre côté, si la question des suicides au travail a mobilisé les syndicats et les médecins en recevant un excellent accueil dans les médias, cela s'explique par une sensibilité nouvelle face au suicide et face au travail. Le suicide est de plus en plus associé à une souffrance et le travail trouve aujourd'hui dans la santé un champ important sur lequel baser certaines revendications. En effet, la santé est devenue aujourd'hui un nouveau terrain de lutte pour les milieux syndicaux (comme le montre par exemple la question de l'amiante). Les médecins du travail deviennent donc des nouveaux porte-parole de la lutte syndicale en tant que témoins des conséquences physiques induites par des conditions de travail lamentables. L'objet des revendications ne change pas radicalement mais se transforme, en s'appuyant de plus en plus sur des arguments de type médical. Si l'atteinte au corps physique est présente depuis plusieurs décennies dans les problématiques liées au travail, l'atteinte au psychisme est elle beaucoup plus récente et sa reconnaissance nettement plus ardue à obtenir. Ceci rejoint la question de l'invisibilité des troubles psychiques, leur stigmatisation, ainsi que la difficulté à les faire reconnaître comme des maladies à part entière. La question des suicides au travail semble ainsi avoir rendu visible la problématique des troubles psychiques dans le cadre de la santé au travail, en contribuant largement à leur reconnaissance. Suicide et troubles psychiques deviennent, à travers ce type de discours, les conséquences de la souffrance sociale induite par la dégradation des conditions de travail (e.g. Dejours, 2005; Dejours et Bègue, 2009). Les transformations morales touchant la problématique suicidaire permettent ainsi d'utiliser le

¹⁸⁶ Éloquent est à ce propos le titre du documentaire qui porte sur cette question de Roudil et Bruneau *Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés* (2006).

phénomène de l'« épidémie de suicides » afin de dénoncer les conditions de travail inhumaines.

Quel est le référentiel sur lequel se fonde cette argumentation ? Tout en reliant le suicide aux conditions sociales, ces discours se basent sur une vision médicale du suicide, liée aux troubles psychiques. Les conditions de travail difficiles sont ainsi considérées comme un facteur de risque du suicide s'insérant dans le modèle étiologique biopsychosocial¹⁸⁷. Le social est en effet toujours soumis, dans ce modèle, aux facteurs psychologiques et biologiques. A lui seul, il n'est en effet pas en mesure d'expliquer pourquoi, parmi tous les travailleurs sous pression, seulement une partie d'entre eux se suicident. Malgré le caractère politique qui est revendiqué par ces discours, ils risquent de renforcer la médicalisation des faits sociaux : une injustice sociale peut être dénoncée non pas en tant que telle, mais du fait qu'elle comporte une conséquence au niveau de la santé. L'absence de problèmes de santé chez les sujets d'une injustice, pourrait ainsi faire passer sous silence des pratiques injustes ou discriminantes ?

L'exemple des suicides au travail n'est pas le seul dans lequel le suicide est utilisé pour dénoncer une souffrance sociale. Un autre exemple est celui du suicide des jeunes homosexuels, dont le taux est plus élevé que celui des jeunes hétérosexuels. Tant du côté de la prévention du suicide que de celui des mouvements homosexuels, cette thématique a permis de mettre en évidence la souffrance liée au statut social de l'homosexualité. Cette souffrance est directement liée à l'homophobie dont notre société est toujours fortement imprégnée, et qui affecte particulièrement les jeunes hommes homosexuels au moment où leur identité sexuelle se définit. L'inadmissibilité de l'homophobie est dès lors dénoncée en raison des conséquences psychiques graves, qui amènent beaucoup de jeunes homosexuels au suicide (à ce propos voir Verdier et Firdion, 2002) et non en raison de sa dimension politiquement et moralement injuste. Bien que l'écho médiatique n'ait pas été le même que dans le cas des suicides au travail (la problématique de l'homosexualité ne suscitant pas le même type d'adhésion que la question du travail), le discours reste très similaire.

Dans cette même perspective se trouvent plusieurs études qui s'intéressent à des populations dont le taux de suicide est supérieur à la moyenne, comme par exemple chez les militaires (Kuehn, 2010), la population palestinienne (Dabbagh, 2005) ou parmi les paysans indiens (Shiva et Jalees, 2006). Dans toutes ces situations, le suicide devient, par son caractère intolérable, un argument de dénonciation permettant de rendre compte de

¹⁸⁷ Le paradigme biopsychosocial a été analysé de manière plus approfondie dans le chapitre liminaire.

la gravité de la souffrance sociale que telle ou telle condition sociale injuste induit chez les individus.

L'utilisation du suicide pour dénoncer certaines situations sociales difficiles a donc un statut ambigu. D'un côté, cela permet de pointer du doigt certaines situations sociales ou politiques difficiles (les nouvelles politiques managériales, l'homophobie, les conditions de vie des personnes vivant dans les territoires palestiniens occupés, etc.) tout en dénonçant des situations d'injustice sous-jacentes. De l'autre, le « facteur santé » risque de devenir le seul argument permettant une mobilisation et la mise en place d'un débat politique autour de certaines thématiques. L'injustice, l'inégalité et la discrimination se mesureraient en effet uniquement par le biais de l'intensité de la souffrance psychique qu'elles induiraient. De plus, ceci aurait comme effet de renforcer cette manière d'expression (à travers la souffrance), car elle deviendrait le seul moyen pour se faire entendre et obtenir une reconnaissance.

2.3. Et la justice ?

« La pitié n'est que justice amputée. » Khalil Gibran *Le sable et l'écume* (1990)

En tant que politique de la pitié, la prévention du suicide telle qu'elle se développe dans ce début de 21^e siècle ne constitue pas, comme le dit Boltanski, une politique de la justice (étudié précédemment in Boltanski et Thévenot, 1991). Celle-ci opposerait les *grands* et les *petits* et les politiques mises en place seraient censées répondre à des injonctions de justice, afin de rendre à chacun la place qu'il mérite au sein de l'échiquier social. Les politiques de la pitié, au contraire, ne soulèvent guère la question de la justice. En effet, face à la souffrance, il serait aujourd'hui « indécent » de soulever des questions de mérite ou de faute.

L'émergence des politiques de prévention du suicide résulte ainsi du passage d'une appréhension du suicide en terme de justice (le suicide étant la conséquence d'une faute morale individuelle) à une vision compassionnelle l'interprétant selon le registre de la souffrance, qui, dès lors, justifie une intervention dans le but de l'alléger.

Les catégories de justice n'impliquent toutefois pas nécessairement une vision du suicide comme le résultat d'une faute individuelle selon l'appréhension religieuse. Elles peuvent également se traduire dans une vision du suicide comme relevant de considérations de justice collective. Dans ce cas, la perspective est renversée et le suicide est perçu comme le fruit d'une situation socialement et politiquement injuste. Les politiques mises en place afin de prévenir le suicide viseraient ainsi les conditions politiques et sociales injustes qui participent au développement d'idées et de comportements suicidaires¹⁸⁸. Cette vision est très rare dans les discours sur le suicide et sur sa prévention, même pour ceux qui se situent dans une perspective sociale. Elle se base sur l'idée que la majorité des suicides surviennent parmi les catégories de population le plus défavorisées (chômeurs, catégories socioprofessionnelles inférieures, assistés, personnes âgées, malades). Les rares travaux réalisés dans cette perspective évoquent notamment les liens très forts qui existent entre le suicide et le statut socioprofessionnel ou socioéconomique, indiquant une inégalité sociale importante face au suicide (Desplanques, 1993; Bourgoin, 1999; Baudelot et Establet, 2006b)¹⁸⁹.

¹⁸⁸ On se situe là dans une perspective de prévention primaire, mais dans sa dimension politique, n'ayant pas nécessairement de liens ni avec le suicide, ni avec la santé mentale.

¹⁸⁹ La corrélation entre taux de suicide plus élevé et classe sociale sera approfondi dans la troisième partie de ce travail.

Or, les politiques de la pitié, comme les politiques de prévention du suicide mises en place actuellement, ignorent cette dimension car seulement la souffrance et son soulagement importent. Les pauvres, les requérants d'asile déboutés, les chômeurs ou les travailleurs précaires ne sont plus pris en compte par les politiques en tant que populations occupant une position défavorisée au sein de la société, mais en tant que « souffrants », « vulnérables » ou « populations à risque suicidaire ». Il s'agit ainsi d'un réductionnisme qui consiste à privilégier la santé des individus à leur statut politique ou à leur condition sociale. S'attaquer au suicide en tant qu'expression d'une souffrance conduit de fait à dépolitiser et à psychologiser la question des inégalités sociales et le sort des plus défavorisés.

Il s'agit toutefois d'un double processus. D'une part les pouvoirs politiques basent leur légitimité sur la protection du corps biologique (biolégitimité). En ce sens, des catégories de souffrances sont produites, visant à désigner les classes défavorisées (les vulnérables, les suicidants, les populations à risque). D'une autre part, la souffrance et le suicide deviennent une manière pour les classes défavorisées d'exister, de susciter l'attention et la légitimité auxquelles elles aspirent. Leur condition est ainsi interprétée à travers les catégories de souffrance véhiculées par les politiques. Il s'agit toutefois d'une légitimité trompeuse car ce n'est pas une reconnaissance politique que les « souffrants » reçoivent par ce biais, mais une reconnaissance compassionnelle, qui ne permet guère d'accéder à des revendications de nature sociale et politique.

On pourrait dès lors se demander si le développement de politiques de prévention du suicide ne renforce pas la souffrance (sociale et/ou psychique), ainsi que les idées ou les comportements suicidaires. A ce propos, Thomas considère que les catégories de vulnérabilité utilisées pour désigner les plus démunis contribuent à produire cette même vulnérabilité par un « processus d'énonciation performative » (Thomas H., 2010: 51). La désignation ne serait donc pas purement descriptive mais également performative (Austin, 2002 [1970]). En effet, des situations qui étaient interprétées auparavant comme des difficultés d'ordre politique, social ou économique, sont progressivement lues à travers ces nouvelles catégories de vulnérabilité parmi lesquelles on retrouve la souffrance et la détresse suicidaire. Les discours sur le suicide et sur sa prévention auraient ainsi conduit à un changement culturel dans l'appréhension de la réalité sociale qui porterait à interpréter une situation sociale et politique défavorisée selon le registre de la souffrance, notamment suicidaire.

Cela se traduirait par une augmentation des problématiques suicidaires. De plus, la diffusion du savoir et des pratiques psychiatriques pourrait permettre d'interpréter ces souffrances, par un même processus performatif, dans un langage thérapeutique. Suivant cette logique, le développement de politiques de prévention du suicide provoquerait dès lors une augmentation des prises en charge psychiatriques pour des problèmes suicidaires.

Au delà de ces considérations, le processus de médicalisation de la prévention du suicide telle qu'elle se développe en Suisse tend à s'inscrire dans une légitimation de la souffrance au détriment d'actions visant à modifier la manière dont les populations les plus défavorisées sont intégrées dans un projet de justice sociale.

La psychiatrie s'inscrit dès lors au cœur de ces transformations morales en tant que productrice de discours et dispensatrice de pratiques. L'émergence des questions des politiques de santé mentale en général et de prévention du suicide en particulier a contribué à resserrer les liens entre la psychiatrie et le politique. Si d'un côté les politiques se médicalisent en se concentrant de plus en plus sur l'administration du vivant, de l'autre, la psychiatrie se politise¹⁹⁰, devenant progressivement un instrument du pouvoir politique. Dans l'étude des transformations morales et politiques autour du suicide et de sa prévention, il devient donc indispensable de se pencher de manière plus approfondie sur la psychiatrie en tant que branche légitimant le pouvoir et légitimée par celui-ci.

D'ailleurs, qu'en est-il exactement de la psychiatrie aujourd'hui ? Très présente dans l'espace public, à la fois objet d'un espoir et d'attentes démesurées et bouc émissaire facile des manques et des problèmes de la société, la psychiatrie constitue avant tout une pratique qu'il faut interroger et étudier dans sa complexité et ses contradictions. Il s'agit ainsi de passer d'un niveau d'analyse macro, où la psychiatrie est appréhendée en tant que dispositif de pouvoir (ayant fait l'objet du présent chapitre), à une analyse ethnographique, attentive aux discours et aux représentations des acteurs et à la manière dont le pouvoir s'exprime dans les interstices de la pratique psychiatrique (qui sera abordé dans les chapitres 4, 5 et 6). L'objectif est de complexifier l'analyse de l'émergence de la prévention du suicide en tant que processus de médicalisation du suicide. Que fait la psychiatrie dans le quotidien d'un service psychiatrique, au contact avec la population, avec des histoires de vie et des émotions ?

¹⁹⁰ Le terme de politisation ne signifie pas ici que la médecine intègre un regard politique dans sa pratique. Le terme renvoie ici au fait que le politique s'appuie de plus en plus sur la médecine (à travers une sorte d'instrumentalisation) afin d'asseoir son pouvoir.

Les considérations concernant les rapports entre justice et pitié demandent ainsi à être interrogées à l'aune d'un regard ethnographique sur les pratiques psychiatriques, qui sont au centre des politiques de prévention du suicide, notamment dans le canton Vaud. Comment la création d'une nouvelle catégorie de vulnérabilité (les personnes à risque suicidaire) transforme-t-elle les pratiques et les discours concernant le suicide ? De quelle manière les patients utilisent-ils, consciemment ou pas, ces catégories de vulnérabilité afin d'atteindre une plus grande reconnaissance ou légitimité ? Est-ce que des conditions sociales ou politiques précaires s'expriment à travers la souffrance psychique ou sociale, pouvant amener jusqu'à des idées suicidaires ou à un passage à l'acte ? Quel est le rôle joué par les soignants en psychiatrie et par l'institution psychiatrique afin de renforcer ou contrer ce mouvement ? Je tenterai de répondre à ces questions dans les chapitres qui vont suivre.

DEUXIEME PARTIE

Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques

Problématiques suicidaires et prise en charge psychiatrique : une médicalisation annoncée ?

Conformément à la démarche adoptée dans cette recherche qui voulait aborder la question du suicide à partir de sa prévention, j'ai approfondi dans la première partie de ce travail les transformations sociopolitiques et morales liées à la prévention du suicide en Suisse. Le développement de la prévention du suicide s'accompagne ainsi d'une médicalisation tant au niveau de l'appréhension que des pratiques préventives, où le milieu psychiatrique devient de plus en plus légitime et déterminant. Le choix de poursuivre ce travail en approfondissant la prise en charge psychiatrique découle des analyses avancées dans la première partie. Bien que l'on puisse contester le caractère préventif de la prise en charge psychiatrique, il s'agit d'une association revendiquée par le milieu de la prévention et celui psychiatrique. C'est donc à partir d'une démarche inductive que l'analyse de la pratique psychiatrique suit celle du processus sociopolitique de prévention du suicide.

Le choix de réaliser le terrain au SUC se justifiait par le fait que plusieurs éléments touchant à la prévention du suicide au sein de la psychiatrie amenaient à ce service en particulier. Premièrement, les responsables de la formation portant sur la crise suicidaire travaillaient dans ce service. Deuxièmement, les soignants de ce service revendiquaient une expertise spécifique dans ce domaine du fait de réaliser l'évaluation du potentiel suicidaire (enseignée lors de cette formation) pour tout patient consultant au SUC. Troisièmement, la problématique de la prévention du suicide en psychiatrie portait de manière particulière sur la crise suicidaire, qui était très fréquente dans les situations rencontrées aux urgences. Le travail psychiatrique face à la crise suicidaire soulevait d'autre part la problématique très emblématique des transformations touchant à la psychiatrie contemporaine : en effet, l'hospitalisation d'office était principalement effectuée au sein du réseau psychiatrique par les soignants de ce service. Ces différents éléments m'ont ainsi amené à réaliser le terrain ethnographique au sein du SUC.

La volonté d'approfondir la manière dont la psychiatrie (dans ce cas la psychiatrie publique d'urgence) s'occupe des questions liées au suicide entend ainsi clarifier et complexifier les analyses critiques qui portent sur la « médicalisation du suicide ». En effet, si la psychiatrie

s'investit de plus en plus dans le domaine de la prévention du suicide, que fait-elle exactement ? Dans un milieu où il n'existe pas un seul paradigme psychiatrique mais des paradigmes souvent très différents, comment sont appréhendées les problématiques suicidaires ?

Si, comme on le verra, on peut parler de médicalisation des problématiques suicidaires dans le cadre du travail réalisé au SUC, cela n'allait pas de soi au moment d'investir le terrain. Psychiatrie ne signifie pas automatiquement médicalisation. En effet, ce discours critique est loin d'être du ressort uniquement des sciences sociales et est largement intégré au sein du milieu médical lui-même. De plus, la psychiatrie, si l'on s'intéresse à sa littérature, a depuis longtemps problématisé la question des aspects sociaux dans le développement des troubles psychiques et dans la prise en charge des patients. Même au sein du SUC, la présence d'assistants sociaux, le fait de revendiquer une approche biopsychosociale, ainsi que la réalisation en 2006 de la part d'un sociologue d'une recherche portant sur la « paupérisation » des patients du service reflète une apparente sensibilité face aux dimensions sociales. D'ailleurs, le discours critique vis-à-vis de la médicalisation était présent chez les soignants et justifiait, comme on le verra au chapitre 6, des pratiques allant davantage vers la prise en charge ambulatoire que vers l'hospitalisation, notamment d'office.

S'intéresser à la prise en charge psychiatrique face aux problématiques suicidaires entendait ainsi voir ce qui se faisait réellement dans un service psychiatrique d'urgence, en première ligne dans ce que la santé publique cantonale désigne comme relevant de la « prévention du suicide », et sans que la critique en termes de médicalisation soit nécessairement prévue.

Réaliser un terrain ethnographique sur les problématiques suicidaires à partir d'un terrain non-psychiatrique aurait peut-être permis de nuancer les réflexions autour de la médicalisation. Toutefois, il aurait été question de pratiques marginales, ne caractérisant pas le courant dominant de la problématique auquel cette thèse s'intéresse. De plus, si l'on se réfère aux transformations touchant les milieux associatifs analysées dans la première partie, il est probable que, même dans des milieux non médicaux, on assiste également à une médicalisation des discours et des pratiques autour du suicide.

3. Éléments d'un terrain ethnographique

Longtemps passées sous silence, les conditions de réalisation des enquêtes ethnographiques jouissent, depuis quelques décennies, d'un engouement certain, conduisant parfois à des productions où le récit autobiographique se confond véritablement avec l'analyse ethnographique. En critiquant ces dérives, Olivier de Sardan souligne comment « l'anthropologie et la sociologie n'ont pas pour but l'exaltation de la subjectivité des uns ou des autres, ni celle des chercheurs, ni celle des populations enquêtées » (2000: 441). Tout en admettant l'influence des dimensions subjectives sur la production des données, il affirme que « l'objet de nos sciences reste cependant la connaissance empirique du social, sans illusion ni sur la transparence des sujets ni sur notre capacité à établir des relations radicalement nouvelles. Cet objectif de connaissance est suffisamment complexe en lui-même, et les gens que nous rencontrons à cet effet ont suffisamment d'épaisseur et de densité propres pour que l'on ne charge pas trop la barque en voulant que le terrain soit aussi et en même temps une rédemption, une conversion, une révolution, une fusion, un salut ou une psychothérapie » (Olivier de Sardan, 2000: 442). En partageant l'avis d'Olivier de Sardan qui prône dans son article pour un « usage mesuré » de ce genre d'explicitations, j'entends analyser, à travers ce chapitre axé sur les aspects méthodologiques, les conditions de réalisation de l'enquête menée au Service d'Urgences et de Crise (SUC), tout en me préservant d'une dérive intimiste. Les difficultés d'intégration, ainsi que les liens instaurés avec les soignants et avec les patients sont ainsi analysés non pas en relation avec les subjectivités en présence, mais par rapport à ce qu'ils expriment en tant que rapports sociaux (de pouvoir, de statut, de genre ou de classe) permettant ainsi de mieux comprendre la réalité étudiée.

Une première partie de ce chapitre analyse la longue et difficile insertion dans le service étudié qui constitue en soi un terrain très riche, car représentatif des logiques internes du service et des liens instaurés avec les soignants. La deuxième partie du chapitre est dédiée au terrain réalisé avec les patients. Seront approfondies certaines problématiques inhérentes à la sélection des patients, au contenu des entretiens, ainsi qu'à la relation nouée avec les interviewés. La difficulté d'accès tant au monde psychiatrique qu'aux patients ayant consulté en psychiatrie pour des raisons liées au suicide, constitue ainsi une des caractéristiques principales du terrain investigué. Enfin, il s'agira de décrire de manière plus approfondie le matériel ethnographique recueilli au SUC.

3.1. Une tentative d'insertion

Le fait de revenir sur les différentes étapes qui ont marqué mon terrain de recherche au sein du SUC me renvoie aux difficultés rencontrées qui, dans une démarche réflexive, me paraissent intéressantes d'approfondir. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce qui a rendu mon terrain difficile n'est pas la thématique du suicide en elle-même mais l'insertion dans le service étudié et le rapport avec le personnel soignant.

Comme je l'écrivais dans mes notes de terrain, « L'intégration dans le terrain n'est pas géniale. Il n'y a pas eu d'adoption de la part de la *tribu* étudiée, pas de grandes étapes marquant l'intégration dans le milieu étudié ». Malgré mon désir et mes démarches afin de pouvoir intégrer l'équipe du SUC et pénétrer dans les entrailles du travail psychiatrique, l'accès formel n'a été que partiel et l'insertion informelle ou relationnelle avec les soignants a demeuré, du moins dans un premier temps, relativement superficielle. La période passée au SUC (environ 15 mois) a donc été caractérisée par des tentatives d'être acceptée de la part des médecins assistants ou des infirmiers¹⁹¹, par des négociations avec les chefs de service afin d'accéder à du nouveau matériel ou à de nouveaux espaces d'observation, par des réflexions visant à trouver une stratégie pouvant me permettre de mieux m'intégrer au sein du service dans le but de saisir en profondeur le travail effectué dans le domaine des urgences psychiatriques et en particulier dans celui concernant le suicide. Ces tentatives se sont souvent conclues par un échec, m'empêchant par exemple d'assister aux consultations ou d'avoir un rôle plus actif au sein du service. Cela m'a donné l'impression que ma recherche n'intéressait pas les soignants du service et que ma présence n'était pas la bienvenue. Cette situation m'a fait beaucoup réfléchir tant d'un point de vue professionnel que personnel : suis-je une mauvaise anthropologue de terrain ? Qu'en est-il de ma capacité à m'intégrer dans de nouveaux groupes ? Ce refus est-il lié à une incapacité à rendre crédible ma démarche scientifique vis-à-vis des soignants en psychiatrie ? Ce refus est-il à comprendre en raison du terrain particulier que j'ai investi ? Qu'est-ce qui, dans mon attitude vis-à-vis des soignants, pourrait avoir compromis la possibilité de créer des liens significatifs avec eux ? Ces obstacles étaient d'autant plus difficiles à assumer du fait qu'il s'agissait de mon premier véritable travail de terrain et que celui-ci s'insérait dans le cadre d'une thèse de doctorat, sorte de « rite de passage » permettant d'accéder à un statut professionnel de chercheur reconnu par la communauté scientifique.

¹⁹¹ Malgré que les infirmiers du SUC étaient en majorité des femmes, j'ai choisi, conformément au style du texte, d'utiliser la forme masculine (infirmiers) pour parler tant des infirmières que des infirmiers.

Le sentiment d'inconfort éprouvé, que je pensais caractéristique de mon expérience de terrain, s'est révélé être, à la suite de nombreuses discussions avec les collègues et de la lecture de différents récits de terrain, un trait majeur d'une grande partie des terrains ethnographiques. L'idée, souvent nourrie par la rhétorique anthropologique, de pouvoir être « adopté » par la communauté étudiée et de devenir « un des leurs » est relativement rare, tout particulièrement dans le milieu médical (Wind, 2008), et masque des expériences de terrain souvent caractérisées par la frustration, l'ennui, les difficultés et les déceptions (Kleinman et Copp, 1993). Découvrir que mon expérience personnelle reflétait un trait commun du travail anthropologique n'a toutefois pas affaibli mon désir d'approfondir les raisons d'un terrain qui a été, malgré tout, objectivement limité dans l'accès au quotidien du service psychiatrique en question et subjectivement difficile à vivre. J'entends ici développer les différentes étapes du terrain, tout en essayant d'en esquisser les logiques sous-jacentes, confiante à ce que les obstacles d'un terrain peuvent constituer eux-mêmes des « moyens heuristiques de la découverte » (Kilani, 1994: 47).

Un droit d'entrée

Armée d'un peu d'insouciance et de beaucoup de confiance dans la pertinence de la recherche que j'entreprenais dans le cadre de mon travail de doctorat, je décidai de contacter un des chefs du service de psychiatrie de l'hôpital (que j'appellerai médecin A), afin de lui demander la permission de réaliser un terrain de recherche dans son service. Ce n'était toutefois pas mon premier contact avec le milieu psychiatrique car, depuis plusieurs mois, je sillonnais les congrès et les journées scientifiques en psychiatrie et j'avais déjà rencontré plusieurs psychiatres concernés par les programmes cantonaux de prévention du suicide¹⁹². La prise de contact avec le médecin A se justifiait premièrement par le fait que le développement de ma recherche autour de la prévention du suicide me conduisait de plus en plus vers le milieu psychiatrique (lieu emblématique de la prévention du suicide vaudoise) et en particulier vers le service d'urgence et de crise. Deuxièmement, cette démarche avait été accélérée du fait qu'un soignant du service de psychiatrie m'avait refusé un entretien en raison de l'absence d'un accord de la part de la hiérarchie.

Contrairement aux différents avertissements reçus concernant la très grande fermeture de la psychiatrie à l'égard des enquêtes anthropologiques, je reçus dans un premier temps un accueil très favorable vis-à-vis de ma proposition de recherche. Après m'être entretenue en mai 2008 avec le médecin A, celui-ci m'introduisit au médecin chef de clinique (que

¹⁹² Dans le cadre de la première partie de ce travail, exposée aux chapitres 1 et 2.

j'appellerai le médecin B), subordonné au médecin A, travaillant au SUC où j'avais l'intention de réaliser mon terrain¹⁹³. Leur accord de principe au fait que je réalise des entretiens avec les soignants et les patients du service, ainsi que des observations lors des colloques de l'équipe me fut ainsi relativement facile à obtenir.

Darmon, au contraire, évoque le refus de principe du chef d'un service psychiatrique à lui accorder le droit de réaliser un terrain de recherche dans son service au sujet de l'anorexie (Darmon, 2005). Derrière ce refus visant à délégitimer la pertinence de son sujet de recherche, Darmon déniche des enjeux disciplinaires assignant à la sociologie une place soumise au paradigme psychiatrique. Selon ce psychiatre, la sociologie de l'anorexie devait en effet s'intégrer au paradigme psychiatrique en s'intéressant par exemple aux comportements alimentaires ou aux facteurs sociaux dans le cadre d'un paradigme biopsychosocial. Darmon, en voulant étudier la pathologie par le biais d'une posture se démarquant de l'approche théorique psychiatrique, menaçait ainsi l'hégémonie de la psychiatrie dans ce domaine, expliquant de fait le refus du chef du service de psychiatrie. Celui-ci, en comparant le sociologue travaillant sur l'anorexie au boulanger voulant étudier l'anorexie du point de vue de la boulange, délégitime ainsi le projet de recherche de la sociologue. Darmon évoque également comment le rapport de domination disciplinaire avait été couplé d'un rapport de domination s'appuyant sur la différence d'âge, d'expérience, de classe et de genre : d'un côté le médecin chef en psychiatrie renommé et, de l'autre, la jeune étudiante en sociologie débutant son travail de doctorat.

Concernant ma propre recherche, la thématique du suicide n'a pas été perçue par les psychiatres rencontrés comme étant « scabreuse »¹⁹⁴ à étudier par les sciences sociales comme a pu l'être l'anorexie chez Darmon. Avoir, aux yeux des soignants, Durkheim comme « prédécesseur » légitimait sans doute la pertinence du sujet choisi. En effet, les soignants en psychiatrie faisaient souvent référence au père fondateur de la sociologie dans les discussions ou les entretiens réalisés avec moi, témoignant ainsi d'une certaine reconnaissance attribuée, par le domaine psychiatrique, à la sociologie du suicide. En tant que jeune apprentie anthropologue, la confrontation avec les psychiatres chefs rencontrés dans le terrain n'a pas donné lieu à un rapport de domination infériorisant. Les médecins A et B ont toujours montré beaucoup de respect vis-à-vis de mon travail et, lors des

¹⁹³ Le service de psychiatrie de liaison est en effet composé d'une unité d'urgence et de crise, où j'ai réalisé mon terrain, et d'une unité de psychiatrie de liaison, qui s'occupe de la prise en charge psychiatrique des patients hospitalisés en milieu somatique.

¹⁹⁴ En référence au terme utilisé par le psychiatre rencontré par Darmon pour désigner son sujet de recherche (Darmon, 2005: 101).

rencontres avec ceux-ci, j'ai profité de la différence d'âge et d'expérience pour mieux comprendre la manière dont le suicide était appréhendé au sein de leur service. J'ai en effet joué le rôle de la jeune étudiante en me laissant guider et « instruire » par mes interlocuteurs, comme si j'étais un médecin faisant son assistantat en psychiatrie. De temps en temps, j'avais des arguments critiques vis-à-vis de l'approche psychiatrique du suicide inspirés des lectures socio-anthropologiques et des observations et analyses. Malgré cela, je restais la plupart des fois dans le rôle confortable, tant pour moi que pour eux, de l'apprenante psychiatre. Tout au long du terrain, j'ai donc accepté et entretenu une relation plutôt de type paternaliste avec les deux médecins. Cette attitude est loin d'être spécifique aux conditions de mon enquête de terrain et semble être au contraire fréquemment employée lors des terrains ethnographiques. Kleinman et Copp écrivent à ce propos : « For our purposes, participants are the teachers and we are their students. Sometimes we exaggerate the student role to ensure that they continue to teach us. (...) In addition, we feel and act humble rather than superior » (Kleinman et Copp, 1993: 29). De manière générale, cela est lié à la situation d'enquête où l'on pénètre un nouveau milieu et où la réalisation du terrain dépend du bon vouloir de nos interlocuteurs. L'attitude subordonnée empreinte d'humilité semble donc être liée au rapport de dépendance qu'entretient le chercheur avec ses informateurs. Des raisons spécifiques à ma situation d'enquête renforçaient toutefois l'instauration de ce type de relation. D'une part, ma posture théorique et mon appréhension du phénomène suicidaire et de sa prise en charge n'étaient pas formalisés et clairs depuis le début et ont mûri au fil du temps. Tout au début, il m'était ainsi plus difficile d'instaurer un dialogue égalitaire avec les soignants. De l'autre, ce type de relation était plus facile à établir en raison du rapport de domination existant entre psychiatrie et sciences sociales. Dans le domaine de la maladie mentale en général et dans celui du suicide en particulier, la psychiatrie occupe une place centrale. Malgré une certaine reconnaissance des sciences sociales, c'est dans leur subordination aux paradigmes psychiatriques qu'elles ont lieu d'être dans ce domaine. Il est donc tout à fait normal (suivant une logique psychiatrique) que pour réaliser une thèse sur le suicide en sciences sociales on doive maîtriser le langage psychiatrique. Alors que pour moi le discours psychiatrique était un objet d'analyse, il constituait plutôt pour eux la base sur laquelle j'étais censée construire ma réflexion¹⁹⁵. Cette sorte de malentendu relationnel, que je n'ai

¹⁹⁵ Je n'ai toutefois jamais directement confronté cette analyse avec les deux chefs. Cette impression a été confirmée à plusieurs reprises lors des discussions et des entretiens. Par exemple, des questions n'ont jamais été posées à mon égard au sujet de la manière dont j'appréhendais le suicide. Lorsque j'avais de mon propre gré des interprétations de type socio-anthropologiques, celles-ci étaient systématiquement « corrigées » à l'aide d'arguments relevant du paradigme psychiatrique.

conscientisé qu'après la fin du terrain ethnographique, m'a toutefois permis d'entretenir une relation très agréable avec les deux médecins chefs mais explique peut-être également le succès limité de mes négociations quant à un accès plus large au terrain de recherche. La construction d'un dialogue plus égalitaire par le biais d'une position davantage affirmée aurait peut-être pu me permettre de jouer un rôle plus déterminant lors des négociations.

Après avoir rencontré les médecins A et B, il fallait que l'ensemble des cadres du service de psychiatrie donne son accord à la réalisation de la recherche. A cette fin, je fus invitée à présenter ma recherche devant ces derniers. La séance se passa très agréablement et se conclut dans le rire général, après les boutades de certains soignants portant sur le suicide (humour que j'ai par la suite rencontré de temps en temps au sein du service, provenant surtout des professionnels les plus expérimentés). Au niveau de la hiérarchie, le « droit d'entrée » au terrain m'a donc été accordé assez facilement. Toutefois, comme toute recherche menée au sein de l'hôpital, l'accord des responsables n'a pas suffi à entamer l'étude et l'aval d'une *Commission d'éthique* interne à l'hôpital a dû être demandé. Comme l'écrivent Rossi et al. (2008), cette étape implique de s'adapter à des référentiels méthodologiques et épistémologiques basés sur la recherche médicale. Contrairement à ce que la démarche inductive propre à la recherche anthropologique prône, la Commission d'éthique exige que les chercheurs explicitent de manière claire tout ce qu'ils entendent réaliser au sein du service de l'hôpital. Cet aspect oblige donc de fixer à l'avance ce qui va être fait, sans que cela puisse découler de manière plus spontanée des interactions et des liens qui se créent progressivement avec les interlocuteurs du terrain¹⁹⁶. J'ai donc négocié avec le médecin B les différents aspects de mon terrain, aspects qu'il me fallait à chaque fois justifier sans toutefois connaître véritablement l'organisation et le contenu du travail réalisé au SUC. Derbez définit ces négociations comme étant un « *moment critique* de l'enquête, c'est-à-dire, étymologiquement, un moment décisif durant lequel des choix sont opérés, des options sont prises, des compromis réalisés par le chercheur qui engagent déjà en partie le contenu et l'avenir de sa recherche » (2010: 106). Finalement, le protocole soumis en octobre 2008 à la Commission d'éthique comprenait la réalisation d'une vingtaine d'entretiens avec les soignants du service, d'une quinzaine d'entretiens avec des patients choisis par les médecins et des observations lors des colloques internes lorsqu'ils portaient sur des cas liés au suicide. Les demandes concernant la possibilité d'assister aux

¹⁹⁶ Il y a toutefois toujours la possibilité d'élargir ou de changer certains aspects de la recherche en soumettant à la Commission d'éthique des amendements ou des addendum, ce que j'ai fait dans un deuxième temps afin d'avoir accès aux dossiers des patients. Cette démarche est toutefois relativement longue et il faut compter, entre la soumission de la demande et la réception de la réponse, au moins 2 mois.

consultations et/ou de réaliser des observations plus fréquentes avaient d'autre part été refusées par le médecin B. Au sujet des consultations, la justification donnée portait sur le fait que la présence d'une tierce personne aurait pu compromettre la relation thérapeutique entre patient et soignant. Cette justification était toutefois faible puisqu'une grande partie des consultations se faisait en présence de deux soignants : un médecin et un infirmier. Il est vrai par contre que je n'aurais pas pu assumer un rôle de thérapeute, ce qui pose la question de savoir si un simple observateur peut trouver sa place au sein d'un entretien thérapeutique dans un contexte de crise. Concernant d'autres types d'observation, aucune porte n'avait été ouverte par le médecin B en ce sens (par exemple au sujet de la possibilité d'assister aux colloques de transmission ou aux supervisions). Selon l'avis du médecin B, aucun autre moment de la vie du service n'aurait pu faire l'objet d'une observation de ma part. Il y avait, derrière ce refus, l'idée que le travail intense, difficile et comportant des situations très graves réalisé au sein du service ne permettait pas d'effectuer des observations, qui étaient perçues comme pouvant avoir un rôle perturbateur, tant pour les soignants que pour les patients. On y perçoit également une certaine méfiance vis-à-vis de la connaissance produite à partir de telles observations, qui n'est pas vue comme un enrichissement, mais plutôt comme risquant de le fragiliser, en raison des propos critiques, la stabilité du service.

Peu après la soumission du protocole, je reçus une réponse favorable de la Commission d'éthique, laquelle fournissait des recommandations ponctuelles relatives au fait que les patients interviewés devaient être suivis « avant, pendant et après l'entretien » et qu'il fallait expliciter dans la lettre aux patients que ceux-ci avaient la possibilité de consulter l'équipe soignante après m'avoir rencontrée¹⁹⁷. L'encadrement de l'entretien ethnographique¹⁹⁸ au sein du dispositif médical était donc clairement explicité et souligné.

Limitations

En novembre 2008, j'ai commencé à assister aux colloques du service d'urgence et de crise qui se déroulaient une fois par semaine. Ouverts surtout aux soignants du SUC (mais auxquels participaient parfois des soignants du service psychiatrique général), ces colloques

¹⁹⁷ Il faut préciser ici que la Commission d'éthique était présidée par le médecin A et qu'aucun anthropologue ou sociologue ne faisait partie de la commission, composée par deux pharmacologues, quatre médecins, un infirmier, un philosophe, un théologien et un psychologue.

¹⁹⁸ Le terme d'entretien ethnographique est ici utilisé en référence à Beaud (1996), qui le conçoit comme un élément central du terrain ethnographique. Dans cette perspective, l'entretien n'est pas un simple outil de récolte d'informations mais devient une situation sociale et ethnographique à part entière. Pour plus de précisions, voir le chapitre 3.2.

étaient censés être des espaces de réflexion autour du travail effectué dans le service. Les médecins assistants, les infirmiers et, plus rarement, les assistants sociaux présentaient à tour de rôle des cas de patients qui étaient discutés et analysés collectivement. Les études de cas étaient parfois intercalées de présentations portant sur des sujets spécifiques (e.g. des pathologies psychiatriques particulières ou les effets de certains médicaments) ou de séances plus réflexives concernant le climat ou l'organisation du service. Comme prévu lors des négociations avec les médecins A et B, des colloques étaient organisés autour de cas de patients présentant des problématiques suicidaires. Puisque j'étais censée assister uniquement à ces colloques particuliers, les dates m'étaient signalées par le médecin B afin que je puisse y participer. Vers février-mars 2009 je commençai à suivre, un peu par hasard, des colloques qui ne portaient pas sur des cas liés au suicide, soit parce que la personne qui devait préparer la séance était absente, soit parce que les dates qui m'avaient été signalées n'étaient pas correctes. Pendant ce temps, je discutais régulièrement avec les médecins chefs du service et je commençais à réaliser des entretiens avec les autres soignants (médecins assistants, infirmiers et assistants sociaux). Ma participation aux colloques n'avait pas fait l'objet d'une présentation formelle de la part des chefs du service et seulement en février, j'ai brièvement présenté ma recherche aux soignants présents au colloque (uniquement dans le but de solliciter leur aide dans la recherche des patients, comme je l'expliquerai plus loin)¹⁹⁹. J'ai ainsi fait connaissance avec les soignants petit à petit, suite aux entretiens réalisés avec eux ou de manière informelle avant ou après les colloques. Je suivais avec beaucoup d'intérêt les colloques au cours desquels je découvrais, avec une « critique admiration », le type de population qui consultait et le travail qui était réalisé par les soignants, ainsi que le langage et les concepts employés. Tout cela me permit de pénétrer lentement dans la « culture » du service. Toutefois, vers la fin de mars, je discutai avec le médecin B qui me dit : « C'est bon pour les colloques. Là, vous avez compris comme ça fonctionne, n'est-ce pas ? ». Les 7 séances auxquelles j'avais assistées devaient, selon lui, suffire à comprendre comment le suicide était appréhendé et quel était le travail effectué au SUC. Je lui réexpliquai alors la démarche ethnographique qui s'appuie sur la longue durée et j'insistai sur le fait que ma compréhension du travail du service ne faisait que commencer. Le médecin B me dit alors que ma présence gênait les soignants, lesquels ne se sentaient pas complètement à l'aise lorsque j'assistais aux colloques, également du fait que je prenais des notes de manière continue (les autres participants ne prenant que

¹⁹⁹ Le décalage entre la présentation formelle que je fis aux cadres du service de psychiatrie, et l'absence de présentation pour les professionnels que je côtoyais régulièrement révèle le caractère très hiérarchique du milieu.

peu ou pas de notes). Il évoqua le rôle catalyseur de ces colloques, où les soignants étaient censés « lâcher prise » afin que les tensions internes puissent émerger et être résolues. A son avis, ma présence empêchait ce processus : « Ils ne se lâchent pas autant que si vous n'étiez pas là ». J'en profitai alors pour évoquer le fait que si j'avais la possibilité de participer de manière plus active à la vie du service, j'aurais été plus facilement perçue, non pas comme une observatrice externe, mais comme un membre interne, relâchant ainsi cette prétendue gêne des soignants. Le médecin B me dit alors qu'« il y aurait peut-être du travail pour vous », des petites recherches, des groupes de travail, etc. Contrairement à ce qu'il venait de dire concernant mon rôle intrusif lors des colloques hebdomadaires, il affirma alors qu'ils avaient l'habitude de voir des personnes externes qui participaient occasionnellement aux activités du service (il donna l'exemple d'un linguiste qui avait réalisé une recherche dans le service). Il ne put toutefois me donner aucune assurance : « Il faudra voir ». A la suite de cette rencontre, je lui envoyai un long mail dans lequel je revins sur la possibilité de poursuivre mes observations lors des colloques, lesquelles constituaient un moment privilégié de ma recherche me permettant d'accéder aux significations et aux pratiques du service. Je relançai également le médecin B autour de la possibilité de participer plus activement aux activités du service. J'en profitai pour souligner mon intérêt pour la démarche impliquée en anthropologie, faisant référence à un article que j'étais en train d'écrire avec une collègue (Canevascini et Foley, 2009). Le mail resta lettre morte et je ne reçus aucune réponse de sa part sur ce sujet, malgré mes allusions lors des colloques (que je continuais malgré tout à suivre). Au début du mois de mai, je reçus enfin de la part du médecin B l'autorisation de participer aux colloques jusqu'à la fin septembre, mais aucune référence ne fut faite au sujet de la possibilité de réaliser un stage.

Entre-temps, je poursuivais les entretiens avec les soignants et je réalisais les premiers entretiens avec les patients. Je commençais aussi à réfléchir à la possibilité de faire un travail sur les dossiers des patients afin de pouvoir accéder au travail du service par un autre biais que celui des observations.

A la mi-juin, je croisai le médecin A dans les couloirs du service, ce qui nous donna l'occasion de discuter brièvement de ma recherche. Il s'enquit de l'avancement de celle-ci et me demanda si le terrain que j'étais en train de réaliser me suffisait. Je lui parlai alors de mon intérêt d'assister aux consultations et/ou de réaliser un stage au sein du service, ainsi que de l'idée de réaliser un travail à partir des dossiers des patients. Le médecin A montra beaucoup d'intérêt pour ces propositions, mais respecta les limitations imposées par le médecin B (qui lui était subordonné hiérarchiquement mais qui travaillait directement au

SUC). Il me proposa alors d'organiser une rencontre à trois, afin de rediscuter ces possibilités, me laissant entendre qu'il essaierait de soutenir ma position pour autant que cela lui était possible. Quelques semaines plus tard, la rencontre eut lieu et l'on discuta de la possibilité que je participe aux consultations. Il s'agit d'un deuxième moment critique de négociation de l'enquête, préfigurant les modalités de réalisation du terrain de recherche. Le médecin B reprit les arguments évoqués lors des rencontres précédentes au sujet de la difficulté d'intégrer un observateur externe dans les situations d'urgence. Je perçus, derrière les propos du médecin B, un certain souci de protection, surtout vis-à-vis des médecins assistants. Ceux-ci se trouvaient en effet dans une situation de vulnérabilité, comme j'ai pu m'en apercevoir au cours du terrain. Souvent tout juste diplômés en médecine, travaillant pour la première fois en psychiatrie, voire en Suisse ou en langue française pour bon nombre d'entre eux, les médecins assistants, qui changeaient généralement de service ou de département tous les 6 mois, assuraient la grande partie du travail en première ligne, directement en contact avec les patients. Ils devaient ainsi assumer un rôle d'expert malgré leur manque d'expérience. L'apprentissage du métier se faisait en effet sur le tas : avec les patients, en collaboration avec les autres soignants, lors des colloques ou lors des supervisions²⁰⁰. Leur manque d'assurance était souvent perceptible lors des colloques, lors des entretiens que je réalisais avec eux et il m'était également fréquemment relaté par les autres soignants du service. Les médecins chefs (qui eux travaillaient en deuxième ligne) assumaient ainsi un rôle très protecteur vis-à-vis des assistants. Tout en assumant personnellement la responsabilité des décisions prises (par exemple lors des hospitalisations d'office), ils suivaient personnellement les assistants, discutaient avec eux des cas des patients, de la thérapie à entreprendre et les guidaient ainsi progressivement vers la maîtrise du savoir, du savoir-faire et du savoir-être propre au psychiatre.

On peut toutefois se demander si le souci de protection vis-à-vis des médecins assistants était la raison principale du refus à ce que j'assiste aux consultations, ou bien s'il s'agissait plutôt d'une manière de protéger le travail du service. En approfondissant l'histoire du service, on se rend compte que celui-ci, dans sa forme actuelle, est relativement jeune et encore en train de faire ses preuves. Une réforme du service et de l'organisation du travail a d'ailleurs été mise en place en octobre 2009²⁰¹. En effet, il existait plusieurs problèmes internes liés à l'organisation du travail, aux rapports interprofessionnels, à la sur-

²⁰⁰ Une formation plus théorique, notamment pour ceux qui entendaient suivre une spécialisation en psychiatrie, était fournie en dehors du service en question.

²⁰¹ Ces éléments seront approfondis au chapitre 4.

fréquentation du service et au leadership²⁰². Ma présence n'avait donc pas été perçue, dans ce contexte, comme pouvant avoir un rôle positif, constructif, participant à renforcer la légitimité du travail effectué, mais comme une intrusion extérieure (de plus associée à la hiérarchie, notamment par le fait que j'avais été introduite par le médecin A) pouvant, par son regard critique, fragiliser davantage le bien-fondé du travail effectué (entre autre, les compétences des médecins assistants).

Pour retourner à la rencontre qui eut lieu avec les deux médecins, le médecin B évoqua également la difficulté de demander à chaque fois la permission des patients quant à ma présence lors des consultations, et ce pour justifier le refus que j'assiste aux consultations. Cet aspect aurait pu poser problème dans le cas des patients des urgences qui se trouvaient souvent dans des situations très délicates psychiquement et donc peu propices au consentement éclairé. Il s'agit là effectivement d'une problématique importante souvent discutée dans la littérature : comment considérer le consentement d'une personne dont la capacité de discernement est compromise (e.g. Arboleda-Florez et Weisstub, 1997) ? Cette question, au lieu d'être écartée de principe, aurait toutefois pu être discutée de manière plus approfondie, amenant peut-être à des considérations ou solutions intéressantes d'un point de vue méthodologique. Par exemple, la procédure du consentement éclairé aurait pu être pensée de manière à n'induire qu'une pression minimale sur des personnes en situation de crise psychologique mais étant capables de discernement²⁰³. Pour les personnes affectées dans leur capacité à consentir, un accord de la part d'un proche aurait pu être demandé (c'est notamment ce que suggèrent dans leur article Arboleda-Florez et Weisstub, 1997). D'ailleurs, la question du consentement éclairé et du droit des patients ne semblait pas être appliquée de manière homogène au niveau de la recherche au sein de l'hôpital en question. Par exemple, alors que dans une situation d'entretien le patient devait donner formellement son accord, celui-ci n'était pas demandé lors de la consultation des dossiers. Le consentement était parfois demandé à la place du chercheur par les soignants eux-mêmes (situation dans laquelle le rapport de pouvoir entre le soignant et le patient biaisait la liberté de consentir de celui-ci). De plus, le consentement oral était parfois considéré comme suffisant²⁰⁴.

Selon le médecin B, je ne pouvais pas assister aux consultations et d'aucune autre manière il m'était possible de participer à la vie du service. Tout en m'aidant à formuler mes

²⁰² Ces problèmes m'ont souvent été relatés par les soignants du service lors des entretiens ou des discussions, et émergeaient parfois lors des colloques auxquels j'ai assisté.

²⁰³ Par exemple au travers d'un consentement oral et non écrit.

²⁰⁴ Ceci a été le cas pour des recherches réalisées par des collègues dans le même hôpital.

demandes visant à élargir mon terrain, le médecin A, malgré sa position hiérarchiquement supérieure, n'osa pas s'opposer au médecin B. Les deux médecins finirent par me proposer de déplacer mon terrain dans un autre service psychiatrique comme, par exemple, l'hôpital psychiatrique cantonal. Je restai dubitative à ce sujet, car cela aurait signifié d'apporter des changements importants à ma problématique qui se concentrait sur la prise en charge en situations d'urgence psychiatrique. Ma réticence reflétait également des considérations plus pragmatiques : changer de terrain signifiait recommencer ma recherche et devoir m'insérer dans un nouveau terrain, ce qui m'aurait pris beaucoup trop de temps, ne me permettant pas de terminer le travail de thèse dans le délai prévu²⁰⁵. La discussion porta ensuite sur ma proposition de travailler sur les dossiers. Mes interlocuteurs se montrèrent dubitatifs, évoquant les difficultés que cela supposait mais me donnèrent leur accord, à condition de soumettre un amendement à la Commission d'éthique.

A plusieurs reprises, les deux médecins me demandèrent des précisions concernant la méthodologie inductive adoptée. Les questions portaient sur l'utilité de l'observation participante ou de la consultation des dossiers, sur les critères d'inclusion ou sur mon hypothèse de départ. Je perçus un certain scepticisme face à la scientificité de la recherche en anthropologie, notamment par rapport à la recherche médicale. Je fis de mon mieux pour expliquer la logique et la pertinence de la méthodologie qualitative en sciences sociales mais j'eus l'impression de ne pas arriver à convaincre pleinement mes interlocuteurs. Cette confrontation avait finalement mis en scène une constante de la relation entre sciences sociales et sciences médicales qui est celle de « la domination de l'épistémologie expérimentale sur celle de l'induction empirique » (Derbez, 2010: 114). Face aux « faiblesses méthodologiques » que ma recherche semblait présenter, le médecin A n'arriva que difficilement à défendre mes requêtes face au médecin B, et c'est finalement la position de fermeture de ce dernier qui l'emporta.

Malgré une première ouverture, l'accès au terrain s'est révélé être relativement fermé. Le blocage venait tout particulièrement du médecin B. Comment interroger le soutien (bien qu'assez retenu) reçu de la part du médecin A et la fermeture assez marquée du médecin B ? Cela pourrait s'expliquer, d'une part, en raison de la proximité différente des deux médecins vis-à-vis des patients et des soignants du service. Le travail supplémentaire et les éventuelles difficultés que mon insertion dans le terrain pouvait induire, avaient un impact plus direct sur l'activité du médecin B que sur celle du médecin A. On peut d'autre part

²⁰⁵ Bien que souvent tués par les chercheurs, les conditions matérielles et financières permettant la réalisation d'un travail de recherche déterminent souvent le déroulement d'un travail de recherche.

interroger ces attitudes divergentes à la lumière de l'intérêt porté par ces médecins aux approches en sciences sociales. Si le médecin A participait régulièrement à des initiatives visant à créer un dialogue entre ces deux disciplines, le deuxième ne semblait pas y porter un grand intérêt dans son activité professionnelle. Cette différence pourrait également être liée aux orientations théoriques respectives. Alors que le premier s'insérait dans une perspective systémique (traditionnellement plus proche des sciences sociales), le deuxième se reconnaissait dans les approches cognitivo-comportementales²⁰⁶. Face au décalage d'appréciation vis-à-vis de ma recherche entre les deux médecins, les négociations que j'ai pu entamer pour entrer dans le terrain ont été déterminées par le rapport de pouvoir existant entre les deux médecins. En prenant contact avec le médecin A dans le but d'avoir accès au terrain, j'ai donc (involontairement) mobilisé une personne intéressée à ma recherche qui a pu, par sa position hiérarchique supérieure, m'ouvrir les portes du SUC. Dans un deuxième temps et face à l'insertion concrète dans le terrain, la position du médecin B, plus proche du travail et des soignants du service, s'était au contraire révélée assez forte pour s'imposer face à la pression de son supérieur et limiter ainsi mon insertion. Si, dans la première étape, le pouvoir formel lié au statut avait prévalu, dans la deuxième, c'est le pouvoir de compétence, lié à la proximité avec le travail effectué, qui l'avait emporté.

A la recherche des patients

Une autre partie importante de mon terrain a été la procédure me permettant d'accéder aux patients afin de pouvoir les interviewer. Cela a été relativement laborieux, mais m'a permis de rentrer en contact de manière plus assidue avec les soignants du service (notamment les médecins assistants) et de côtoyer de plus près leur travail. Au début, après m'être concertée avec les médecins chefs du service, la stratégie adoptée avait été celle de passer par les médecins assistants afin de trouver les patients à interviewer. Ceux-

²⁰⁶ Les psychiatres du service se positionnent dans une des trois approches psychothérapeutiques suivantes : systémique, cognitivo-comportementale ou psychanalytique. L'approche systémique considère l'individu comme étant intégré dans un système de relations. Les problèmes psychiques individuels sont appréhendés comme étant le reflet d'un dysfonctionnement du système relationnel dans lequel il s'insère. C'est donc principalement par le groupe (ou l'ensemble familial) qu'est envisagée la prise en charge. L'approche cognitivo-comportementale se base sur une vision de l'individu comme étant un être rationnel dont les structures cognitives déterminent les comportements et les symptômes. La prise en charge, ancrée dans l'« ici et le maintenant » agit sur les structures cognitives afin de modifier les schémas comportementaux. L'approche psychanalytique interprète les problèmes psychiques liés à une vision du psychisme se construisant principalement pendant l'enfance et s'appuyant sur la notion d'inconscient. Lors d'une prise en charge (qui peut être individuelle ou de groupe), les problèmes psychiques sont analysés comme des reflets de constructions psychiques complexes ancrées dans l'enfance et relevant de mécanismes pulsionnels inconscients.

ci, après avoir pris connaissance de la recherche (à travers une présentation de ma part lors d'un colloque auquel peu de personnes ont assisté), étaient censés sélectionner parmi leurs patients ceux les plus susceptibles de participer à l'étude. Dans ce cas, une lettre était donnée aux patients qui, s'ils étaient intéressés, pouvaient la retourner signée aux soignants. Cette stratégie me mettait dans une situation d'attente et la recherche des patients dépendait entièrement de l'initiative des médecins assistants et des médecins chefs. Après trois mois, aucun patient n'avait été trouvé par ce biais. Je décidai alors de relancer les médecins chefs afin de trouver une autre stratégie. C'est ainsi que nous décidâmes que j'allais contacter chaque semaine tous les médecins assistants afin de voir avec eux s'ils avaient des entretiens prévus dans les jours suivants avec des patients présentant des problématiques suicidaires²⁰⁷. Si tel était le cas, je rencontrais personnellement les patients à la fin de la consultation afin de leur proposer un entretien. Cette démarche me permis de mieux connaître les médecins assistants et de discuter avec eux de différents patients, tout en me faisant accéder à une partie du travail et des discours autour de la prise en charge des patients suicidaires. Par le biais de ces contacts réguliers, les médecins assistants me considèrent progressivement comme une membre de l'équipe : on me raconta la vie des différents patients, leurs pathologies, leurs traitements, l'avancement de la thérapie, leur adhésion au dispositif proposé par les soignants, etc. Pendant cette période, je me rendais régulièrement au service afin de rencontrer les patients et je profitais des ces visites pour discuter plus longtemps avec les médecins assistants. La sélection des patients se faisait toujours par le biais de l'appréhension médicale du problème suicidaire et de ma recherche²⁰⁸.

Pendant cette étape, j'ai eu un bon contact avec les médecins assistants grâce à certaines affinités liées au statut social, professionnel (certains médecins étaient en train d'effectuer un doctorat), à l'âge, voire à l'origine (notamment avec les médecins tessinois ou italiens). Malgré cela, les relations nouées peinaient à devenir plus fortes. En ne participant pas davantage aux activités du service, mon insertion restait très partielle et je me sentais toujours une « étrangère » : je n'avais pas de bureau dans le service, ni de badge, ni de blouse blanche, ni de légitimité autre que celle d'une étudiante présente plusieurs fois par semaines dans les couloirs et les salles d'attente du service. L'ambiance du service n'était pas non plus très propice à ce que je sois intégrée davantage et personne n'assuma le rôle

²⁰⁷ Comme je l'expliquerai par la suite, les soignants du service, outre de s'occuper des patients venant au service en urgences, suivent pendant une courte durée (maximum 3 mois) certains patients qui avaient été vus une première fois en situation d'urgence.

²⁰⁸ Cet aspect sera approfondi davantage au chapitre 3.2.

de passeur ou d'intégrateur du groupe. Voici quelques lignes de mes notes de terrain rédigées pendant cette période :

La participation aux colloques est toujours un peu pénible. Certains me saluent, certains me regardent malicieusement, Margot²⁰⁹ échange quelques mots avec moi, Noémie m'ignore (malgré le fait que je viens de lui envoyer la retranscription de l'entretien réalisé avec elle), Sabine me commente les séances ('on pourrait mettre directement les antidépresseurs dans les biberons afin de prévenir la dépression'), Maxime me salue poliment, Marc me fait des sourires, Mariam m'ignore,... Tout le monde part vite à la fin du colloque et rarement quelqu'un vient échanger des mots avec moi, même si on vient de s'appeler pour des patients ou pour des entretiens. Je me sens très mal-à-l'aise. Le colloque terminé, tout le monde va dans son bureau ou à la cafétéria, mais personne ne m'y invite. Je repars silencieuse et passablement frustrée. Si je fumais, j'irais au moins inhaler quelques clopes pour compenser (et peut-être qu'ainsi je pourrais connaître au moins les fumeurs du service). L'intégration est difficile, malgré le fait que maintenant tout le monde me connaît, que je parle régulièrement au téléphone avec les médecins... (Notes de terrain, mai 2009)

Malgré cette frustration, je persistai dans la participation aux colloques et dans les prises de contact avec les médecins assistants dans le but de trouver des patients à interviewer. Je me rendis toutefois compte au bout de quelque temps que cette procédure demandait beaucoup de temps pour finalement peu de résultats. Il m'arrivait en effet souvent de me rendre au service sans pouvoir rencontrer les patients, car ceux-ci n'étaient pas venus au rendez-vous médical (ce qui arrivait très souvent). En deux mois, je pus ainsi rencontrer six patients dont quatre acceptèrent l'entretien, mais seulement deux d'entre eux vinrent effectivement le jour du rendez-vous.

Finalement, en discutant avec les médecins chefs du service, on décida que les patients à interviewer auraient été choisis par moi-même à partir des dossiers des patients ayant consulté au service sur une période d'un mois. Une lettre leur serait envoyée, expliquant les buts de la recherche et leur proposant un entretien. Après quelques jours, je prendrais contact avec eux téléphoniquement afin de discuter de ma proposition et, éventuellement, de fixer un rendez-vous pour un entretien. Un amendement fut donc soumis à la Commission d'éthique dans le but de pouvoir aller dans cette direction. Ce changement de stratégie me sépara ainsi des médecins assistants, avec qui mes rencontres se limitaient de nouveau aux colloques hebdomadaires. N'ayant plus le prétexte de la recherche des

²⁰⁹ Tous les noms des personnes travaillant au SUC et des patients interviewés ont été remplacés par des prénoms fictifs. Concernant le personnel du SUC, les médecins ont des prénoms commençant par M ; les infirmiers par N ; les assistants sociaux par S ; les psychologues par P ; les secrétaires par R. Le genre et le statut professionnel (notamment entre médecin chef de clinique et médecin assistant) ont été préservés et sont régulièrement spécifiés dans le texte. Tous les patients ont des prénoms qui commencent par A.

patients pour discuter avec eux, nos contacts se faisaient plus rares et impersonnels et, lorsque le médecin B, en juillet 2009, refusai définitivement que j'assiste aux consultations ou que je fasse un stage au sein du service, mes espoirs d'intégrer le service échouèrent définitivement. Après ce refus, je n'assistai d'ailleurs plus aux colloques hebdomadaires, mon moral ayant pris un sérieux coup.

Le travail sur les dossiers des patients

Finalement, le terrain ne se termina pas là et, après l'accord de la Commission d'éthique au travail sur les dossiers des patients, je revins au service en octobre 2009 de manière un peu différente. La majorité des médecins assistants que j'avais connu dans les mois précédents était partie. Quelques uns étaient toutefois restés au SUC ou étaient passés au service de psychiatrie de liaison (dont les bureaux étaient dans les mêmes couloirs). L'organisation du service avait subi un changement important au début d'octobre et les colloques auxquels j'avais assisté auparavant, avaient par exemple disparu. Je profitai d'ailleurs des entretiens avec les soignants et les cadres du SUC pour comprendre quels avaient été les changements et qu'est-ce que cela avait impliqué dans le travail psychiatrique et dans la prise en charge des personnes suicidaires.

La consultation des dossiers me permit finalement d'intégrer d'une certaine manière le service. Afin d'avoir accès aux dossiers, je devais en effet solliciter Romaine, une secrétaire médicale, pour qu'elle m'imprime, au fur et à mesure, les 270 dossiers que je m'apprêtais à lire. Entre octobre 2009 et février 2010 je me suis rendue au service environ deux demi-journées par semaine. Dès le début, je nouai une relation privilégiée avec Romaine, qui devint une sorte d'informatrice privilégiée et qui m'introduisit dans les coulisses du service : elle m'expliqua en détail le fonctionnement du service, les changements survenus récemment dans l'organisation, elle me présenta aux nouveaux soignants et m'invita à la cafétéria du service. Travaillant depuis 6 ans au service de psychiatrie, elle connaissait très bien son fonctionnement, ainsi que les soignants qui étaient là depuis longtemps. Romaine me considéra ainsi comme une alliée, ce qui n'avait pas été le cas avec les soignants du SUC que j'avais côtoyé auparavant. Je passais en effet beaucoup de temps à discuter avec elle, aussi bien sur des questions liées au service et à la psychiatrie, que sur des choses plus personnelles, donnant lieu à des confidences d'une part et d'autre. Son ouverture était probablement due en partie au fait que ma recherche ne portait pas directement sur son travail (ce qui au contraire pourrait expliquer une certaine méfiance de la part des infirmiers et des médecins). Au travers des discussions, je me rendis également compte

qu'elle se sentait un peu isolée au sein du service et qu'elle n'avait personne avec qui discuter de manière plus personnelle. Plusieurs fois, elle évoqua le fait que les soignants en psychiatrie, paradoxalement, étaient très peu compatissants et qu'il était interdit de parler avec eux de ses propres problèmes. Ma présence avait donc été pour elle une source relationnelle positive en raison de la disponibilité et de l'écoute dont j'avais pu faire preuve. En raison du statut social que j'occupais (en tant que doctorante universitaire), notre relation privilégiée était probablement pour elle plus valorisante que ce qu'elle aurait pu l'être pour les infirmiers ou les médecins.

En raison d'un manque général de locaux, je ne disposais pas d'un bureau personnel et à chaque fois, je devais m'arranger pour trouver un bureau ou une salle de colloque disponible²¹⁰. Toutefois, cette présence régulière m'a permis d'interagir plus souvent avec certains soignants, notamment ceux qui étaient là avant octobre 2009 et que j'avais connus lors de la recherche des patients, des colloques ou des entretiens. Le travail que je réalisais sur les dossiers suscitait en outre leur curiosité car cela se rapprochait un peu plus de la recherche médicale. Par exemple, une médecin qui entendait réaliser une recherche à partir des dossiers était venue plusieurs fois me poser des questions à ce sujet. Le travail sur les dossiers m'a ainsi permis d'acquiescer aux yeux des médecins assistants une plus grande légitimité en tant que chercheuse. Travailler sur les dossiers apparaissait en effet comme correspondant davantage à l'idée qu'on se faisait de la recherche dans le milieu médical (comparé aux entretiens ou aux observations). Cette situation m'avait ainsi mise sur un pied d'égalité avec les médecins assistants. Il ne s'agissait plus de l'anthropologue qui avait besoin d'informations, du soutien et de l'alliance avec les médecins pour intégrer le service ou pour trouver des patients. Nous occupions désormais un statut similaire, soit de jeunes professionnels essayant d'apprendre un métier et de trouver notre place dans nos domaines respectifs. Avec deux médecins assistants, j'ai ainsi noué une relation privilégiée me permettant par exemple, pour l'une d'entre-elles, de réaliser plusieurs entretiens très longs et approfondis. Ces liens me donnaient également l'occasion de participer à des moments informels avec l'équipe comme les repas de midi, les pauses café ou les différentes discussions de couloir.

Ambiguïtés de l'insertion

L'insertion dans le terrain dépend ainsi en grande partie de l'intérêt que les interlocuteurs peuvent trouver dans la présence d'une anthropologue dans leur service. Cet intérêt ne se

²¹⁰ J'étais en effet obligée de consulter les dossiers sur place.

trouve toutefois pas nécessairement là où l'on croit. Au début, je pensais que les réflexions socio-anthropologiques que j'allais dégager de ma recherche pourraient intéresser les soignants, dans le cadre d'une réflexivité critique que j'estimais importante dans le domaine psychiatrique (Canevascini et Foley, 2009). L'évolution du terrain m'a au contraire montré que cet élément n'intéressait mes interlocuteurs que de manière marginale. L'intérêt que la hiérarchie portait à mon travail concernait plutôt le fait qu'il s'agissait d'une recherche, dimension de plus en plus valorisée au sein du service étudié²¹¹. Dans les interactions concrètes avec les soignants et le personnel du service, le fait de constituer une ressource relationnelle et affective, notamment pour la secrétaire et pour quelques médecins assistants a été déterminant pour mon insertion. Ceci d'autant plus que, dans le service étudié, la cohésion de l'équipe et la qualité des liens étaient relativement faibles en raison de la rotation fréquente des médecins assistants, ainsi que de l'organisation et du climat général du service. Cette dimension relationnelle a toutefois pu être mobilisée à condition d'être considérée comme un membre du service, ce qui a été possible grâce au travail sur les dossiers. L'accès aux relations informelles n'a toutefois pas permis d'accéder à de nouveaux espaces d'observation au sein du service, ce qui devait nécessairement passer par la hiérarchie.

Cette expérience permet dès lors d'interroger les conditions d'enquête dans un milieu fortement institutionnalisé, qui divergent des conditions propres à un terrain moins formel où les rencontres, les malentendus et les événements hasardeux peuvent jouer un rôle déterminant dans l'insertion dans le terrain²¹². Dans le cas d'une « institution fermée » (Darmon, 2005: 98), l'accès aux espaces que l'on entend observer implique de passer par la hiérarchie et par un cadre formel (e.g. la Commission d'éthique) où la ressource relationnelle ne suffit pas. La mise en place d'une stratégie d'insertion et d'une politique du terrain cohérente (Olivier de Sardan, 2008) doit ainsi être pensée et préparée en profondeur. Il est donc indispensable de bien connaître les « codes culturels » propres au milieu psychiatrique et d'arriver à se faire respecter et reconnaître selon ces mêmes codes. D'une part, il faut savoir défendre la pertinence et la scientificité de la recherche que l'on entend mener : ceci demande une certaine expérience et implique principalement de traduire la méthodologie des sciences sociales dans un langage médical. D'autre part, il faut

²¹¹ Dans la Newsletter du service de psychiatrie, ma recherche était d'ailleurs régulièrement citée. Le médecin B y était cité en tant que responsable de la recherche pour le service.

²¹² On peut notamment penser à l'épisode, largement repris dans la littérature anthropologique, de l'intégration de Geertz dans un village balinais. La participation à un combat de coq, interdit par les autorités, et la fuite avec les villageois lors d'une descente de police permirent à Geertz et à sa femme d'être acceptés et intégrés dans la communauté balinaise (Geertz, 1983).

que l'on soit considéré comme crédible et que l'on puisse s'imposer en tant que chercheur apte à travailler dans le milieu médical et psychiatrique. Face à ces exigences, le fait d'être une jeune doctorante en anthropologie plongeant pour la première fois dans le milieu psychiatrique n'a pas joué en ma faveur, notamment lors des négociations avec les deux médecins chefs.

Interférences émotives

Au cours des différentes étapes du terrain, le chercheur éprouve des émotions diverses témoignant du rapport entretenu avec les interlocuteurs et de la nature des activités qu'il est amené à effectuer. Comme le soulignent Boumaza et Campana « S'intéresser aux émotions n'est pas anodin. En effet, non seulement la culture du chercheur et, plus largement, ses dispositions sociales forment un prisme à travers lequel il tente de comprendre son terrain, mais les émotions qui le saisissent peuvent influencer sur la perception du terrain et, partant, la construction de l'objet » (Boumaza et Campana, 2007: 15).

En analysant les émotions éprouvées lors du terrain de recherche au SUC, la première partie a été caractérisée par une forte difficulté à être intégrée dans le service, des sentiments de frustration et de déception ont prévalu. Malgré une envie certaine de pénétrer ce milieu, j'ai dû faire face à la méfiance et à la fermeture de la part de mes interlocuteurs. Qu'est-ce que ces émotions apportent à mon analyse ? De quelle manière ces émotions peuvent-elles avoir influencé mon rapport au terrain ? Quel est l'impact que celles-ci peuvent avoir sur le travail d'analyse et d'écriture postérieurs au terrain ?

Tout en mettant en garde contre la dérive narcissiste que l'analyse des émotions à la « première personne » peut induire, Bernard souligne, dans une démarche réflexive, l'importance de les prendre en compte : « Une réflexivité individuelle du chercheur sur ses relations à ses émotions et à celles d'autrui, est d'abord nécessaire à une neutralisation « axiologique » de ces modes d'engagement émotionnels dans l'enquête. Occulter cette dimension serait faire croire que nous enregistrons « froidement » des données sans que rien ne nous déstabilise, sans que notre réception émotionnelle des « messages » de la situation n'influe notre traitement de l'information, sans que cette réception ne déclenche à son tour une réaction, et sans que cette réaction ne produise pour partie une nouvelle définition de la situation » (Bernard, 2007: 119).

Se pencher sur les émotions ressenties par le chercheur dans le cadre de son terrain se justifie ainsi par le fait qu'elles sont révélatrices de l'enjeu social que représentent tant l'expérience étudiée, que la situation d'enquête. Par rapport à l'expérience étudiée, le contact avec les patients permet de se rapprocher du vécu des soignants et ainsi « expérimenter » personnellement une partie de leur vécu affectif. Dans cet axe de réflexion se trouvent par exemple les recherches de Bernard sur les croque-morts (2007; 2009) où l'auteur a été amené à travailler personnellement dans une entreprise de pompes funèbres. A partir de son expérience en tant que croque-mort, il analyse le travail émotionnel sous-jacent. Concernant les émotions propres à la situation d'enquête, on retrouve plus souvent dans la littérature des exemples positifs, relatant des sentiments d'appartenance, de fascination ou de proximité vécues par le chercheur vis-à-vis de ses « indigènes ». Ce genre de récits confirme implicitement les compétences du chercheur, dont notamment sa capacité à intégrer le groupe social étudié qui constitue une dimension importante du travail anthropologique. Les expériences négatives sont rarement évoquées, à moins que le chercheur ne doive plus démontrer sa légitimité au sein du milieu scientifique. Et pourtant, comme les analyses de ce sous-chapitre le démontrent, ces émotions sont révélatrices du terrain étudié, davantage si elles sont négatives. En particulier, elles obligent le chercheur à s'interroger sur les conditions d'insertion dans un milieu qui, comme on l'a vu, est loin d'aller de soi. Leur prise en compte conduit le chercheur vers les méandres ombrageux de la relation entre le chercheur et son « terrain », permettant d'inclure dans l'analyse les conditions affectives de la réalisation de l'enquête.

Qu'est-ce que ces émotions ont provoqué dans mon rapport au terrain ou à la recherche ? D'une part, elles ont induit une prise de distance avec le terrain qui s'est traduite dans un désinvestissement temporaire, notamment lorsque je cessai de participer aux colloques du service trois mois avant le nouveau délai qui m'avait été accordé. Ces moments étaient en effet devenus trop difficiles à vivre émotionnellement, en raison du sentiment d'exclusion que j'éprouvais tant de la part de la hiérarchie que des autres soignants. Face à ce vécu, il serait d'autre part facile d'utiliser le pouvoir de l'écriture et de la parole « sur » pour régler ses comptes, en dressant un portrait négatif du service étudié. L'amitié entretenue avec la secrétaire et les deux médecins assistantes pourrait également susciter un regard plus condescendant dans l'analyse du travail et de la place de ces groupes professionnels par rapport aux médecins chefs ou aux infirmiers (avec qui les rapports ont été plus distants²¹³).

²¹³ Vis-à-vis des infirmiers, la raison était peut-être liée au fait que j'étais associée à la hiérarchie médicale dans un premier temps et aux médecins assistants dans un deuxième.

Conscientiser ces émotions permet ainsi d'éviter qu'elles dirigent, à notre insu, le type d'analyse posé sur l'objet et les sujets étudiés.

L'inclusion de la dimension affective dans l'analyse anthropologique participe ainsi au projet réflexif dont l'ambition est celle de s'approcher de la neutralité axiologique, entendue non pas comme un état à atteindre mais comme un « horizon régulateur » (Corcuff, 2004: 184). Suivant Mills : « c'est seulement en mettant ouvertement ces influences à la question que les hommes peuvent pleinement les connaître, et par là régler leurs retentissements sur le travail sociologique (...) » (Mills, 1977: 181).

De la fermeture du milieu psychiatrique

Il est difficile, à partir de cet exemple particulier, d'affirmer que le milieu psychiatrique est de manière générale fermé aux recherches socio-anthropologiques. On peut toutefois constater que, face à cette recherche en particulier, les soignants du SUC se sont montrés assez peu ouverts. Les raisons peuvent être comprises à partir de plusieurs niveaux dont certains sont contextuels et d'autres plus emblématiques du milieu psychiatrique. Il y a des raisons interpersonnelles, comme le manque d'affinité du médecin B avec les approches en sciences sociales, le poids qu'en tant que jeune chercheuse j'ai pu avoir dans les négociations, le rapport de pouvoir entre le médecin A et B, etc. On peut voir des raisons touchant à la particularité du SUC, comme le fait qu'il s'agisse d'un service qui n'a pas beaucoup de légitimité au sein de la psychiatrie (comme on le verra au chapitre 4) ou comme quelque chose liée à l'organisation du service qui rend difficile une observation participante autre que durant les consultations.

En élargissant le regard, on peut trouver une explication de ces difficultés au niveau du rapport existant entre la médecine et les sciences sociales dans le contexte vaudois. Mon expérience particulière est ainsi à situer dans un historique d'interactions et d'expériences qui me précède. Dans ce domaine, depuis une dizaine d'années, plusieurs initiatives ont été mises en place, souvent initiées par les sciences sociales, visant à stimuler le dialogue entre ces deux champs disciplinaires. Toutefois, ces expériences peinent à devenir des collaborations réelles où la médecine et les sciences sociales siègent à un même niveau²¹⁴. A plusieurs reprises, ces initiatives ont fait l'objet d'une réappropriation de la part des acteurs du domaine médical, reléguant les sociologues et les anthropologues sur un

²¹⁴ Une exception est l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (IUHMSP), faisant partie de la faculté de médecine.

deuxième plan²¹⁵. D'ailleurs, vers la fin de mon terrain, un psychiatre et une psychologue avaient commencé à réaliser une enquête qualitative sur les patients qui avaient reçu un diagnostic de « trouble de l'adaptation ». Toutefois, cela était fait sans aucun ancrage disciplinaire ni d'approche réflexive, appliquant au qualitatif les mêmes outils que pour la méthodologie quantitative²¹⁶. En outre, ces dernières années, plusieurs enquêtes ethnographiques ont été menées dans le cadre de ces institutions hospitalières sans (pour l'instant) donner lieu à des projets durables, voire à une institutionnalisation des collaborations, comme c'est le cas par exemple dans d'autres contextes hospitaliers. Les sociologues et anthropologues se trouvent ainsi dans un statut de « demandeurs » de collaboration et doivent à chaque fois justifier leur intérêt à travailler dans le domaine de la médecine. La légitimité à effectuer des recherches ethnographiques au sein des hôpitaux de la région est d'ailleurs loin d'être acquise. Pour cela, il suffit de s'intéresser à la Commission d'éthique qui évalue les projets de recherche au sein de l'hôpital dans lequel j'ai effectué mon enquête. Actuellement, il n'existe pas de commission *ad hoc* pour l'évaluation des recherches en sciences sociales et la commission qui s'en occupe est formée par des professionnels divers (des médecins, des psychologues, un infirmier, un éthicien, un théologien, un philosophe, un juriste, un biochimiste), mais aucun sociologue ou anthropologue n'en fait partie. Ce contexte peut partiellement expliquer les difficultés rencontrées dans la mise en place du terrain ethnographique.

Enfin, on peut situer cet épisode dans le cadre de l'évolution de la psychiatrie en général et du rapport qu'elle entretient avec les sciences sociales. Alors que jusqu'aux années '60 les deux disciplines étaient assez proches, les critiques avancées dans les années '60 et '70 s'attaquant aux fondements scientifiques de la psychiatrie et à son rôle en tant qu'instrument de normalisation et de contrôle social a eu paradoxalement comme effet celui d'éloigner la psychiatrie des sciences sociales. Afin de répondre à ces critiques, la psychiatrie, notamment américaine, a en effet progressivement évolué afin d'obtenir une reconnaissance de type biomédicale. La création du DSM-III en 1980 a représenté un tournant dans la conception de la pathologie, car, à partir de ce manuel, l'établissement du diagnostic a été séparé des théories étiologiques, favorisant ainsi les explications de type biomédicales. C'est en effet vers la recherche génétique et les neurosciences que la

²¹⁵ Cela est visible dans d'autres domaines de la santé, comme par exemple celui des populations vulnérables ou des médecines complémentaires. Alors qu'au début ces domaines se sont développés grâce aux sciences sociales, une fois institutionnalisés au sein des hôpitaux, ils sont essentiellement gérés par le personnel médical.

²¹⁶ En dépit des carences méthodologiques et théoriques, il est toutefois intéressant de voir se développer un intérêt pour la recherche qualitative au sein de la psychiatrie.

psychiatrie s'est développée ces derniers 30 ans, s'éloignant de plus en plus des sciences sociales.

La nécessité de chercher une légitimité à travers l'axe biomédical est particulièrement forte, surtout dans les milieux psychiatriques le plus en contact avec la médecine somatique et le plus en manque de reconnaissance, comme c'est le cas pour le SUC. Le regard des sciences sociales est ainsi vu comme pouvant fragiliser davantage la légitimité médicale de la psychiatrie, d'où la fermeture que j'ai pu rencontrer à l'égard de ma recherche. Toutefois, lorsque la psychiatrie refuse de questionner ses dimensions sociales, culturelles et politiques, cela revient à nier une partie fondamentale de son travail. Se couper d'un dialogue avec les sciences sociales empêche ainsi le milieu psychiatrique de porter un regard réflexif sur ces dimensions et de pouvoir mieux les prendre en compte dans sa pratique²¹⁷.

Malheureusement, cette fermeture empêche un vrai dialogue autour de cette discipline car les positions critiques s'attaquant aux implicites socioculturels et politiques de sa pratique se heurtent à une position défensive se revendiquant de la biomédecine. Toutefois, la santé mentale, tout comme la souffrance psychique ou le suicide, ne constituent pas un domaine exclusif de la psychiatrie. Ils sont d'abord des faits sociaux et humains et en tant que tels nous concerne tous, à la fois les différentes disciplines scientifiques (anthropologie, sociologie, droit, économie, etc.) que l'opinion publique. L'interdisciplinarité doit être ainsi une pièce maîtresse dans ce domaine, d'où le sens de réaliser des recherches anthropologiques en psychiatrie, car c'est au travers de la connaissance approfondie de l'autre que l'on peut engager des véritables dialogues et échanges (Rossi, 2005; Rossi, 2006).

²¹⁷ Mon intention n'est toutefois pas de généraliser à l'ensemble de la psychiatrie l'attitude rencontrée au sein du SUC. Bien qu'elle représente une tendance assez importante de la psychiatrie, d'autres services semblent être plus ouverts à un échange avec les sciences sociales.

3.2. De la rencontre avec les patients

Au cours de la planification et du déroulement de cette recherche, la possibilité de rencontrer les patients de manière indépendante m'a d'emblée paru essentielle, d'autant plus qu'il ne m'était pas possible d'assister aux consultations ou de discuter de manière informelle avec les patients au sein du SUC. Afin d'approfondir les logiques de la prise en charge des problématiques suicidaires, il était en effet indispensable d'avoir accès au récit des patients ayant consulté au SUC. Quel était leur vécu particulier ? Comment en étaient-ils arrivés à consulter au SUC ? Comme s'était déroulée la prise en charge ? Comment voyaient-ils la psychiatrie et le suicide à la suite de leur expérience particulière ?

Afin de répondre à ces questions, je mis en place différents dispositifs visant à rencontrer des personnes ayant consulté au SUC pour des problématiques liées au suicide. J'ai explicitement choisi d'avoir des critères relativement larges car, dans mes réflexions, je parlais du suicide en tant que catégorie populaire générale. J'étais donc intéressée de voir comment cette catégorie était utilisée dans le domaine médical. J'ai donc choisi l'échantillon à interviewer parmi les patients que les soignants avaient défini (soit dans les discussions eues avec eux ou dans les dossiers) comme présentant des problématiques suicidaires. De manière inductive, ce sont donc les idées, les comportements et les menaces suicidaires qui ont été prises en compte dans la sélection des patients à interviewer. Je choisis d'exclure les patients qui avaient consulté en raison du suicide ou d'une tentative de suicide d'un proche. Cela relevait en effet d'autres questionnements, liés au deuil ou au fait de côtoyer une personne suicidaire. Je réalisai à ce propos un entretien exploratoire avec une personne ayant perdu son fils par suicide, ce qui me permit de me rendre compte de la différence très grande (lié au rôle particulier qu'assume le proche dans ces situations) dans la manière d'appréhender tant le suicide que la psychiatrie²¹⁸.

La « porte d'entrée » était donc la définition médicale d'une problématique comme relevant du suicide, le but étant ensuite de la confronter avec le point de vue et le vécu particulier des patients. Le problème qui surgissait était celui de pouvoir interviewer des patients ayant consulté au service, tout en ayant une rencontre avec ces personnes qui puisse être le moins possible déterminée par le cadre psychiatrique. Ce chapitre discute

²¹⁸ Le suicide est en effet quelque chose qui est craint par les proches puisqu'il représente une source de souffrance très grande. Le rapport que les proches entretiennent avec la psychiatrie est ainsi différent, puisque celle-ci peut souvent représenter, pour la famille, une ressource afin d'empêcher le suicide du proche (par l'enfermement, la psychothérapie ou la médication).

ainsi des parallèles et des perméabilités qu'il est possible d'établir entre les dispositifs psychiatriques et ethnographiques de l'entretien. Les possibilités de réalisation des entretiens, leur déroulement particulier et leur contenu ont en effet été marqués par le cadre médical, ainsi que par le fait que les patients avaient tous une plus ou moins grande familiarité avec le monde psychiatrique. Cette proximité, comme on le verra dans ce chapitre, a constitué à la fois une des conditions de réalisation de l'enquête, et une de ses limites principales.

Afin d'être le moins déterminée par le dispositif médical, j'essayai, dans un premier temps, de trouver des personnes ayant fait des tentatives de suicide sans devoir passer par le cadre psychiatrique. Je cherchais soit des personnes ayant eu un suivi psychiatrique, soit des personnes qui n'avaient eu aucun contact avec ce dispositif. Je m'intéressai également à des parcours différents de personnes qui avaient pu sortir de ces problématiques par d'autres biais (par exemple avec l'aide d'associations de soutien aux personnes migrantes ou des personnes en difficultés sociales, voire avec une aide spirituelle). Je mis ainsi un appel à témoignage²¹⁹ sur le site de l'association Stop Suicide (site web très fréquenté, également par des personnes en détresse), mais sans succès. Personne ne répondit aux annonces afin de raconter son expérience et je reçus uniquement des témoignages de proches de personnes qui s'étaient suicidées. Ceci est certainement révélateur de la difficulté à parler publiquement de ses propres idées ou comportements suicidaires, mais également de la légitimité que la parole du proche a, de plus en plus, à s'exprimer publiquement²²⁰. Aucun entretien ne fut donc réalisé par le biais de cette démarche²²¹.

La protection ambiguë des patients

Dans les entretiens avec les patients, j'avais comme ambition d'éviter autant que possible l'influence du dispositif médical, chose qui n'était pas du tout évidente à réaliser. En effet, la porte d'entrée restait l'hôpital, ce qui demandait que je me plie à certaines conditions

²¹⁹ Voici le contenu de l'appel à témoignage : « Au cours de votre vie, vous avez traversé des périodes difficiles, des moments de désespoir qui vous ont amené à penser au suicide ou à faire une tentative de suicide ? Si cet épisode est derrière vous et que vous avez envie d'en parler au cours d'un entretien, contactez-moi ! Il s'agit d'une recherche anthropologique s'intéressant au vécu de personnes concernées par le suicide et qui essaie de mieux comprendre les comportements suicidaires. Contact... ».

²²⁰ Parmi les témoignages de proches de suicidés, je reçus notamment un message d'une mère ayant fait un blog dans lequel elle raconte l'histoire de son fils suicidé. Cette volonté d'exposer cette histoire montre comment le suicide d'un proche, à travers une certaine mise en récit, n'est plus une source de honte, mais peut devenir une manière pour sensibiliser l'opinion publique des causes et des conséquences du suicide, dans le but implicite de contribuer à le prévenir.

²²¹ D'autres options furent envisagées, notamment la possibilité de mettre des appels à témoignages dans des journaux à large distribution. Cette possibilité fut par la suite abandonnée pour une raison de coût.

imposées par la hiérarchie médicale. L'attitude de celle-ci a toutefois été assez ambiguë concernant l'accès aux patients. D'une posture très restrictive, demandant à ce que ce soit les médecins assistants qui choisissent les personnes que j'étais susceptible d'interviewer, les médecins chefs ont évolué vers une position beaucoup plus souple où je pus finalement choisir de manière relativement libre les patients à partir des dossiers consultés.

En effet, comme je l'évoque plus haut, la recherche des patients à interviewer s'est faite, dans un premier temps, à partir des médecins assistants. Pendant environ trois mois, je les contactai régulièrement par téléphone afin de savoir s'ils suivaient des personnes présentant des problématiques suicidaires que j'aurais pu interviewer. Si cela était le cas, je me présentais à la fin de la consultation médicale afin de proposer l'entretien au patient. Dans cette démarche, il y avait ainsi un tri qui était fait par les médecins assistants à partir des représentations qu'ils avaient de ma recherche, ainsi que de leur relation avec les patients. Par exemple Maxime, qui prenait en charge une infirmière travaillant au sein du même hôpital et ayant fait une tentative de suicide, ne lui proposa pas de me rencontrer car il pensait qu'elle n'allait en tout cas pas accepter, de peur d'être reconnue à travers les propos de l'entretien²²². Manuel ne me mis pas en contact avec un patient schizophrène, excluant d'emblée (malgré mon désaccord) la possibilité de réaliser un entretien ethnographique avec cette personne, car cela aurait été, selon lui, trop compliqué et inutile. De même, certaines situations étaient considérées comme trop « fraîches » pour moi, car le patient était encore en situation de souffrance après une tentative de suicide récente. Certains patients m'étaient « proposés » une fois que les antidépresseurs avaient commencé à faire leur effet (ce qui, selon les médecins, était une condition permettant de réaliser un entretien ethnographique avec une personne dépressive). Des discours des médecins émergeait également le rapport de pouvoir entretenu avec les patients : cela leur permettait de me « promettre des patients » ou de m'assurer qu'un tel allait accepter « parce qu'il a une faille narcissique » et qu'« il adore parler de lui ». Inévitablement, je devenais un tiers dans la relation thérapeutique, de laquelle je dépendais ainsi.

C'est notamment le cas d'un patient qui, dans un premier temps, accepta très rapidement l'entretien que je lui avais proposé. A cette occasion, la médecin qui s'occupait de lui était présente lors de ma proposition après une consultation : elle était intervenue pour appuyer

²²² Au cours du terrain, j'ai pu rencontrer souvent des situations de soignants travaillant dans l'hôpital qui consultaient au SUC. Ceci était toutefois pour eux une source de honte, comme si le fait d'être dans une situation de souffrance psychique pouvait compromettre leur capacité à être des bons soignants.

ma demande et avait noté l'heure du rendez-vous sur une carte de médecin²²³. Quelques jours plus tard, après avoir revu la médecin en consultation, le patient me rappela pour refuser l'entretien, en disant qu'il n'était pas encore prêt pour en parler avec moi. La médecin m'expliqua par la suite les raisons de ce changement d'avis. En « travaillant » sur l'estime de soi, le patient avait en effet réalisé que son consentement à mon entretien reflétait son incapacité plus générale à dire non aux autres. Le fait de refuser l'entretien participait ainsi à la prise de conscience d'un mécanisme psychologique qui lui était propre et à un processus d'affirmation de soi engagé à travers la prise en charge psychiatrique. On peut bien évidemment se questionner sur le rôle que la médecin peut avoir eu dans l'acceptation de l'entretien de la part du patient et dans le refus qui a suivi. Y a-t-il eu une instrumentalisation de ma demande d'entretien de la part de la médecin, d'une part en poussant à accepter l'entretien (censé dans un premier temps l'aider d'un point de vue thérapeutique) et de l'autre en encourageant le refus (car cela lui permettait d'apprendre à dire non) ? Dans cette situation, comment interpréter le rapport de pouvoir patient-soignant ? Le refus était-il une manière pour le patient de gagner une autonomie face au pouvoir médical (puisque l'acceptation avait été poussée par le médecin) ou un reflet de sa subordination (dans le but d'apprendre à dire non) ?

De manière générale, les médecins assistants n'avaient globalement que peu de patients à me proposer et beaucoup d'entre eux, lorsqu'ils étaient mieux et donc en condition de participer à l'entretien (selon les médecins), ne venaient plus aux consultations. Finalement, je rencontrai six patients, dont cinq acceptèrent l'entretien. Parmi eux, un m'appela pour refuser l'entretien (le patient évoqué plus haut), deux ne se présentèrent pas au rendez-vous et deux me permirent de réaliser l'entretien.

Cette démarche avait été négociée avec les médecins chefs au début de mon terrain au service et avait été justifiée par le médecin B comme répondant au souci de protection vis-à-vis de l'état psychique des patients. Il s'agissait ainsi d'avoir un aval de la part des médecins qui suivaient les patients pour pouvoir prendre contact avec ceux-ci. Il fallait en outre que la proposition d'entretien se fasse après une consultation, pour permettre tant à moi qu'au patient de se référer au médecin en cas de questions ou de doutes. Enfin, l'entretien devait être réalisé dans les locaux du service pour permettre aux patients de consulter un soignant en cas de nécessité. Derrière ce dispositif, on trouve ainsi le rôle

²²³ Il s'agissait d'une des premières fois que j'allais proposer un entretien aux patients et je n'eus pas la promptitude de demander à la médecin de sortir du bureau. En réalisant la pression que l'autorité médicale pouvait induire dans l'accord du patient à ma demande, j'insistai par la suite toujours pour que les médecins sortent, afin qu'aucune pression de ce type n'intervienne dans ma demande d'entretien.

central que le médecin entend jouer dans l'établissement de la relation entre le chercheur et le patient, visant ainsi à marquer la prérogative du médecin vis-à-vis du patient. Il y avait aussi probablement une crainte quant aux possibles conséquences de l'entretien sur l'état psychique du patient ou sur la prise en charge thérapeutique, ce qui aurait pu compromettre le déroulement du suivi de crise. Dans un premier temps, la possibilité de réaliser un entretien dans le cadre d'une recherche anthropologique a été soumise aux exigences thérapeutiques décidées par les médecins.

Compte tenu de ces considérations, je fus relativement surprise lorsque, lors de la deuxième négociation avec les médecins chefs, ceux-ci me proposèrent d'interviewer deux de leurs patientes qui étaient définies comme étant des « suicidaires chroniques ». Afin que je puisse trouver d'autres patients à interviewer, on décida également que je choisirai des patients à partir des dossiers de patients ayant consulté au service environ une année auparavant. Ceci éviterait en principe d'avoir des personnes en pleine crise et le choix définitif serait fait en collaboration avec le médecin B. Toutefois, à mon grand étonnement, au moment de regarder les dossiers choisis, le médecin chef leur jeta juste un coup d'œil très rapide en affirmant : « ça va très bien, contactez-les ».

Comment expliquer le passage de l'attitude fermée et formelle du début à l'ouverture et à la confiance démontrées quelques mois plus tard ? Il y a probablement eu un relâchement quant à la volonté de maîtriser l'accès aux patients, dû probablement à la surcharge de travail des médecins assistants, au fait que la stratégie mise en place ne portait pas ses fruits, ainsi qu'à mon insistance à vouloir trouver un échantillon de patients à interviewer. Les argumentations quant à la fragilité psychique des patients qui avaient justifié la première démarche perdaient toutefois de leur pertinence. J'étais en effet amenée à interviewer des patients en crise suicidaire chronique (les patients suivis par les médecins chefs) et des patients dont l'état psychique au moment de l'entretien était totalement inconnu (et la possibilité que certains patients soient dans une situation de crise était relativement forte, puisque l'état psychique de certains patients vus aux urgences continuait à osciller, pendant des années, entre des périodes de crise et des périodes de stabilité). Une confiance s'était probablement installée grâce au fait d'avoir côtoyé le service pendant plusieurs mois. Est-ce que la confiance était liée simplement au fait de me connaître mieux ou au fait que j'avais commencé à intégrer le langage et les concepts psychiatriques, censés pouvoir m'être utiles dans le contact avec les patients ? Difficile à dire. Derrière cette attitude différente, il y avait probablement aussi des considérations juridiques. Alors que les patients pris en charge au SUC étaient sous la responsabilité

médicale et thérapeutique des soignants, ce n'était plus le cas pour les patients ayant consulté une année auparavant. Les possibles conséquences de l'entretien que j'allais réaliser ne les concernaient plus. Un autre élément était que, en cherchant les patients à partir des dossiers, l'entretien que j'allais réaliser n'allait plus avoir aucun impact sur le travail psychothérapeutique que le soignant réalisait avec le patient, car il était déjà terminé. En ce sens, il est également possible que la résistance initiale était liée au fait que mon travail était perçu comme potentiellement perturbateur, encourageant le sens critique des patients vis-à-vis des soignants. La remise en question de leur travail ou de leur statut aurait ainsi pu compromettre l'établissement du rapport soignant-patient, où la confiance et une certaine soumission au cadre psychiatrique sont demandées. De plus, le fait qu'il s'agissait de médecins assistants, dont la posture n'était pas nécessairement très affirmée vis-à-vis des patients, pouvait accentuer cette crainte vis-à-vis de ma recherche. Au contraire, si les médecins chefs m'avaient adressé leurs patients « chroniques », cela s'expliquait par le fait que le lien établi avec le patient était très fort et le risque que je puisse l'influencer minime.

Après avoir passé ces différentes étapes, je pus enfin contacter personnellement les anciens patients choisis à partir des dossiers médicaux. Je pris contact avec eux par lettre dans un premier temps et par téléphone ensuite, afin de négocier un entretien. Par le biais de cette démarche, je réalisai 10 entretiens.

Dans les entretiens avec les patients, je me suis appuyée sur la modalité du *récit de vie* (Bertaux, 2005) dans laquelle le chercheur, à travers des questions générales, conduit l'interviewé à raconter sous une forme narrative son expérience et son parcours de vie en lien avec la thématique étudiée. Bertaux distingue nettement l'autobiographie du récit de vie, définissant ce dernier comme un « récit de pratiques en situation ». Selon l'auteur et dans une démarche socio-anthropologique, l'utilisation du récit de vie permet d'« extraire des expériences de ceux qui ont vécu une partie de leur vie au sein de cet objet social des informations et des descriptions qui, une fois analysées et assemblées, aident à comprendre le fonctionnement et les dynamiques internes » (2005: 48). Le récit individuel est ainsi appréhendé comme l'expression singulière d'une logique contextuelle et sociale, alors que l'autobiographie vise à devenir une histoire indépendante des conditions ayant permis de la reconstituer (mais qui existent, bien évidemment).

Dans ce contexte on peut également parler d'*entretien ethnographique* (Beaud, 1996), défini comme un entretien approfondi s'inscrivant dans une recherche ethnographique. Dans cette perspective, l'entretien ne représente pas uniquement un moyen d'accès à de

simples informations objectives, mais constitue une situation d'observation à part entière. En tant que situation sociale particulière, le déroulement de l'entretien ethnographique ainsi que la richesse de son contenu peuvent varier, car la mise en récit de soi est influencée par le cadre de l'entretien, l'interaction avec le chercheur et le parcours de l'interviewé. Tous ces éléments devront également être inclus dans l'analyse.

Écouter la souffrance

Les histoires de vie des patients interviewés se sont révélées être très empreintes d'une forte souffrance psychique et morale. Dès lors, comment le chercheur peut s'y rapporter ? Qu'est-ce que ces récits suscitent en lui d'un point de vue émotionnel ? Comment ces émotions permettent-elles de comprendre le terrain étudié ? Il est intéressant ici de parcourir à nouveau le travail émotionnel et intellectuel effectué en tant que chercheuse face à ces récits de souffrance. Les écouter n'était en effet pas toujours très facile, car ils suscitaient des émotions assez intenses qu'il a fallu appréhender petit à petit au cours de l'enquête. En effet, malgré le fait d'avoir déjà eu l'occasion d'écouter des récits de souffrance extrême²²⁴, un processus de socialisation et de maîtrise des émotions face à ces récits s'est mis en route au cours de l'enquête de terrain.

La première confrontation avec des histoires de vie de patients ayant eu des idées ou des comportements suicidaires a eu lieu lors des observations des colloques du SUC. Les soignants racontaient, dans une logique assez factuelle, les détails de la vie du patient qui étaient associés avec sa situation psychologique. Il s'ensuivait ensuite une analyse en termes médicaux qui mettait notamment en évidence les éléments déviants de la situation du patient. Confrontée en tant que profane à ces discours et discussions, je fus d'emblée surprise par le contraste entre ce que je percevais des histoires de vie racontées et ce qu'en disaient les soignants. En effet, les crises suicidaires arrivaient à la suite d'une cumulation d'épisodes dramatiques et dans des situations extrêmement douloureuses et difficiles. Je me disais : « confronté à de tels drames, comment ne pas sombrer dans le désespoir et penser à la mort ? ». Face à la dureté du vécu de ces personnes, leur réaction pouvait être, d'une certaine manière, compréhensible. Très touchée finalement par ces récits et par la

²²⁴ Au niveau professionnel, j'ai notamment eu l'occasion de travailler pour l'EPER (Entraide Protestante Suisse) où j'étais chargée de lire les dépositions des requérants d'asile dans le but d'obtenir le statut de réfugié politique. Ces récits relataient souvent des parcours de vie très douloureux et tragiques. Lors de mon travail de mémoire de licence, j'avais également interviewé personnellement plusieurs requérants d'asile kurdes dont les expériences étaient la plupart des fois imprégnées de désespoir et de violence.

« normalité »²²⁵ du comportement suicidaire dans ces situations, j'étais ainsi relativement troublée par la pathologisation qu'en faisaient les soignants. Le suicide était considéré comme une réaction anormale, pathologique (en tant que comportement mais aussi en tant que reflet d'une pathologie) à des situations qui étaient elles-mêmes analysées à partir du binôme normal/pathologique. Ces réactions d'empathie face à l'histoire du patient, mais également l'étonnement et le dérangement face au discours des médecins, devinrent ainsi une manière pour appréhender et comprendre les particularités du suicide et de l'intervention médicale. L'émotion du chercheur, qui exprime le contraste entre sa propre « sous-culture » et celle de l'autre (suicidant ou soignant), devient ainsi une source de connaissance du terrain de recherche. Au cours des colloques, je me socialisai ainsi à entendre la dureté des récits des patients, mais également à l'analyse très pragmatique qui en était faite par les soignants.

La lecture des dossiers représenta une deuxième étape dans cette confrontation. Paradoxalement, cela a été plus dur à vivre émotionnellement. Je lus plus de 250 dossiers de patients dans les bureaux du SUC sur une durée de quatre mois. Malgré le temps que j'avais à disposition, je ne pouvais consulter les dossiers que deux ou trois heures par jours et ce quelques jours par semaine, car la charge émotionnelle était trop lourde à supporter. Cela était dû en partie au fait que les histoires des patients étaient notées de manière très technique, froide et détaillée. Les récits s'arrêtaient souvent au moment de la crise, lorsque le patient consultait au SUC. Je ne pouvais donc pas savoir ce que ces personnes étaient devenues, si leur histoire avait évolué positivement ou négativement. Je me sentais souvent submergée par cette souffrance, m'amenant à des questionnements existentiels importants. Cela était d'autant plus difficile du fait que je me retrouvais seule face à ces récits, puisque rares étaient les possibilités d'en discuter avec les soignants ou les collègues. Comment donner sens au désarroi vécu par ces personnes ? C'est à cette question que la lecture des dossiers m'a confrontée. Alors que je ne connaissais même pas ces individus, que je n'y étais pas personnellement confrontée ni de près, ni de loin, j'en étais extrêmement touchée. Je me suis ainsi rendue compte qu'au travers de ma recherche, j'essayais finalement de chercher le sens que soit les professionnels soit les patients avaient pu donner à ces expériences de détresse extrême. De même, cette recherche devenait un cheminement personnel afin de trouver le sens que je pouvais donner moi-même à la souffrance humaine et au désespoir. En partie, cette explication est

²²⁵ Je n'entends nullement banaliser l'acte suicidaire, mais mettre en évidence comment une lecture profane peut en percevoir la logique sous-jacente, par contraste avec la lecture pathologisante de la psychiatrie, qui l'interprète comme un parcours déviant.

venue des réflexions anthropologiques (comme le reflet par exemple d'une injustice sociale qu'il s'agit de combattre), mais cela ne me suffisait pas complètement. C'est la raison pour laquelle je me suis également tournée, à titre individuel, vers la recherche spirituelle. Est-ce que cela peut être vu comme un signe d'une limitation propre aux paradigmes disciplinaires (dans ce cas l'anthropologie) en tant que pourvoyeurs de sens ? Au travers de mes entretiens, j'ai plutôt constaté que mon expérience personnelle constituait une variante singulière d'un processus de recherche de sens, mouvant et complexe, qui se transforme au fil des rencontres, des expériences et des réflexions. En côtoyant de près cette souffrance extrême, j'ai donc suivi un processus similaire à celui de mes interlocuteurs, tant les soignants que les patients. Une partie des médecins avait trouvé le sens de cette souffrance humaine dans l'explication médicale, mais pour certains d'entre eux, cela ne suffisait pas. Ils cherchaient alors dans les approches théoriques spécifiques ou également dans une recherche spirituelle²²⁶ d'autres éléments de réponse. Chez les patients, on pouvait également trouver une multitude de sens, tant scientifiques, spirituels que profanes. Mon propre cheminement face à la souffrance extrême m'a ainsi probablement permis de nouer une relation plus égalitaire avec mes interlocuteurs, car au delà des motivations scientifiques, ces rencontres me permettaient de confronter et nourrir ma propre recherche de sens avec celle des autres.

La troisième étape a été la réalisation des entretiens. A part certains entretiens avec des personnes toujours en crise (élément que je développerai plus loin), la rencontre avec les patients a été, d'un point de vue émotionnel, assez sereine. Puisque j'avais lu leur dossier, je savais déjà plus ou moins à quoi m'attendre lors de l'écoute de certains épisodes de leur vie. Il y avait également le fait que la personne en face allait bien, la souffrance qu'elle racontait n'était plus si forte et douloureuse comme au moment de la consultation au SUC. Contrairement à la solitude vécue lors de la lecture des dossiers, la relation établie pendant l'entretien permettait ainsi d'échanger autour de l'expérience de la souffrance et d'être également rassurée quant à l'état psychologique de l'interviewé.

L'avancement de la recherche a ainsi induit une sorte de socialisation à l'écoute de la souffrance qui permettait de maîtriser d'un point de vue émotionnel ces entretiens. Toutefois, la maîtrise répondait à un équilibre délicat entre l'effort de ne pas être envahi par la souffrance de l'autre et le fait d'en être touchée. Typiquement, il m'arrivait d'avoir les larmes aux yeux ou d'exprimer des mots très personnels dans les entretiens, car j'étais

²²⁶ Un médecin assistant en particulier me parla de sa foi religieuse comme lui permettant de donner un sens plus profond et existentiel à la détresse, au suicide, mais également à son travail en tant que médecin psychiatre.

affectée par le récit de l'interlocuteur²²⁷. Cela ne m'empêchait pourtant pas de poursuivre l'entretien avec des questions intéressantes pour ma recherche. Il y a donc eu sorte d'habitude aux récits de souffrance (ce qui permet d'en faire un sujet de recherche), mais sans perdre de vue la dimension humaine et existentielle. On retrouve là un processus similaire à celui du soignant, confronté chaque jour à des personnes en détresse. D'un côté les soignants doivent pouvoir « s'y faire », sans toutefois perdre l'épaisseur humaine de la rencontre avec la personne en souffrance. Dans la relation aux patients et dans les discussions entre eux, les soignants essayaient constamment de maintenir ce fragile équilibre. Finalement, cela m'a permis, dans l'analyse des discours des soignants, de mieux comprendre les propos qui dans un premier temps me semblaient complètement dépourvus d'empathie (ce qui n'empêche pas que certains l'étaient véritablement).

Se distinguer du rôle de soignante

La difficulté à interviewer les patients sans être déterminée par le dispositif médical dépendait également de la capacité à créer une rencontre qui ne soit pas identifiée comme un entretien médical ou psychologique. La proximité entre l'entretien ethnographique et l'entretien de type médical était en effet très grande et tous les patients interviewés étaient clairement habitués aux entretiens psychologiques alors qu'ils étaient totalement néophytes concernant les entretiens ethnographiques. Ce souci de distinction se confrontait toutefois à un certain flou concernant mon rôle et mon statut. Comment avais-je eu accès à leurs coordonnées ? Avais-je pu lire leurs dossiers ? Quels étaient mes liens avec le SUC et ses soignants ? En général, j'expliquais dans les grandes lignes que je réalisais une recherche sur le SUC et sur les patients qui y avaient consulté. Certains patients interprétaient ainsi mon rôle comme celui d'une « évaluatrice » qui entendait déterminer la qualité des soins. Je laissais le plus souvent persister ce malentendu, puisqu'il ne biaisait pas les réponses et n'entachait pas le lien de confiance qui s'établissait entre nous. Au sujet des dossiers médicaux, je choisis de dire aux patients que je ne les avais pas lus mais que j'avais la possibilité de le faire dans un deuxième temps. En réalité je les avais lus, mais la plupart des fois je ne me rappelais effectivement pas de leur contenu et j'évitais expressément de le lire avant l'entretien pour ne pas en être influencée. Cette attitude

²²⁷ On pourrait se questionner sur les facteurs qui portent à « être affecté » par le récit de vie de quelqu'un. L'identification à l'autre, qui peut prendre des formes très différentes (l'âge, le genre, certaines similarités dans l'expérience de vie, etc.), est sûrement un aspect central. Un autre élément est le fait d'avoir côtoyé de près des personnes dans des situations similaires. A ce propos, un médecin assistant me raconta que, après avoir vécu le suicide d'un camarade d'étude, il lui avait été impossible de prendre en charge, au sein du SUC, une étudiante en médecine qui présentait des idées suicidaires. La proximité des deux situations l'affectait trop pour pouvoir prendre une certaine distance nécessaire à la prise en charge médicale.

permettait aux interviewés de raconter leur vision des choses (parfois différente de celle racontée aux médecins) et de révéler ou cacher des choses par rapport à ce qu'ils avaient dit aux soignants. Quant aux liens avec le service psychiatrique, je soulignais toujours le fait que je n'étais pas employée par l'hôpital et que mon étude portait également sur les soignants, avec qui j'avais aussi réalisé des entretiens.

La proximité entre la consultation thérapeutique et l'entretien ethnographique était facilitée par le fait qu'une des motivations ayant poussé les patients à accepter l'entretien était probablement la possibilité de parler de soi, de ses problèmes et de son histoire. Afin d'éviter d'être identifiée en tant que soignante, je soulignais toujours le fait que je n'avais pas fait d'études en psychologie et je feignais souvent d'ignorer tel ou tel concept ou outil psychiatrique. Il s'agissait ainsi de ne pas assumer ni un rôle de thérapeute, ni celui d'experte. Ceci a permis aux interviewés de parler librement, sans se sentir analysés, jugés ou évalués. Le fait d'éviter d'assumer une position de thérapeute visait également à éviter que le patient cherche en moi un réconfort ou une aide psychologique, chose qui aurait forcément biaisé l'entretien tout en me faisant jouer un rôle que je ne voulais jouer.

Alors que dans la majorité des entretiens j'ai eu l'impression d'avoir pu créer une relation se distinguant nettement de la consultation médicale, celle-ci a été plus difficile à instaurer pour quelques entretiens. En effet, lors des entretiens avec des personnes visiblement en crise, la posture de chercheuse, par opposition à celle de soignante, était difficile à garder. Je réalisai en tout trois entretiens avec des personnes en crise, les deux patientes « chroniques » proposées par les médecins chefs (Alma et Agathe) et une patiente que je contactai à partir des dossiers (Aurélié). Chez ces patientes, mais de manière beaucoup plus marquée que pour Alma et Agathe où le contact s'était fait à travers les médecins chefs et dont l'entretien s'était déroulé au sein du service de psychiatrie, le cadre propre à l'entretien ethnographique était difficile à mettre en place. Les réponses étaient brèves et je n'arrivais pas à déclencher en elles la démarche du récit de vie. Voici un début d'entretien illustrant bien cette difficulté :

Est-ce que vous pouvez me raconter un peu votre enfance et votre adolescence, où vous avez grandi, avec qui... Tendu. Vous étiez... Au pays, avec des coups, violences. Par mon père. Il faut que je raconte tout ? Non, ce que vous voulez. A 11 ans j'ai été violée par mon père. Ce que ça a fait que je suis venue en Suisse. Depuis j'ai plus aucun contact avec. (silence) Est-ce qu'il est toujours là bas ? Oui. Etes-vous venue avec votre mère ? Non, avec ma sœur qui était déjà là, mariée. Est-elle plus grande que vous ? Oui. Après j'ai commencé à travailler. Souvenirs d'enfance j'en ai pas beaucoup. Je suis venue en Suisse, j'ai commencé à travailler à l'âge de 15 ans dans un café. De 12 à 15 ans je gardais des enfants. Etiez-vous chez votre sœur ?

Oui. Mon frère a essayé de me faire la même chose que mon père. (silence) Était-il ici ? Oui, il y est toujours. Puis à 16 ans j'habitais toute seule. Et depuis c'est la catastrophe. (silence) Pourquoi ? J'sais pas. (silence) A quel âge avez-vous eu votre enfant ? 22 j'ai eu ma fille. Je me suis mariée à 22 ans, à 23 ans j'étais séparée avec mon enfant, c'était la galère, je m'en suis sortie. (silence) (Entretien Alma)²²⁸

Les nombreux silences, ainsi que les réponses courtes dont le contenu est très fort, déstabilisent d'emblée le cadre qui est censé se créer dans un entretien ethnographique. Il semble que l'implicite de ce type d'entretien, où le chercheur pose des questions et l'interviewé répond en développant ses propos, n'était pas accepté par ces interviewées²²⁹. Celles-ci répondaient en effet brièvement aux questions, en obligeant continuellement le chercheur à relancer l'entretien avec de nouvelles questions afin d'approfondir les propos qui étaient souvent formulés de façon énigmatique²³⁰. Ce type de relation se rapprochait énormément de l'entretien médical, où le médecin pose des questions précises (notamment concernant les symptômes) et où le patient y répond de manière brève et concise. Le patient se trouve ainsi dans une situation d'attente vis-à-vis de son interlocuteur, lequel est censé gérer l'entretien de manière plus ou moins directive. Bien que de manière beaucoup moins marquée que chez Alma, Agathe et Aurélie, cette dynamique s'était également instaurée au début des entretiens réalisés avec les deux patients contactés par le biais des médecins assistants et interviewés au service de psychiatrie (Adrien et Agnès). Ainsi, plus le cadre de l'entretien était marqué par le dispositif médical, plus la difficulté à se distinguer du rôle de soignante était perceptible.

Toutefois, lorsque la personne était toujours en crise et indépendamment du cadre de réalisation de l'entretien, la position du chercheur était extrêmement difficile à tenir et les rôles d'intervieweur et de soignant se mêlaient constamment. Cela était notamment le cas lorsque l'interviewé parlait de manière très intense de son désespoir ou de sa volonté de mourir, face auxquels il devenait éthiquement difficile de rester dans une position de neutralité. Derrière ces propos se trouvait une demande vis-à-vis du chercheur qui dépassait le rôle qu'il était censé jouer dans cette relation (celui qui pose des questions et écoute les réponses). L'enquêteur était ainsi appelé implicitement à sortir de son rôle pour répondre, en tant que simple interlocuteur, à une situation de souffrance. Comme

²²⁸ Les entretiens des personnes interviewées (soignants et patients) ont été enregistrés et retranscrits. Dans la retranscription, j'ai choisi de garder le style parlé, même s'il y a des fautes dans la formulation des phrases. Je n'ai corrigé les propos des personnes que lorsque la compréhension pouvait être compromise.

²²⁹ Cette modalité d'entretien était explicitée dans la lettre de présentation, où je sollicitais un « témoignage », et était rappelé en début d'entretien, lorsque j'expliquais le déroulement sous forme de récit de vie.

²³⁰ Ces réponses brèves peuvent se comprendre également en raison de la dimension émotionnelle dont elles étaient chargées.

l'écrivent Bruneteaux et Lanzarini à propos de l'étude de Pollak sur *L'expérience concentrationnaire* (Pollak, 1990) : « Dans la mesure où une souffrance existe et favorise l'entrée invisible en entretien thérapeutique, les effets de l'entretien risquent d'être très puissants, la personne recherchant une implication de l'enquêteur, un soutien, un « étayage » comme disent les psychologues » (Bruneteaux et Lanzarini, 1998: 164).

Voici un extrait d'entretien qui illustre bien ce propos :

Vous arrive-t-il toujours d'avoir des idées noires ? Oui. Dans quels moments ? Souvent. Surtout quand j'ai des problèmes à la maison et parfois je ne vois pas la raison d'être là. J'ai toujours espéré avoir un cancer mais maintenant j'en ai un mais il n'est pas assez mauvais. Pourquoi dites-vous que vous avez toujours voulu avoir un cancer ? Eh, pour mourir ! Mais pour mourir entre guillemets dignement²³¹. (silence) (Entretien Agathe)

Quand la patiente dit qu'elle voulait avoir un cancer mais que celui qu'elle a n'est pas assez mauvais, j'essaie de maintenir mon rôle d'enquêtrice et j'essaie de lui demander de clarifier ses propos. Mais après l'affirmation de l'interviewée disant rechercher la mort, je reste sans mots : est-ce que je continue avec mes questions, prenant cette réponse au même titre qu'une autre, ou bien j'écoute ce propos très fort d'une personne qui veut mourir, et je réagis en sortant du cadre de l'entretien ? Avec Agathe, je continuai ainsi :

Par rapport à ces moments noirs... En parlez-vous avec Matthieu [son psychiatre traitant] ? Il le sait, mais il ne le prend pas trop au sérieux, j'ai l'impression. Qu'est-ce qui vous donne ces idées noires ? Les problèmes à la maison ? Oui, et maintenant je suis à l'AI²³², je ne travaille plus. Oui. J'ai pas tellement de perspectives. (Entretien Agathe)

Je choisis ainsi de sortir légèrement du dispositif sociologique et de faire référence au cadre thérapeutique, afin d'amener la patiente à me parler de ce que j'imaginai pouvoir lui apporter de l'aide. Un autre exemple d'étayage de ce type se trouve dans l'entretien avec Aurélie, dont les tentatives de suicides avaient surgit dans un contexte de mobbing sur son lieu de travail et qui se trouvait toujours au moment de l'entretien dans une situation très critique :

On se sent impuissant par rapport à ce qui se passe. On se sent nul. On se sent coupable. Alors ces trois choses ensemble ça fait quelqu'un qui perd le sommeil pour une semaine. (...) Moi je regrette parce que quand ça m'est arrivé, j'ai pas été directement à la direction de l'entreprise pour essayer avec le service social d'avoir un arrangement. Vous ne l'avez pas fait ? Non, j'ai paniqué, j'ai essayé de mettre

²³¹ Ce propos est intéressant car il révèle la valeur sociale différente accordée à la mort par suicide ou par maladie, la deuxième permettant une reconnaissance plus grande en tant que victime.

²³² Assurance Invalidité.

fin à ma vie. On sait pas ce qu'il y a après, mais on a espoir que c'est mieux qu'ici...
(silence)

Mais par exemple, sur quoi travaillez-vous avec votre psy ? Elle essaie justement de me soulager de la culpabilité, que je suis nulle, je ne suis plus capable de faire quoi que ce soit. La psychologue aussi on fait un entraînement... Avez-vous l'impression que ça fonctionne ? Des fois ça marche, des fois ça marche pas. On est bien, mais des fois ça ne marche pas. (Entretien Aurélie)

Dans cet extrait, on constate le même glissement vers l'évocation du travail psychothérapeutique lorsque les propos de la personne portent sur les idées suicidaires. A des moments similaires dans l'entretien, j'ai essayé de questionner mon interlocutrice sur son réseau social, ses enfants et je lui ai fait des suggestions pouvant éventuellement lui venir en aide (par exemple de s'adresser aux voisins pour être aidée avec les enfants, de parler de ses difficultés avec les membres de sa famille, etc.), m'engageant ainsi partiellement dans le rôle d'aidante.

Voici un autre exemple repris de l'entretien avec Alma, une patiente ayant de nombreux problèmes psychiques, physiques et sociaux, et ayant fait plusieurs tentatives de suicide :

(...) Sentez-vous parfois une pression des gens pour que vous soyez en santé ? C'est à dire, c'est pas une question de pression, j'ai le sentiment que... j'ai des amis, oui, j'ai des amis mais en même temps je suis toute seule, voilà. Dans quel sens ? Dans tous les sens. Déjà mes amis ils travaillent ils peuvent pas être tous les jours avec moi et puis quand moi j'ai besoin d'aide tout le monde me tourne le dos donc ça sert à rien. Pourquoi selon vous ? Parce qu'il y en a une qui m'a répondu : 'tout le monde a des problèmes, c'est à nous de les résoudre'. Et c'est vrai. Alors c'est à moi de résoudre les problèmes. Mais moi j'en ai marre de me battre. (silence)

Vous avez parlé de vos enfants. Est-ce qu'ils vous donnent confiance ? C'est pas de la confiance. Je sais que je dois être là pour eux. Sans moi ils sont perdus. Ça, je le sais. C'est tout. Est-ce ça qui vous donne la force de continuer ? De continuer. Autrement... il y a longtemps que j'aurais arrêté. Il y a longtemps. Comment voyez-vous votre futur ? J'en sais rien. Dans tous les points de vue, j'en sais rien. Je ne peux pas vous dire. Je ne sais même pas demain comment ce sera. Je n'en sais rien. (silence)

Pensez-vous que le fait de voir un psy, un thérapeute vous aide ? Ça me soulage, oui. (Entretien Alma)

Si le cadre médical (contact au travers des médecins et entretien au service de psychiatrie) peut jouer un rôle dans le fait de favoriser les glissements de l'entretien ethnographique vers une relation de type thérapeutique, l'état de crise psychologique (avec des forts traits suicidaires) en constitue néanmoins le facteur déterminant. Le rôle joué par la médication pourrait également être questionné. En effet ces interviewées en particulier (mais plusieurs

autres également) prenaient des médicaments psychotropes, surtout des antidépresseurs. Ceux-ci peuvent avoir un effet sédatif, mettant plus facilement l'interviewé dans une position de passivité face à l'enquêteur.

Face à ces difficultés, on pourrait interroger la pertinence d'utiliser cet outil méthodologique dans des situations de détresse psychologique intense. Certes, les entretiens réalisés avec Agathe, Alma et Aurélie ont été riches et pertinents pour ma recherche. Toutefois, par rapport aux autres entretiens (réalisés avec des personnes dont l'état psychique s'était nettement amélioré depuis la crise qui les avaient amenés à consulter au SUC), ces trois entretiens étaient plus ancrés dans le désespoir du moment, laissant moins de place à une démarche réflexive, sur laquelle s'appuie principalement l'entretien ethnographique. Leur contenu était donc moins riche et le but recherché (le récit de vie) n'était que partiellement atteint. Ces entretiens demandaient en outre un très grand investissement émotif de ma part car il fallait régulièrement jongler entre le registre thérapeutique et le registre ethnographique.

Toutefois, on pourrait approcher cette difficulté à partir d'un autre point de vue et questionner la réticence, en tant qu'anthropologue, à vouloir rentrer dans un registre thérapeutique ou d'aide. L'inconfort ressenti constitue en effet un élément révélateur du terrain étudié et de la posture de l'anthropologue en son sein. Ces difficultés révèlent ainsi les attentes du chercheur (pouvoir réaliser des entretiens réflexifs), questionnent l'essence du travail ethnographique (inclut-il le fait d'assumer un rôle d'aidant ?) et interrogent plus précisément son objet d'étude (les idées et comportements suicidaires). En ce sens, ces expériences inconfortables placent l'anthropologue face à une personne en grande détresse, situation vécue quotidiennement par les soignants. Faire l'expérience de ce type de relation de la difficulté que cela comporte permet ainsi de mieux saisir certains aspects du travail des soignants.

En outre, que révèle le sentiment de ne pas posséder les outils pour venir en aide à ces personnes ? Si l'aide ne constitue pas un élément propre à l'expertise anthropologique, cela ne signifie pas pour autant qu'on ne puisse pas le faire. En effet, ces entretiens, malgré la charge émotive importante, n'ont pas eu, à mon avis, un impact négatif sur les interviewés. Au contraire, j'ai l'impression que les entretiens eurent un effet positif sur mes interlocuteurs et à la fin de l'entretien ceux-ci étaient quelque peu soulagés. Le sentiment d'inadéquation ressenti ne reflète-ils pas, finalement, l'idée qu'il y aurait une « juste » manière d'entrer en relation avec des personnes « suicidaires » et des acteurs plus légitimes que d'autres pour le faire, c'est-à-dire les soignants en psychiatrie ou les

thérapeutes de manière plus générale ? Ce message, largement encouragé par les dispositifs mis en place accordant à la psychiatrie une place prépondérante, considère que seuls les professionnels sont en mesure de faire face aux personnes suicidaires. On retrouve ainsi une dépréciation vis-à-vis des compétences « profanes » des individus au profit des compétences professionnelles psychiatriques, considérées comme les seules légitimes²³³. On peut enfin se questionner si mon malaise en tant qu'anthropologue confrontée aux personnes en crise suicidaire et mes questionnements quant à l'opportunité de réaliser un travail anthropologique avec cette population, ne dériveraient pas de l'influence et de l'intégration de ces discours, invalidant finalement l'anthropologue dans sa possibilité de créer une relation ethnographique (et pourquoi pas d'aide) avec ces personnes²³⁴ ?

Dans le canton de Vaud, cet aspect de la médicalisation du suicide visant à concentrer les compétences d'aide aux personnes suicidaires dans les mains des professionnels en psychiatrie est d'une part encouragé par la santé publique et, de l'autre, elle est largement appuyée et soutenue par le milieu psychiatrique. Toutefois, la médicalisation du suicide n'est pas à imputer uniquement aux milieux psychiatriques. On peut également voir dans ce processus, une certaine forme de délégation de cette problématique de la société en général. Se confronter à une personne en crise suicidaire signifie se mesurer au risque que l'autre se suicide. Face à cette peur, n'est-il finalement pas plus facile de se dérober de la responsabilité de soigner ou simplement soutenir l'autre, en confiant cette tâche aux professionnels ? Cependant, le discours psychiatrique ne contribue-t-il pas considérablement à nourrir cette peur, en revendiquant le savoir psychiatrique comme le seul capable de prendre en charge les personnes en détresse et éviter ainsi qu'elles se suicident ? Les chiffres concernant les morts par suicide en hôpital psychiatrique²³⁵ suffisent toutefois pour questionner la capacité de la psychiatrie d'éviter totalement les suicides des patients qu'ils prennent en charge.

²³³ Il s'agit là de la logique propre au programme de « lutte contre les conduites suicidaires » promu par la psychiatrie et la santé publique du Canton de Vaud. L'objectif est de référer toute personne avec des idées ou comportements suicidaires à des psychiatres et d'apprendre aux « profanes » les notions de base de l'intervention psychiatrique afin de mieux s'appuyer sur les professionnels. Au contraire, les objectifs du *Réseau Entraide* valaisan vise justement à s'appuyer sur les compétences profanes de toute personne pouvant être confrontée aux personnes suicidaires.

²³⁴ En ce sens, les objections que les médecins chefs avaient eu avant de me donner l'« accès » aux patients ont sûrement contribué à renforcer le sentiment que je n'aurais pas dû interviewer des personnes en détresse psychologique.

²³⁵ En raison de l'accès difficile aux données, il est complexe de connaître précisément les taux de suicide à l'hôpital psychiatrique dans le contexte étudié. Une étude concernant les suicides survenus dans le canton de Zoug (Suisse) entre 1991 et 2007 (Walti-Jenny et Walti, 2008) a montré que 11,5 % des suicides au total ont eu lieu dans des hôpitaux psychiatriques. Ces données sont sensiblement plus hautes que ce que l'on retrouve dans la littérature, qui parle de 1-5 % (Cheng et al., 2009).

Finalement, l'inconfort de l'anthropologue permet de questionner la place du savoir profane et du savoir psychiatrique face aux problématiques suicidaires. Par conséquent, c'est la définition même du fait suicidaire qui est en jeu : s'agit-il d'un fait social ou d'un comportement de nature psychopathologique ?

Une rencontre de classes favorisée par le dispositif médical

Ayant l'ambition d'encourager la parole du patient, un des obstacles majeurs était celui de faire face à la différence de classe qu'instaurait d'emblée un rapport de pouvoir dans lequel j'occupais une position dominante²³⁶. La majorité des personnes interviewées venait en effet d'une condition sociale, économique et scolaire défavorisée²³⁷. Malgré le fait que je sois issue d'une famille de classe moyenne et que mon entourage soit très bigarré en termes de formation et de condition professionnelle, je représente, par mes études et mon statut professionnel, la classe sociale moyenne-supérieure. Confrontée à un milieu social défavorisé, cette dimension peut avoir un impact assez important sur la relation qui s'instaure entre le chercheur et l'interviewé. Souvent ignorée dans la littérature socio-anthropologique, cette difficulté est soulevée par Peneff :

Les biais issus de la différence de classe entre interlocuteurs ont été jusqu'ici mal perçus. Pourtant, ce type de dialogue est particulièrement exposé aux décalages et incompréhensions de classes. (...) Les conditions ordinaires de l'entretien biographique manifestent la différence de classe et portent la marque d'un ethnocentrisme : on propose aux ouvriers, aux paysans, un style de conversation proche de l'échange intellectuel mais éloigné de leurs pratiques (assis, au salon, en tête-à-tête avec un magnétophone). Le contenu de la demande «votre vie» contre un peu de considération symbolique de la part de l'intellectuel rend encore plus sensible l'entretien aux artifices de la relation superficielle entre inconnus. L'inconfort moral dans lequel se trouve le sociologue l'incline, alors, à endosser une attitude passive, complaisante ou faussement complice. Une solution (qui résout quelques uns mais pas tous les problèmes) est de mener l'entretien biographique au plus près des situations naturelles de la conversation, dans le milieu étudié. (Peneff, 1994: 30).

Comment donc limiter le biais dû à la rencontre entre classes sociales différentes, avec tout ce que cela peut impliquer au niveau du jugement implicite, du sentiment d'inadéquation, d'infériorité ou de supériorité ? Mettre en scène l'entretien au plus près des situations

²³⁶ Parfois le chercheur occupe une place subordonnée, comme c'était le cas avec les médecins chefs, et parfois supérieure, comme lors d'entretiens effectués avec des personnes de condition sociale basse. Surtout dans ce deuxième cas, où le chercheur occupe une position dominante, le patient peut avoir plus de difficultés à s'exprimer. Le chercheur doit ainsi être particulièrement attentif afin de valoriser la parole du patient et favoriser son expression.

²³⁷ Voir le récapitulatif des personnes interviewées présenté au chapitre 5.1.

naturelles de conversation, comme le suggère Peneff, est sans doute un outil intéressant et cela se reflète premièrement quant au lieu dans lequel l'entretien est effectué.

C'est donc dans cette optique que les entretiens ont été effectués dans un lieu choisi par le patient (à l'exception des premiers, réalisés dans les locaux du SUC). Certains ont préféré m'inviter à la maison (quatre d'entre eux), d'autres ont voulu venir à mon bureau à l'Université (trois), d'autres encore ont préféré me rencontrer dans un café (trois). La classe sociale d'appartenance des interviewés à d'une certaine manière influencé ces choix. Ceux qui venaient d'un milieu plus défavorisé ont choisi de me rencontrer dans un café (pour deux hommes et une femme) ou chez eux (pour trois femmes et un homme), alors que les personnes d'un niveau social un peu plus aisé²³⁸ ont préféré venir à l'Université. L'importance du lieu dans l'attitude des interviewés est évoquée, par exemple, par ce jardinier non qualifié, interviewé dans un café :

Merci. Plus de questions ? Non. Merci en tout cas d'avoir accepté de parler comme ça à une inconnue. Là ça va. Si vous m'auriez dit : 'Il faut passer à mon bureau'. Là j'ai toute de suite quand même senti... 'On se voit où vous voulez, chez vous, dans un café'. Si vous m'auriez dit 'rendez-vous dans mon bureau' là ça aurait fait... Mais après vous m'avez dit que vous ne faites même pas des études... [de psychologie] donc ça va. (Entretien Alban)

Suivant le conseil de Peneff de « mener l'entretien biographique au plus près des situations naturelles de la conversation » (1994: 30), Bruneteaux et Lanzarini (1998) sont allés encore plus loin dans cette démarche. Dans l'impossibilité de réaliser des entretiens formels avec les « jeunes sous-prolétaires des cités » en raison d'un « décalage dans la communication au point que se mélangent, au cœur de l'échange, onirisme et histoires stéréotypées, réactions de violence et sentiment de subir un interrogatoire » (Bruneteaux et Lanzarini, 1998: 157), les auteurs ont élaboré le dispositif de l'« entretien informel » qui est une sorte de discussion orientée effectuée dans des situations de rencontre, où le « contrat » formel de l'entretien était absent.

Malgré le fait d'enquêter sur une population par certains aspects similaire à celle étudiée par ces auteurs, je n'ai pas eu besoin d'adopter une telle démarche. Si certains refus s'expliquaient probablement par ce que l'entretien représentait en termes de pouvoir symbolique (ce qui aurait pu être contournée avec l'adoption d'entretiens informels), la relative facilité avec laquelle j'ai pu obtenir le nombre de rendez-vous désirés (notamment lors de la deuxième phase, à travers la prise de contact par lettre et par téléphone) m'a

²³⁸ Par exemple, une jeune étudiante en soins et santé communautaires, un ébéniste (non qualifié) travaillant comme indépendant et un acteur de théâtre.

convaincue de maintenir la modalité des entretiens formels. Cette facilité n'était en effet pas anodine. Comme j'ai pu m'en apercevoir au cours des interviews, la situation qui leur était proposée à travers cet entretien se rapprochait en effet fortement des consultations qu'ils avaient pu avoir avec des soignants. Ce n'est en effet pas un hasard que toutes les personnes ayant accepté l'entretien avaient effectué un suivi psychothérapeutique d'une durée minimale de trois mois (souvent au sein du SUC). Au contraire, comme on le verra plus loin, la majorité des refus venait de personnes qui étaient peu familières aux consultations « psy » et qui avaient effectué une consultation unique au SUC. Pour avoir accès à cette population, il aurait ainsi fallu mettre en place un dispositif de type « entretien informel ».

Les personnes interviewées faisaient souvent référence, pendant l'entretien, aux consultations « psy ». Ceci a permis de faire des rapprochements entre ces deux dispositifs et la manière dont les interviewés en ont perçus les différences et les similitudes. Alexandre souligna ainsi l'aspect thérapeutique commun aux deux rencontres :

Ce qu'on a fait [pendant le suivi de crise] c'est une forme de psychothérapie. A ce moment là vous avez besoin de quelqu'un qui vous écoute, raconter votre truc. C'est ce qu'on est en train de faire... une mini-psychothérapie... (rires) *je ne suis pas psychologue en tout cas... ce n'est pas grave.* (Entretien Alexandre)

Antoine, en revanche, rapproche les deux entretiens par le fait qu'ils se réalisent de manière informelle, en dehors des bureaux :

Après, avez-vous continué le suivi dans le service ambulatoire cantonal ? Oui, mais je ne me rappelle plus du nom... Était-ce votre volonté ? Oui, voilà, c'était volontaire. Ce qui était bien c'est qu'on n'allait pas dans un bureau, comme vous à l'université, c'est la même chose que là. On faisait la même chose, et c'était très défini. (Entretien Antoine)

Alban établit par ailleurs un pont entre les deux entretiens, tout en les distinguant clairement, et critique l'apport insuffisant du psychiatre dans le travail psychothérapeutique.

En quoi vous a aidé le fait de faire cette psychothérapie ? Ça m'a aidé à vraiment me regarder dans le miroir quoi. Puis à essayer par moi-même d'analyser les choses... c'est un gros mot. Et souvent je parlais de certaines choses et c'était dans la semaine qui suivait que les choses travaillaient. Et c'est là que ça faisait effet, je dirais. Parce que moi je cherchais... je lui ai souvent reproché de dire voilà, c'est bien joli de vous causer comme ça. Je viens, je m'assoie, 50 minutes, je vous parle. Voilà. Vous ne pouvez pas me donner des pistes ? Moi je pensais que voilà... il m'a quand même donné des images comme ça, comme quoi c'est pas comme... il a essayé avec des images : 'je suis une béquille'. Ça m'aide à marcher, à pas me casser. Ça m'a aidé à aller plus loin. C'était dur à voir qu'est-ce qui réellement...

Moi je peux aller voir un pote, comme nous là, parler de ma vie et puis voilà, j'aurais dit la même chose. Je cherchais un peu plus, que lui m'apporte quelque chose. (Entretien Alban)

Cette comparaison servait ainsi à critiquer la modalité de travail du psychiatre (qui consistait à intervenir le moins possible lors de la consultation), tout en comparant l'entretien que nous étions en train d'effectuer une rencontre informelle entre amis, ce qui reflétait son sentiment de confort dans l'échange.

Il semblerait que la littérature socio-anthropologique se soit très peu intéressée à cette perméabilité entre les entretiens ethnographiques et les consultations thérapeutiques, lié probablement à un souci de distinction des sciences sociales vis-à-vis des sciences psychologiques et médicales. Si l'objectif de l'entretien ethnographique n'est pas de « soigner » à proprement parler, on peut retrouver de nombreux outils communs avec les thérapeutes, notamment le travail d'empathie, de reconnaissance et d'écoute que le chercheur est censé exprimer vis-à-vis de son interlocuteur. Les deux entretiens partagent également le fait qu'il s'agit (notamment dans le cadre du SUC) d'une rencontre entre membres de classes sociales souvent très distantes : d'un côté le chercheur universitaire ou le médecin, et de l'autre un patient issu très souvent d'une classe sociale défavorisée. Il demeure néanmoins que les deux types d'entretiens se distinguent par de nombreux aspects, comme le pouvoir symbolique différent entre le chercheur et le soignant ou le fait que les soignants sont là pour soulager la souffrance du patient alors que le chercheur est plutôt là pour la comprendre.

De fait, il semblerait que la facilité avec laquelle j'ai pu obtenir les rendez-vous et interviewer ces patients, malgré qu'ils soient issus des classes sociales défavorisées, soit en grande partie due à leur habitude aux consultations thérapeutiques présentant beaucoup de similitudes avec l'entretien ethnographique. Toutefois, cette proximité a induit un biais par rapport aux patients interviewés, excluant ainsi les personnes moins familières au dispositif psychothérapeutique.

Du refus des patients

Dans la première phase de recherche des patients (celle qui se réalisa par le biais des médecins assistants), j'ai proposé l'entretien à six patients pour finalement le réaliser avec deux d'entre eux. Alors que deux personnes, après avoir accepté l'entretien, ne vinrent pas au rendez-vous, deux autres explicitèrent les motivations de leur refus. Comme évoqué plus haut, un patient qui avait au début accepté, me rappela en revenant sur sa décision.

Au téléphone, il expliqua son refus par le fait qu'il ne se sentait pas prêt pour parler de son vécu avec une chercheuse. Pour la deuxième personne ayant refusé explicitement l'entretien, celle-ci me dit qu'elle était très occupée pendant cette période mais qu'elle m'appellerait plus tard, ce qu'elle ne fit toutefois pas.

Au cours de la deuxième phase, sur les 22 patients auxquels j'envoyai une lettre, je réalisai 10 entretiens. Parmi les autres personnes contactées, trois avaient changé de domicile et je ne pus retrouver leur trace. Avec trois autres, il me fut impossible de parler malgré mes fréquents appels. Les difficultés rencontrées pour entrer en contact avec ces personnes témoignent du fait qu'il s'agit d'une population précaire et que la consultation au SUC correspond souvent à des moments mouvementés dans la vie de ces gens, marqués par des séparations, divorces, licenciements, déménagements, etc. Tous ces facteurs ne contribuaient pas à retrouver facilement leurs traces une année après.

Deux des 22 patients contactés acceptèrent de fixer un rendez-vous mais ne répondirent plus à mes appels, ce que j'interprétei comme un refus implicite. Quatre personnes me dirent clairement que ça ne les intéressait pas et qu'elles n'avaient pas envie de revenir sur cette période de leur vie. Une jeune femme qui avait fait une tentative de suicide dans un contexte de conflit sur son lieu de travail me dit par exemple qu'elle venait d'avoir un bébé, sa vie avait changé et elle n'avait pas l'intention de se replonger dans ce moment sombre de sa vie. A partir du bref échange que j'eus avec les personnes qui refusèrent implicitement ou explicitement l'entretien, seulement une d'entre elle (un des hommes qui ne répondit plus aux appels malgré le rendez-vous fixé) évoqua un travail thérapeutique qu'il était en train d'effectuer, notamment en relation avec ses problèmes d'alcool. En consultant les dossiers, je constatai que toutes ces personnes ne firent qu'une seule consultation au SUC et qu'elles n'étaient pas suivies par des thérapeutes à l'extérieur du service.

En prenant contact avec un patient, celui-ci me dit qu'il acceptait l'entretien seulement si j'acceptai de l'aider dans sa demande de dossier auprès de l'hôpital où il avait été hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide. En effet, pendant son hospitalisation aux urgences somatiques, il s'était blessé à une cheville. Pour que l'assurance maladie prenne en charge cette blessure, il fallait démontrer que celle-ci résultait de l'hospitalisation et non de la tentative de suicide (dans ce cas, c'était le patient qui aurait dû prendre en charge les frais). Cette personne avait donc essayé d'avoir accès à son dossier, sans succès. Il voyait certainement qu'au travers de ma demande, il pourrait obtenir une aide de ma part. Consciente des logiques de don et de contre-don inhérentes à ma demande d'entretien,

j'acceptai de l'aider et je récoltai toutes les informations qui auraient pu lui être utiles. Toutefois, après avoir obtenu ces informations, le patient ne répondit plus à mes appels et refusa ainsi implicitement de réaliser l'entretien. On voit ici à l'œuvre une instrumentalisation de la demande d'entretien. Malgré le fait que ce contact ne se soit pas conclu par un entretien, celui-ci reflète la difficulté de la part des patients à obtenir des informations quant à leurs droits (notamment concernant la possibilité d'obtenir son propre dossier) et à gérer les conflits avec les caisses maladies. Ce patient me parla au téléphone de la difficulté à se « reconstruire » suite à la tentative de suicide, qui était encore plus pénible en raison des problèmes qu'il avait avec les assurances maladie. La demande d'entretien, dans ce contexte, représentait ainsi une sollicitation de plus à laquelle le patient n'avait évidemment pas voulu répondre.

Il est difficile de savoir si, parmi les personnes contactées que je n'ai pas pu interviewer, il y avait des personnes présentant des troubles psychiques graves perturbant la possibilité de réaliser un entretien formel (comme des schizophrénies graves, des retards mentaux ou des troubles de la personnalité importants). Cela est vraisemblable car les soignants du SUC sont confrontés à ce genre de population, bien qu'elle représente une minorité. Il demeure toutefois difficile d'affirmer si l'impossibilité d'atteindre ces personnes ou leur refus (implicite ou explicite) sont à attribuer à la pathologie, à une intention consciente ou à d'autres facteurs. Je pense par exemple à une patiente qui m'avait été introduite par un médecin assistant et qui présentait, selon le soignant, un trouble de la personnalité. Très ouverte à la discussion informelle au moment de lui proposer l'entretien, elle accepta l'entretien mais me donna un faux numéro de téléphone et ne vint pas au rendez-vous. Le médecin assistant expliqua ainsi cette attitude :

C'est une patiente qui a un diagnostic de trouble de la personnalité, borderline, où en faite c'est connu pour avoir des problèmes relationnels en général, avec souvent une notion de problème d'attachement et de cadre, de respecter ses engagements. (...) C'est le type de profil qui a des difficultés en général, émotionnelles, qui se traduisent dans les relations, qui se traduisent tout bêtement dans des manquements de rendez-vous et des choses comme ça. Ils ont tendance plus à agir qu'à communiquer. Ce sera plutôt quelqu'un qui ne va pas te dire 'non, je ne me sens pas à l'aise de venir à parler de ça' et va plutôt te dire oui mais pas venir. (Entretien Matthias, médecin assistant)

D'un point de vue anthropologique, l'explication de son comportement par le biais de la pathologie est réducteur et instaure une distinction entre normal et pathologique qui peut être fortement questionnée. Comment savoir si ce comportement est dû à sa pathologie ou découle d'une logique d'évitement qui peut se retrouver chez tout acteur social ? D'ailleurs,

le même raisonnement pourrait être appliqué à tous les patients auxquels j'ai proposé l'entretien : ont-ils accepté ou refusé l'entretien à cause d'une certaine psychopathologie ou en raison d'autres logiques ? D'un point de vue anthropologique, les refus et les acceptations sont plutôt interprétés comme des réponses prenant leur sens au sein des logiques sociales et relationnelles. Sans défendre une position de relativisme absolu quant à la réalité psychopathologique, la question de la pathologie n'a donc pas été prise en compte dans l'analyse, car elle est problématique d'un point de vue épistémologique.

Les refus exprimés par les différents patients contactés s'expliquent également par la dimension stigmatisante que revêt à la fois le fait de consulter en psychiatrie que le suicide au sens large. Bien que pendant les dernières années les mentalités aient beaucoup changé, la psychiatrie est encore aujourd'hui fortement associée à la folie. Beaucoup d'interviewés évoquent à ce sujet les hésitations qu'ils ont eues au moment de consulter pour la première fois un psychiatre. Par exemple, après une tentative de suicide, le médecin généraliste conseilla à Agnès d'aller consulter au SUC. Voici comment elle décrit sa réaction :

L'idée que j'avais c'était... je me dis 'quand on va voir des gens comme ça, c'est une honte'. Et puis je me suis dit 'il faut que je me calme, que j'apprenne à garder mon calme', parce que je m'énerve vite. Puis je me suis dit 'peut-être qu'il pourra m'aider'. J'avais honte d'aller, puis au bout d'un moment on s'y fait. (Entretien Agnès)

La plupart des fois, les peurs ou la honte de consulter en psychiatrie laissent la place, lorsqu'un travail thérapeutique pouvait être entrepris, à une vision de la psychiatrie beaucoup plus ancrée dans la réalité.

Concernant le suicide et ce malgré un changement progressif des mentalités, les personnes qui ont des idées suicidaires ou qui font des tentatives de suicide sont encore fortement stigmatisées, en raison de la dimension fautive (liée au référentiel du *tabou*) qui y est associée. Le fait d'avoir fait une tentative de suicide est très souvent caché par le sujet lui-même (et souvent aussi par la famille ou ses proches)²³⁹. La peur d'être jugé, notamment

²³⁹ A ce propos, il est intéressant d'évoquer le témoignage de Marsha M. Linehan, psychiatre américaine ayant développé une approche de prise en charge originale pour les patients « suicidaires ». Diagnostiquée comme borderline à l'adolescence et ayant fait à cette époque des tentatives de suicide, elle a évoqué ces épisodes pour la première fois seulement à l'âge de 68 ans, après une brillante carrière.

http://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html?pagewanted=1&_r=1&emc=eta1 (consulté le 15 janvier 2012)

par rapport à la souffrance induite chez les proches, freine cette forme de témoignage²⁴⁰. Le travail thérapeutique vise à ce que ce geste soit appréhendé selon le référentiel *médical*, comme le reflet d'une détresse psychique, voire d'une pathologie, transformant ainsi le suicidant de coupable en victime. Les personnes ayant pu faire ce travail sont ainsi plus facilement disposées à en parler dans le cadre d'un entretien ethnographique, car cela ne les empêche pas de « perdre la face ». Au contraire, pour les personnes n'ayant pas pu faire ce travail, il est plus probable que la dimension honteuse prédomine, rendant difficile de se mettre en scène de manière valorisante dans un entretien non thérapeutique.

Une autre raison qui pourrait expliquer ces refus est le fait que ma demande venait indirectement du SUC (malgré la lettre spécifiant que cette recherche était menée de manière indépendante du service de psychiatrie). Il est ainsi probable que des personnes ayant eu des mauvaises expériences au sein de la psychiatrie ou qui s'étaient orientées vers d'autres « solutions thérapeutiques » ont préféré refuser, craignant que l'entretien puisse invalider leur expérience à partir d'un registre psychiatrique.

L'entretien ethnographique : une mise en scène de soi

L'entretien ethnographique constitue ainsi un espace social où se joue une mise en scène relationnelle particulière. Le chercheur arrive avec ses attentes quant à la situation d'entretien et ses projections à la fois sur son interlocuteur, sur la psychiatrie ou sur le suicide, éléments qui transparaissent des questions, des commentaires et de tous ces gestes implicites et/ou inconscients qui nourrissent et influencent l'interaction. L'interviewé se présente aussi à l'entretien avec une histoire de vie, un passé en lien avec des institutions, des intérêts, ainsi que des projections quant à la situation d'entretien, aux attentes du chercheur et à la recherche auquel il participe.

Comme déjà expliqué plus haut et malgré mon effort à vouloir me distinguer du dispositif médical ou du rôle de soignante, la mise en scène discursive propre aux entretiens réalisés a été marquée de manière paradoxale par ce cadre. Le fait que les patients aient eu un cheminement plus ou moins long au sein du dispositif psychiatrique a donc modifié leur manière d'interpréter leur situation et à parler de soi. Le langage utilisé, mais également la façon de mettre en scène sa propre histoire, gardaient des traces de cette expérience en psychiatrie. Toutefois, leur expérience avec les soignants ou les institutions psychiatriques

²⁴⁰ Cette dimension a été largement discutée dans la première partie de ce travail au sujet de l'absence d'investissement des personnes ayant eu des comportements suicidaires dans les initiatives de prévention du suicide.

avait parfois été décevante, difficile, voire traumatisante. Le fait que je n'appartenais pas au milieu psychiatrique et que j'étais anthropologue leur permettait d'en parler de manière assez libre et critique. Ma perspective plus attentive aux dimensions sociales et culturelles due à mon ancrage disciplinaire, qui émergeait également à travers les questions, leur permettait ainsi d'avancer des interprétations moins médicales et plus liées à l'organisation sociale, le travail, voire à des dimensions plus spirituelles. Les récits des patients jonglaient ainsi souvent entre des interprétations de type médical ou psychothérapeutique et des interprétations plus socio-anthropologiques. Ces différentes approches n'étaient toutefois pas perçues de manière contradictoire, au contraire. Dans un même entretien, des propos très marqués par une interprétation médicale pouvaient côtoyer des critiques virulentes envers une hospitalisation d'office, en passant par des interprétations spirituelles. Dans un autre entretien, l'explication de la tentative de suicide comme le résultat d'une situation de mobbing pouvait suivre des compliments chaleureux exprimés envers l'accueil reçu au SUC, malgré des divergences assez importantes quant à la lecture médicale qu'ils portaient sur leur situation. Le récit des patients exprimait ainsi la mise en sens souvent paradoxale que les patients avaient élaboré au travers de leur trajectoire de vie.

Pour essayer de mieux comprendre les enjeux sous-jacents au récit de vie recueilli à travers l'entretien ethnographique, on peut se questionner sur les motivations des patients à vouloir participer à la recherche. Une première hypothèse est liée, comme déjà évoqué plus haut, à la proximité de l'entretien ethnographique avec la consultation thérapeutique. La possibilité de raconter son histoire de vie, voire de recevoir un soutien (notamment pour les personnes toujours en détresse) a sûrement motivé les patients à accepter l'entretien, facilitant le déroulement de celui-ci et façonnant partiellement leurs récits. Une deuxième hypothèse porte plus sur le caractère socio-anthropologique de l'entretien. Celui-ci peut en effet devenir un espace où l'on peut rechercher un type de légitimité sociale ou politique. A premier abord, cette dimension semble plus difficile à identifier. Alors que par rapport à certaines thématiques, les dimensions socioculturelles ou politiques sont assez explicites (comme dans des situations liées à la migration, aux situations de conflit ou à propos des populations marginales) concernant les problématiques suicidaires, celle-ci sont moins claires à identifier. Le suicide, la souffrance psychique, ainsi que la prise en charge psychiatrique sont en effet plus facilement associés à une approche psychologique et médicale, que socio-anthropologique. C'est d'ailleurs ce qui ressortait souvent au début des entretiens avec les patients interviewés (mais aussi avec les soignants), lesquels ne comprenaient pas très bien ce qu'une anthropologue pouvait bien étudier dans ce

domaine. Malgré cela, le cadre de l'entretien ethnographique a permis l'émergence de certains discours chez les patients expliquant leur détresse par des éléments sociaux ou portant sur la psychiatrie un regard critique proche de celui qu'on retrouve dans nos disciplines. Ainsi, certains patients questionnés sur leur expérience liaient leur souffrance psychique à des dimensions contextuelles, comme les difficultés vécues sur leur lieu de travail, les conflits avec leur conjoint ou le décès de personnes très proches.

Les raisons pour lesquelles les patients ont pu accepter l'entretien, lié à une perception de l'entretien en tant qu'espace thérapeutique ou de reconnaissance sociopolitique, a ainsi pu avoir un impact sur la mise en récit des patients. Toutefois, les deux lectures (psychiatrique et sociologique) ont souvent été présentes dans les entretiens, sans nécessairement être mises en concurrence. Ceci témoigne que le cadre posé par l'entretien a été assez souple et ouvert à la parole du patient, quelle qu'elle soit.

Un autre élément intéressant permettant de percevoir la spécificité de la mise en scène de soi propre à l'entretien ethnographique, est celui de comparer les entretiens réalisés avec le contenu des dossiers médicaux consultés. Malgré les efforts entrepris afin d'instaurer une relation de confiance avec les interviewés, je réalisai qu'il existait des discordances entre le discours des patients et le dossier médical, où certaines informations avaient été omises dans l'entretien ethnographique. Dans la littérature socio-anthropologique, on met volontiers l'accent sur les éléments que l'interviewé dévoile au chercheur tout en les cachant au personnel soignant (Fainzang, 2006) ou aux employeurs (comme par exemple in Béliard et Biland, 2008). Ceci a été le cas dans mes entretiens, où certains éléments n'étaient pas présents dans le dossier médical. A partir des entretiens réalisés, j'ai remarqué que les interprétations plus spirituelles ou surnaturelles étaient absentes des dossiers médicaux. Anne me confia par exemple qu'elle avait vécu sa tentative de suicide comme si une force maléfique s'était emparée d'elle, explication qu'elle n'avait pas évoqué avec les soignants. Dans le dossier d'Arnaud, aucune note ne parlait de son parcours chez les Narcotiques Anonymes, qui lui avaient permis de sortir de sa dépendance à différentes drogues en s'appuyant sur une approche d'entraide tout en ayant une dimension spirituelle. De plus, Audrey me parla d'une sorte de « révélation mystique » vécue dans une chapelle lors de son hospitalisation, dont elle ne parla pas avec les soignants qui la suivaient à ce moment-là. Ces éléments, assez intimes, qui sont visiblement en contradiction avec la pensée rationnelle occidentale n'émergeaient que dans un deuxième temps au cours des entretiens, lorsqu'une certaine confiance s'était installée. L'absence de ces informations dans les dossiers peut s'expliquer soit par le fait que ces éléments n'ont pas été considérés

comme importants par les soignants, soit parce que le patient n'a pas voulu en parler avec eux, de peur d'être jugés ou que ces éléments soient utilisés comme éléments aggravant le tableau psychopathologique de la personne.

Toutefois, j'ai également constaté, au cours de mes entretiens, des omissions propres à l'entretien ethnographique qui étaient au contraire présentes dans les dossiers. Audrey n'évoque par exemple pas la dépendance à la cocaïne de son compagnon et sa tentative de sevrage. Une rechute de celui-ci avait en effet conduit la patiente à une tentative de suicide médicamenteuse. De plus, Audrey ne parle pas des épisodes de violence de son compagnon ou la dénonciation dont elle aurait fait l'objet de la part des services de protection de l'enfance. Dans le même ordre d'idée, Alban ne fait pas référence à la volonté de changer de sexe de son compagnon, épisode qui avait notamment aggravé sa crise suicidaire. Arnaud pour sa part ne parle pas des abus sexuels subis dans son enfance et Aurélie n'évoque pas l'abus sexuel subi en tant que jeune adulte.

Une première explication à ces omissions est liée à la question de l'intimité. De quelle manière dévoile-t-on ou pas certains épisodes personnels dans le cadre d'une relation de type ethnographique ? J'étais personnellement très soucieuse concernant cet aspect, car je voulais que la personne interviewée ait la liberté de dévoiler ou de cacher certains aspects de sa vie, sans se sentir obligée de « tout dire » en raison de l'autorité induite par le dispositif d'entretien. Demander à quelqu'un de raconter à une inconnue un des moments les plus durs de sa vie implique en effet qu'un lien de confiance s'établisse entre les deux interlocuteurs. Il s'agit pour l'interviewé de parler de choses très délicates, douloureuses et intimes, confiant que la personne en face pourra les respecter, mais aussi les écouter. Consciente de la difficulté que cet exercice représentait pour l'interviewé, mon souci a été celui de favoriser un climat de confiance, laissant une certaine liberté à mon interlocuteur quant aux sujets sur lesquels il voulait s'exprimer. Ce lien s'établissait déjà par lettre et par téléphone, où la liberté d'accepter ou pas l'entretien était maintes fois soulignée. Pendant l'entretien j'évitais les questions trop intrusives ou précises, privilégiant des questions très larges grâce auxquelles la personne pouvait, si elle le désirait, éviter de parler de certains sujets. Cette attitude faisait que parfois des sujets étaient omis pendant l'entretien. Arnaud ne parla aucunement de son orientation sexuelle ou de ses relations amoureuses. Alexandre ne fit aucune référence à sa situation affective pendant les trois quarts de l'entretien. C'est à ce moment qu'il me dit, concernant sa situation actuelle (sans que je lui pose explicitement la question) : « J'ai plus ou moins trouvé une copine que j'avais plus

depuis un moment... ça m'aide ça c'est clair pour sortir du boulot, parce qu'il faut aussi en sortir ».

Il s'agissait ainsi de remettre le dévoilement de soi dans le cadre d'une relation se voulant le plus libre possible. Ceci impliquait ainsi le fait de voir la parole intime comme un don de soi. Dans un souci de don/contre-don, je laissais également un espace aux interviewés afin qu'ils puissent me poser des questions, s'ils le souhaitaient. J'ai ainsi été appelée à m'exprimer autour de la spiritualité, l'éducation des enfants, mes origines, mais également autour d'aspects plus intimes comme le rapport avec mes parents ou ma vie amoureuse. Tout en me sentant libre de répondre ou pas à leurs questions, je vécu cela comme un échange. A travers leurs expériences et leurs réflexions, ces personnes m'ont appris énormément au niveau personnel et humain. La réciprocité semblait dès lors aller de soi, mes réponses étant tout à fait sincères.

Au contraire, pendant la consultation médicale, l'intimité du patient a un tout autre statut. Le rapport de pouvoir qui s'installe entre soignant et patient, conditionné par la situation de détresse du patient, compromet la liberté du patient quant à la gestion de son intimité. L'autorité du médecin, d'autant plus s'il est psychiatre, semble octroyer d'emblée un « droit d'accès » à l'intimité, qui fait dès lors l'objet d'une analyse et/ou d'un travail psychothérapeutique. La réciprocité est la plupart des fois absente et l'objectif du soignant est celui de percer le plus possible l'intimité du patient car cela est censé lui donner une vision plus complète de son état psychopathologique. Des omissions de la part du patient sont perçues comme le signe d'une difficulté ou d'un problème, voire d'une certaine insolence du patient, ne respectant implicitement pas le « droit d'accès à l'intimité » du médecin. De plus, une fois dévoilés, ces éléments intimes viennent à former le dossier du patient, qui est accessible par tous les soignants de l'hôpital, voire par des chercheurs comme moi. La parole intime perd ainsi son statut de don ou de dévoilement, pour devenir une information objective qui peut être connue par tous les soignants, indépendamment du lien entretenu avec le patient en question.

Certains patients préservaient fortement cette intimité, que ce soit avec moi ou vis-à-vis du monde médical. Par exemple, Arnaud qui avait été hospitalisé deux fois pour des problèmes de dépendance décida, après avoir arrêté toute consommation avec les Narcotiques Anonymes, de demander son dossier à l'hôpital. Cet acte montre une volonté de se réapproprier des informations relatives à son passé. Aujourd'hui, les dossiers de ses hospitalisations ne sont donc plus accessibles à partir de la base de données mais leur consultation doit faire l'objet d'une demande spécifique adressée à l'hôpital cantonal. Lors

de notre rencontre, il passa également sous silence certains épisodes très personnels de sa vie (que je pus toutefois lire dans le dossier médical).

Pour d'autres patients, au contraire, c'était comme si le fait de raconter des expériences de viol, de tentative de suicide ou de mauvais traitements avait d'une certaine manière perdu son caractère intime, relatif au don de soi. L'influence du dispositif médical semblait avoir transformé ces expériences de vie en épisodes objectifs, de la même manière que l'on pourrait les lire dans un dossier médical. Dans l'entretien ethnographique, ces épisodes émergeaient très vite, sans même qu'une réelle relation de confiance se soit établie, comme si le fait d'être associée en tant que chercheuse au monde médical semblait suffire pour avoir l'accès à ces informations. C'est notamment le cas d'Alma qui me parle du viol subit par son père après quelques minutes d'entretien²⁴¹. La question d'Alma au sujet de l'obligation du fait qu'elle doive « tout raconter » montre l'influence du dispositif médical, où l'on est censé se dévoiler complètement à son psychiatre. Malgré ma réponse, qui essaie de ramener l'entretien à un autre niveau, Alma parle sans détours de l'abus subi. Dans cette facilité à se raconter sur des éléments si personnels, je perçois une perte de sensibilité face à au caractère profondément intime et dramatique de cet épisode. De plus, l'autorité du médecin permettant d'avoir accès à l'intimité de l'autre, m'était en quelque sorte conférée. D'ailleurs, cette attitude était surtout présente chez les personnes interviewées au sein du SUC.

Cette réflexion s'insère d'ailleurs dans une dynamique plus large de transformation du rapport à l'intimité propre à notre époque. En retraçant l'émergence de l'attention nouvelle portée à cette question, Ehrenberg parle de « l'entrée de l'intime dans l'espace public » (1998: 128). L'élargissement du champ d'intervention de la psychiatrie et l'émergence de nouveaux « malheurs intimes », dont la dépression constitue selon lui un exemple emblématique, ont ainsi transformé l'intimité en un objet public. La prise en charge psychothérapeutique passe d'ailleurs par le dévoilement et la socialisation de l'intime, censés amener à une meilleure connaissance de soi et à un rétablissement. Ainsi, l'omission de certains éléments lors de l'entretien ethnographique ne doit pas être considérée comme un manque de confiance envers le chercheur, mais témoigne d'un

²⁴¹ Voici l'extrait d'entretien, déjà cité plus haut dans ce chapitre, au sous-chapitre *Se distinguer du rôle de soignante* : « *Est-ce que vous pouvez me raconter un peu votre enfance et votre adolescence, où vous avez grandi, avec qui... Tendue. Vous étiez... Au pays, avec des coups, violences. Par mon père. Il faut que je raconte tout ? Non, ce que vous voulez. A 11 ans j'ai été violée par mon père. Ce que ça a fait que je suis venue en Suisse. Depuis j'ai plus aucun contact avec* ».

rapport à l'intimité ayant préservé sa dimension privée, où le patient se dévoile à mesure que la relation avec le chercheur s'approfondit.

Un deuxième élément d'explication passe par le fait que ces omissions sous-tendent une certaine logique qui leur est propre. Dans un premier temps, on pourrait en effet interpréter ces omissions comme le reflet d'une représentation de soi idéalisée (Goffman, 1973: 40) propre aux classes défavorisées, voulant donner, dans une logique d'ascension sociale, une image plus valorisante de soi. L'analyse approfondie des entretiens montre toutefois une logique plus complexe. En effet, l'omission ou la « révélation » de certains épisodes se faisait en rapport à une mise en récit de soi façonnée par la « culture » psychothérapeutique. Ce travail a permis aux patients interviewés de parler de certains épisodes dégradants ou dévalorisants sans pour autant « perdre la face »²⁴². D'un côté, cela est lié à une reconnaissance donnée au patient en tant que victime de ces événements. Le fait d'avoir subi des violences ou la négligence des parents et même le fait d'avoir essayé de se suicider, éléments normalement considérés comme dévalorisants et donc cachés, sont au contraire présentés selon une logique compassionnelle et victimisante. Sans nécessairement leur attribuer une connotation à proprement parler valorisante, l'interprétation psychothérapeutique permet d'atténuer les aspects honteux et culpabilisants, en les associant aux notions de souffrance, de détresse ou de pathologie. D'un autre côté, les patients (notamment ceux qui n'étaient plus en crise) se présentaient comme ayant fait « un travail sur soi », opérant ainsi une distinction entre le soi-passé et le soi-actuel. Si le soi-passé se caractérisait plutôt par la souffrance et le sentiment d'impuissance, le soi actuel était présenté comme plus serein et proactif. L'entretien ethnographique devenait ainsi un espace où reparcourir cette transformation, ce qui permettait une mise en scène gratifiante de soi. L'interviewé pouvait ainsi « s'exposer » en dévoilant des éléments potentiellement dévalorisants à condition qu'ils soient interprétés selon un registre « compassionnel ». Une autre condition était qu'il puisse mettre en évidence son parcours d'évolution, comme par exemple celui lui ayant permis de sortir de la drogue, de la violence conjugale, des comportements ou idées suicidaires, voire de la dépression. Cela reflète la « socialisation de l'intime » intrinsèque à la prise en charge psychothérapeutique et qui conduit, entre autre, à une transformation dans la manière de parler de soi et de son intimité (Donnars, 2001).

²⁴² Cette réflexion s'applique de manière variable à tous les patients interviewés. Il s'agira dans le chapitre 6 de complexifier l'analyse en regardant de plus près les nuances propres à chaque situation individuelle. Notamment pour les personnes étant toujours dans une situation de crise, il semblerait que ce paradigme de sens et d'évolution personnelle n'a pas pu être intégré.

Certaines omissions lors des entretiens ethnographiques sont donc à interpréter dans cette logique. Il s'agit en effet d'éléments discordants par rapport à cette mise en scène de soi. Par exemple, pour Audrey, le fait d'admettre d'avoir été convoquée par le service de protection de l'enfance risquait de remettre en question la cohérence de l'image de victime qu'elle essayait de montrer à travers son récit. En plus, le fait que son compagnon consommait de la cocaïne ou avait été violent vis-à-vis d'elle pouvait compromettre l'image qu'elle donnait de lui comme étant un homme attentif et compassionnel ayant contribué de manière positive à son « travail sur soi »²⁴³.

Si le paradigme psychothérapeutique semble avoir eu un impact important dans la mise en scène de soi, une lecture socio-anthropologique s'est également retrouvée chez certains patients, impliquant d'autres type d'omissions. Aurélie, par exemple, expliquait sa détresse psychologique et ses tentatives de suicide répétées par la situation de mobbing subie sur son lieu de travail. Recherchant ce type de légitimation (que la psychiatrie ne lui avait d'ailleurs pas validé), elle n'a pas évoqué lors de l'entretien le viol subit en tant que jeune adulte ou le fait d'avoir eu un père violent et alcoolique. Ces épisodes auraient en effet pu compromettre la vision et le sens qu'elle essayait de donner à son histoire. Adrien, en expliquant comment il en était arrivé à faire une tentative de suicide, insista beaucoup sur les événements ayant précédé son passage à l'acte, notamment la manipulation psychologique subie par une personne connue sur internet. Il raconta de manière très succincte des éléments liés à son enfance (notamment le fait qu'il avait grandi dans des institutions, voyant ses parents une fois par mois), qui auraient pu donner un autre éclairage et un autre sens à son récit (de type plus psychologique). Sous certains aspects, la lecture influencée par le paradigme socio-anthropologique reprend certains éléments propres à la logique psychothérapeutique. L'explication de sa détresse implique également une vision de soi en tant que victime d'un certain contexte social ou culturel. Toutefois, il n'y a pas nécessairement un accent qui est mis sur la transformation de soi en tant que moyen pour sortir de cette situation de victime. C'est plutôt le fait d'avoir agi au niveau du contexte qui semble avoir permis à ces personnes d'aller mieux (avoir engagé un procès pour mobbing, avoir dénoncé la personne qui l'a harcelé, avoir changé de travail, etc.). Toutefois, ces différentes interprétations étaient parfois présentes de manière concomitante dans le récit des personnes et un type de lecture n'excluait pas l'autre.

²⁴³ Il ne s'agit absolument pas ici de remettre en question les qualités du compagnon et le fait qu'il ait effectivement eu un rôle positif dans le cheminement de la patiente. Son omission dans le récit de ces éléments témoigne toutefois d'une crainte vis-à-vis d'une interprétation de ce type, pouvant remettre en question l'image de soi qu'elle donnait à travers son récit.

Si l'entretien ethnographique, en tant que représentation publique de soi, peut favoriser des formes d'idéalisation, cela se faisait suivant un schéma discursif bien précis correspondant à un schéma culturellement influencé par les paradigmes qui font sens pour la personne. Le récit de vie propre à l'entretien ethnographique permet ainsi de mettre en évidence comment certains éléments propres à la psychiatrie et à la psychothérapie ou à une sorte de sociologie implicite sont devenus, pour les patients interviewés, un véritable pourvoyeur de sens quant à leur vécu et à leur histoire. Bourdieu met en évidence, dans un article sur l'« L'illusion biographique », les dynamiques propres au récit de vie, facilitant une mise en scène de soi finalisée à donner du sens à son parcours de vie : « On est sans doute en droit de supposer que le récit autobiographique s'inspire toujours, au moins pour une part, du souci de donner sens, de rendre raison, de dégager une logique à la fois rétrospective et prospective, une consistance et une constance, en établissant des relations intelligibles, comme celle de l'effet à la cause efficiente ou finale, entre les états successifs, ainsi constitués en étapes d'un développement nécessaire » (Bourdieu, 1986: 69). La personne amenée à faire un récit de vie devient ainsi un « idéologue de sa propre vie », selon les mots de Bourdieu, dans le sens qu'il est amené à établir des liens et donner une cohérence à son cheminement. Dans le cas présent, les récits empruntent ainsi des éléments propres à certaines idéologies permettant aux patients interviewés de donner un sens aux difficultés vécues, tout en offrant une image de soi positive dans la « scène » qui leur est offerte au travers de l'entretien ethnographique.

3.3. Un matériel ethnographique varié

Le matériel empirique sur lequel se basent mes descriptions et mes analyses du SUC est composé d'observations, d'entretiens avec les soignants auxquels s'y ajoutent la consultation des dossiers des patients. J'ai été présente dans le service de manière plus ou moins régulière pendant 15 mois, entre novembre 2008 et janvier 2010. Une autre partie importante du matériel recueilli est formé par les entretiens réalisés entre avril 2009 et août 2010 avec les patients ayant consulté au SUC pour des problématiques suicidaires.

Les observations au sein du SUC

Les observations ont été réalisées lors des colloques de l'équipe du SUC se déroulant tous les mardis après-midi dans une salle de réunion du service dont la durée était d'environ une heure. 17 colloques ont été observés sur une durée de 8 mois, entre novembre 2008 et juin 2009. Parmi ces colloques, 10 portaient sur des cas de patients dont 7 concernaient des problématiques suicidaires. Les autres colloques portaient sur des troubles psychiatriques précis (comme l'épisode dépressif moyen ou le trouble de l'adaptation), sur l'organisation du service ou sur des recherches réalisées au sein du département de psychiatrie. En général, les colloques étaient présentés à tour de rôle par un infirmier et un médecin et, plus rarement, par un assistant social. Un des médecins chefs s'occupait de diriger la séance et la discussion. Tous les soignants du SUC étaient susceptibles de participer aux colloques, mais la fréquentation était très irrégulière. Aux colloques assistaient entre 4 et 12 soignants. Ceux qui étaient de garde²⁴⁴ (infirmiers et médecins assistants) étaient présents en fonction des patients arrivés aux urgences ; ceux qui s'occupaient des suivis de crise (parmi eux des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux et des psychologues) étaient en général présents, car ils n'étaient pas censés recevoir des patients pendant le déroulement du colloque. Pendant les colloques, les « bips » sonnaient régulièrement et les soignants entraient et sortaient de la salle afin de répondre aux appels (cela était également le cas pour les chefs de service qui dirigeaient la séance). Ces va-et-vient donnaient aux colloques un rythme quelque peu décousu, car les discussions étaient souvent interrompues et les soignants qui rentraient après un moment d'absence n'arrivaient souvent plus à suivre le fil des discours.

²⁴⁴ Comme je l'aborderai dans le chapitre 4, le travail du service était divisé en temps de garde, où les médecins assistants et les infirmiers s'occupaient des urgences qui arrivaient au SUC, et en temps de crise, où tous les soignants du SUC réalisaient, sur rendez-vous, des consultations avec les patients qui effectuaient des suivis de crise.

Les soignants ne participaient pas aux colloques de manière très enthousiaste et plusieurs d'entre eux prenaient des patients exprès pendant cette tranche horaire afin d'avoir une bonne excuse pour ne pas y participer. Lors d'un colloque en particulier, cette insatisfaction, venant surtout des infirmiers présents, a été exprimée avec beaucoup d'intensité. Les plaintes étaient liées aux difficultés inhérentes au travail dans le service (charge de travail trop grande, patients difficiles à gérer, organisation pas claire, etc.) et au fait que ces colloques ne permettaient pas un vrai partage. Ces colloques étaient dépeints comme inutiles, comme des espaces que personne n'investissait (surtout pas les médecins assistants) et qui n'étaient pas conduits de manière compétente par les médecins chefs. A la suite de cette séance, les chefs décidèrent de modifier légèrement la nature de ces colloques en les orientant davantage sur la présentation de sujets spécifiques et moins sur des présentations de cas. Cela semblait plus correspondre aux attentes des soignants. Lors de la réorganisation survenue en octobre 2009²⁴⁵, ces colloques ont disparu, laissant la place, tout au long de la semaine, à des colloques plus courts, plus fréquents et mieux définis par leur contenu²⁴⁶.

La plupart des fois, j'assistais aux colloques sans intervenir, me contentant d'observer et de prendre des notes (je n'avais en effet pas l'autorisation d'enregistrer les séances). A quelques reprises, j'ai pris la parole, notamment pour demander des éclaircissements concernant les vignettes cliniques²⁴⁷ présentées, ou pour expliquer mon point de vue au sujet d'un argument discuté (comme à propos de la dépression). Toutefois, cela n'était pas toujours très aisé à faire. D'une part, le climat des colloques n'était pas des plus détendus et, de manière générale, peu de personnes osaient intervenir. La parole était monopolisée surtout par la personne faisant la présentation, par les cadres, par la psychologue et par quelques médecins assistants. Infirmiers et assistants sociaux participaient plus rarement (à moins qu'ils ne présentaient la séance ou qu'ils suivaient personnellement le patient faisant l'objet du colloque). D'autre part, j'avais de la peine à voir comment mes connaissances théoriques socio-anthropologiques pouvaient réellement apporter quelque chose aux discussions. Celles-ci étaient très axées sur l'intervention et la pratique psychiatrique et peu de place était accordée à des réflexions plus générales, théoriques ou épistémologiques,

²⁴⁵ J'aborderai dans le chapitre 4 les particularités de cette réforme au sein du SUC.

²⁴⁶ Après la grande réforme survenue en octobre 2009, l'organisation des colloques a subi plusieurs changements successifs afin de trouver, selon les mots d'un chef de clinique, « la bonne formule » pour répondre aux exigences du travail du service. Il est donc difficile ici d'indiquer clairement la nouvelle organisation des colloques. Toutefois, un colloque avec une vocation réflexive, similaire à celui observé, se déroulait en novembre 2009 à un rythme bimensuel, centré principalement sur les cas vus en urgences.

²⁴⁷ Il s'agit de la présentation d'une situation clinique à travers la description détaillée du cas d'un patient.

auxquelles j'aurais pu contribuer plus facilement. D'ailleurs les soignants ne m'interpellèrent que très rarement et ma présence au colloque passait pour le plus souvent inaperçue.

Les entretiens avec les soignants

J'ai réalisé des entretiens individuels avec les soignants entre janvier 2009 et janvier 2010. En tout, 15 soignants ont été interviewés (sur un total de 25 professionnels) : deux médecins chefs de clinique (sur trois), cinq médecins assistants (sur 9), un infirmier chef (le seul du service), trois infirmiers (sur 9), deux psychologues (celle qui était présente avant octobre 2009 et puis sa remplaçante), deux assistants sociaux (les deux du service travaillant avant octobre 2009). Un entretien approfondi a également été réalisé avec le médecin cadre du service de psychiatrie de liaison (le médecin A, cité précédemment). Les interviews duraient entre une et deux heures. La majorité de l'interview était effectuée en une fois, mais certains entretiens ont été réalisés en deux ou trois phases, selon les disponibilités et l'intérêt des soignants. Je demandais aux soignants de prévoir toujours une heure d'entretien mais parfois les soignants prenaient du retard en raison d'une consultation ou d'une supervision qui s'était prolongée plus que prévu. Lorsque l'entretien devait se terminer en raison du rendez-vous suivant et que les sujets à discuter n'avaient pas pu être tous abordés, je proposais aux soignants de trouver une autre plage horaire afin de poursuivre l'entretien. Toutefois, les infirmiers et les médecins assistants devaient toujours jongler avec leur planning très serré et imprévisible. Lorsqu'ils étaient de garde, l'entretien était souvent reporté en raison de l'arrivée de patients venant consulter en urgence. Si l'entretien était fixé pendant les heures que le soignant consacrait aux suivis de crise, les consultations se suivaient de manière très serrée et parfois notre entretien était annulé à la dernière minute en raison des différents retards pris au cours de la journée. Pour les entretiens avec les médecins chefs, les assistants sociaux et les psychologues, l'organisation était beaucoup plus facile. Les rendez-vous fixés étaient presque toujours respectés et le temps à disposition pouvait facilement dépasser l'heure et demie avec peu ou pas d'interruptions.

Au début des entretiens, une lettre expliquant les buts de la recherche était donnée aux soignants qui devaient ensuite signer un formulaire de consentement. Cette partie s'est toujours déroulée sans aucun problème, les soignants signant le formulaire de consentement sans poser de questions. Du moment que la Commission d'éthique et les cadres avaient accepté la recherche, leur accord aux conditions de l'entretien semblait aller

de soi. En réalité, l'acceptation ou le refus de l'entretien se faisait au moment où je les contactais pour fixer un rendez-vous. Certains soignants, sans explicitement refuser l'entretien, disaient qu'ils n'avaient pour le moment pas le temps ou ils annulaient le rendez-vous à la dernière minute sans proposer une nouvelle plage horaire. Après plusieurs tentatives échouées, je finissais par laisser tomber, comprenant ainsi, derrière les annulations et les temporisations, un refus de participer à la recherche (cela a été le cas à 3 reprises). Cette réticence peut s'expliquer par un manque réel de temps de la part des soignants, mais elle est certainement également liée à un intérêt assez faible pour cette recherche, dont l'utilité d'un point de vue médical leur semblait absente²⁴⁸. Le fait que l'étude portait sur leur travail et leurs représentations pouvait en outre être vécue comme inconfortable ou menaçante pour certains d'entre eux.

Les entretiens étaient réalisés dans les bureaux des soignants et ont été enregistrés. Le climat des entretiens variait beaucoup. Lors des premiers entretiens, je connaissais peu les soignants et je ne maîtrisais pas encore bien le langage et les pratiques psychiatriques. Les entretiens se déroulaient alors de manière plus formelle. En revanche, ceux réalisés vers la fin de mon terrain avec des soignants que j'avais côtoyé déjà depuis plusieurs mois se sont déroulés dans une atmosphère plus détendue et spontanée, donnant ainsi des entretiens plus riches. La grille d'entretien que j'avais préparée s'est modifiée au cours du terrain en fonction des statuts des professionnels en présence et de l'évolution de mes réflexions. De manière générale, elle était axée autour des thématiques suivantes : le parcours professionnel du soignant, le travail qu'il effectuait dans le service, le contact avec les patients suicidaires, le récit de cas de patients suicidaires vus en urgence et/ou en suivi de crise, les représentations générales sur le suicide, sur la prévention du suicide et sur le rôle de la psychiatrie dans ce domaine. A la fin de l'entretien, les soignants exprimaient souvent leur contentement d'avoir participé à l'entretien, celui-ci leur ayant permis de porter un regard réflexif sur leur pratique et de réfléchir à la question de la prise en charge des personnes suicidaires de manière renouvelée. Une soignante m'avait d'ailleurs demandé, à la fin de l'entretien, de lui envoyer la retranscription de l'interview afin de s'en inspirer pour ses réflexions et ses écrits. D'une certaine manière, l'entretien ethnographique s'insérait dans une démarche déjà présente dans l'approche psychiatrique valorisant la réflexivité.

²⁴⁸ Ceci reflète finalement la perception que les médecins avaient des connaissances socio-anthropologiques, considérées comme peu utiles d'un point de vue de la pratique médicale.

Entre novembre 2008 et février 2010, de nombreuses discussions informelles ont enrichi et complexifié mes réflexions. Celles-ci ont eu lieu avec les deux médecins chefs (les médecins A et B), avec plusieurs médecins assistants et avec la secrétaire médicale qui m'aidait dans le travail sur les dossiers.

La consultation des dossiers des patients

Entre octobre 2009 et janvier 2010, j'ai étudié 272 dossiers de patients. J'ai choisi de lire tous les dossiers des patients ayant consulté au SUC durant le mois X, correspondant à une période antérieure d'environ une année au moment de la lecture des dossiers²⁴⁹. A travers la base de données du service, j'ai pu accéder à 171²⁵⁰ dossiers de patients ayant consulté une première fois pendant le mois X et à 16 autres dossiers de personnes concernées par des problématiques suicidaires ayant consulté les mois précédents et/ou successifs²⁵¹. Une partie d'entre eux avait consulté seulement une fois aux urgences psychiatriques et une autre partie (environ un quart des patients) avait fait un suivi de crise plus ou moins long²⁵². Les psychiatres assistants ne travaillaient pas uniquement au sein du SUC mais étaient souvent appelés aux urgences « somatiques » (par exemple lors d'une tentative de suicide avec des séquelles physiques). Concernant ces consultations, seulement ceux qui avaient accepté de revoir le psychiatre une deuxième fois possédaient un dossier dans ce service. Je n'ai pas pu avoir accès au dossier de ceux qui avaient vu un psychiatre qu'une seule fois aux urgences somatiques (qui n'avaient donc pas été hospitalisés en psychiatrie, leur dossier se trouvant uniquement dans la base de donnée des urgences somatiques).

J'ai également choisi de consulter les dossiers des patients ayant été hospitalisés à l'hôpital psychiatrique pendant le mois X. Ce choix était lié au fait que les dossiers des patients hospitalisés à la suite d'une consultation au SUC (ou après avoir vu un médecin du SUC aux urgences somatiques) n'étaient pas présents dans la base de donnée électronique du

²⁴⁹ Pour des raisons de confidentialité, j'ai choisi de ne pas préciser le mois. Le mois en question a été choisi arbitrairement afin d'avoir accès à des situations relativement récentes. Le fait qu'une année se soit écoulée entre la consultation en urgences et l'entretien ethnographique devait ainsi permettre d'en parler avec un certain recul. Ceci augmentait également les chances que le patient soit dans une situation de relative stabilité psychologique, censée favoriser le déroulement de l'entretien ethnographique.

²⁵⁰ Parmi ces dossiers, 10 n'étaient pas disponibles et seules les informations informatisées dans la base de données ont pu être utilisées.

²⁵¹ Ces dossiers avaient été consultés à la suite d'impressions erronées de la part de la secrétaire médicale ou afin d'avoir accès aux dossiers des patients interviewés par le biais des médecins assistants.

²⁵² Pour les suivis de crise, il s'agit de patient ayant commencé le suivi pendant le mois X. Je n'ai donc pas consulté des patients ayant commencé le suivi avant et qui poursuivaient le suivi pendant le mois X.

service²⁵³. La version papier de ces dossiers était gardée quelques mois dans un classeur qui était assez rapidement détruit (pour la période choisie, les dossiers avaient ainsi déjà été éliminés²⁵⁴). Afin d'avoir accès à cette population, je me suis donc appuyée sur la base de donnée des patients hospitalisés en psychiatrie pendant le mois X (85²⁵⁵ en tout). Parmi ces dossiers, 24 étaient ceux de patients ayant été hospitalisés après une consultation au SUC. Les autres patients avaient été hospitalisés par le biais d'un médecin travaillant dans une autre institution ou en privé.

La gestion des dossiers était donc assez compliquée, notamment en ce qui concerne les hospitalisations. La manière de classer les dossiers, mais aussi la manière dont les informations étaient saisies ne permettait pas toujours de savoir avec précision dans quel cadre la personne avait été hospitalisée. D'un côté, ce flou témoigne du fait que ce genre d'informations n'était pas considéré comme important pour les soignants. D'un autre côté, on pourrait lier ce manque de clarté à une volonté explicite de ne pas associer directement le SUC aux hospitalisations, notamment d'office. En l'absence de chiffres précis, le service évitait ainsi d'être vu comme le secteur au sein duquel s'exerçait le pouvoir répressif de la psychiatrie, très mal perçu tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution.

Pour la consultation des dossiers, je me suis appuyée sur des bases de données électroniques fournies par le service informatique de l'hôpital comprenant une série d'informations déjà numérisées : le numéro du dossier, la date de la consultation, l'âge, le genre, les diagnostics, le statut médico-légal (traitement volontaire ou sous contrainte), le mode de vie (vivant seul, en ménage privé, dans un foyer, etc.), la nature du traitement (intervention de crise, investigation, etc.), le niveau scolaire atteint, l'occupation et le mode d'arrêt du traitement (de commun accord, à l'initiative du patient ou du soignant). A partir des numéros de dossiers du mois X, la secrétaire médicale imprimait les dossiers complets des patients²⁵⁶. Les dossiers comprenaient une feuille principale sur laquelle figuraient les données déjà numérisées et d'autres informations comme l'origine, la confession, l'état civil, la personne qui avait adressé le patient au service (un médecin privé, un proche, de manière indépendante, etc.), le nom des soignants du SUC ayant suivi le patient, le degré d'urgence (immédiat ou agencé), le traitement psychologique (suivi en psychiatrie privée

²⁵³ Il y avait parfois des exceptions, notamment pour les dossiers de patients ayant été hospitalisés dans des institutions se situant dans un autre canton.

²⁵⁴ Ces dossiers n'étaient donc pas encore archivés au sein du SUC.

²⁵⁵ Sur les 85 dossiers, seuls 70 étaient complets. Pour les autres, j'ai uniquement eu accès aux informations informatisées de la base de données.

²⁵⁶ Je n'avais en effet pas personnellement accès au système informatique de l'hôpital.

ou publique, par un généraliste, sans traitement, etc.) et la catégorie professionnelle. Dans le dossier se trouvait également le « Document d'accueil infirmier », qui était la trace écrite de la première consultation du patient arrivé aux urgences réalisée par un infirmier. Dans ce document se trouvaient des informations telles que le motif de l'appel/de la venue, des indications concernant le réseau primaire du patient (famille proche, amis), le réseau secondaire (médecin, assistant social, traitement suivi, etc.), la « manifestation clinique » (des indications concernant l'urgence de la situation et les symptômes directement observables), ainsi que l'« attitude » (si le patient avait été renvoyé à la maison, s'il avait reçu des médicaments, etc.).

Ensuite se trouvait la « Fiche d'intervention/d'admission urgence » remplie par le médecin assistant et témoignant de la deuxième consultation, effectuée en binôme par l'infirmier et le médecin assistant. Celle-ci indiquait le motif de la venue, les « éléments anamnestiques significatifs », une « observation succincte en 10 mots-clefs » (présentation générale, troubles de la conscience, pensée, comportement, humeur, délire, hallucinations), une « impression diagnostique » (en référence à la CIM-10) et l'attitude thérapeutique envisagée.

Dans le dossier pouvaient se trouver également les notes manuscrites des consultations lorsqu'il y avait eu un suivi de crise, une feuille avec l'évaluation du potentiel suicidaire ou la fiche relative à l'hospitalisation volontaire ou d'office (avec la signature du patient en cas d'hospitalisation volontaire et les motivations de l'hospitalisation en cas d'hospitalisation d'office). Lorsque le patient avait été vu plus de 3-4 fois en suivi de crise ou avait été hospitalisé, le dossier comprenait un résumé informatisé de la prise en charge avec un récit plus détaillé de l'histoire de vie du patient et de l'évolution de la prise en charge. Le dossier pouvait également comprendre des courriers échangés avec les assurances ou avec d'autres soignants faisant partie du réseau de santé du patient.

Je consultais les dossiers des patients pendant une demi-journée deux ou trois fois par semaine dans les bureaux des soignants absents ou dans des salles de réunion. A partir de la base de données informatique, j'ai ainsi complété les fiches des patients en insérant les informations lues dans les dossiers. Je me suis tout particulièrement intéressée aux patients ayant consulté pour des raisons d'idées, comportements ou menaces suicidaires, mais j'ai également retranscrit une grande partie des dossiers touchant à d'autres problématiques.

Durant les premières semaines, je passai beaucoup de temps à déchiffrer la terminologie médicale, à l'aide de livres de psychiatrie, du manuel de classification diagnostique utilisé (la

CIM-10) ou d'autres ouvrages d'intervention en urgences psychiatriques. Le langage utilisé, qui me semblait au début difficile d'accès, devint petit à petit plus facile à comprendre, me permettant ainsi de saisir plus en profondeur la logique psychiatrique. Il s'agissait avant tout de saisir la logique sous-jacente à la rédaction des dossiers. Pourquoi tel type d'information était noté et pas tel autre ? Dans quel but certaines informations étaient présentes dans les dossiers ? Tout en me familiarisant davantage au langage psychiatrique, la lecture de ces nombreux dossiers m'a permis de mieux comprendre l'organisation du service et la logique de la prise en charge. Ainsi, au travers de la consultation des dossiers, j'eus accès à plusieurs aspects du travail du service auxquels je n'avais pas pu accéder en raison des limitations imposées aux observations.

Les entretiens avec les patients

Entre avril 2009 et août 2010, j'ai réalisé 14 entretiens avec des patients. Deux personnes interviewées étaient des patientes « suicidaires chroniques » des médecins cadres. Les autres patients avaient consulté en urgence au SUC pour des problématiques suicidaires. Deux patients (un homme et une femme) étaient toujours en suivi de crise au SUC lors de l'entretien et j'avais pris contact avec eux par le biais des médecins assistants. Au travers de la prise de contact par lettre, j'ai interviewé 10 personnes (5 femmes et 5 hommes). Les patients trouvés par le biais des médecins chefs ou des médecins assistants ont été interviewés dans les locaux du SUC. Les autres entretiens ont été effectués dans un endroit choisi par le patient²⁵⁷. Les entretiens duraient entre une et deux heures et demie.

Les patients que j'entendais interviewer devaient avoir consulté au moins une fois au SUC pour une problématique liée au suicide. De fait, ces deux critères impliquaient également que le patient ait entre 18 et 65 ans²⁵⁸. Ces critères assez généraux faisaient en sorte que parmi les patients susceptibles d'être interviewés, il existait une très grande diversité. Les problématiques rencontrées comprenaient à la fois les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les menaces suicidaires. Certains patients étaient venus au SUC de manière volontaire, d'autres avaient été accompagnés par des proches et d'autres encore avaient été amenés de force par la police. Il y avait en outre des patients qui se trouvaient aux

²⁵⁷ Comme déjà évoqué au chapitre 3.2., quatre personnes m'ont invité chez elles, trois sont venues à l'Université et trois interviews se sont déroulés dans des cafés.

²⁵⁸ Le SUC était adressé principalement aux adultes entre 18 et 65 ans. Il arrivait que des adolescents ou des personnes âgées consultent lorsque les services spécialisés étaient fermés, principalement la nuit et les week-ends. Il s'agissait toutefois d'une intervention d'urgence et ces personnes étaient redirigées toute de suite vers les services destinés à leur classe d'âge.

urgences somatiques en raison des séquelles de leur tentative de suicide²⁵⁹ et qui décidaient de faire un suivi de crise. Certains étaient hospitalisés à la suite de leur consultation, d'autres disparaissaient tout simplement « dans la nature ». Là non plus, je ne voulais pas isoler une typologie par rapport à une autre. Je voulais étudier les différents types d'expériences qui avaient lieu dans ce service en relation à la problématique suicidaire. L'objectif était ainsi d'avoir un échantillon assez représentatif des possibles problématiques suicidaires présentes au SUC, ainsi que des différents types de prises en charge.

Ces critères relativement larges que je souhaitais isoler posaient un grand problème aux soignants, notamment aux médecins assistants qui m'aidèrent dans la première phase de recherche des patients. En effet, cela ne correspondait absolument pas aux critères assez stricts et découlant d'une catégorisation médicale, typique des recherches cliniques. Pendant cette phase, les médecins me demandaient souvent : « Quels sont tes critères d'inclusion ? », « A quelle type de pathologie tu t'intéresses ? ». Le fait que les idées, les comportements et les menaces suicidaires ne correspondaient pas à une catégorie médicale précise leur posait problème et les rendaient suspects quant à mes réelles compétences de chercheuse et de scientifique (doutes qui s'élargissaient de manière plus générale à la discipline scientifique que je représentais). Malgré ces critères et les justifications que je fournissais quant à la validité de cette démarche, les médecins assistants filtraient largement le choix des patients à qui proposer l'entretien. Dans la deuxième phase de recherche de patients, j'eus une plus grande liberté dans la sélection des patients, que je choisisais après avoir lu leur dossier médical. Parmi tous les patients ayant consulté au SUC pour des questions liées au suicide, je fis une sélection dans l'intention de garder une certaine diversité dans l'échantillon (concernant les types de problématique suicidaire, de suivi entrepris, ainsi que les données sociodémographiques comme l'âge, le genre, l'origine et la catégorie socioprofessionnelle). Par rapport aux patients que j'ai finalement interviewé, cette représentativité fut préservée dans les grandes lignes en ce qui concerne le genre, la catégorie socioprofessionnelle et l'âge²⁶⁰. Concernant le type de problématique suicidaire, je ne pus interviewer qu'une personne ayant proféré des menaces suicidaires (qui était en fait une mise en scène afin d'obtenir un certificat d'arrêt de travail) et aucune ayant été amenée par la police au SUC. Les menaces suicidaires et la consultation à la suite d'une intervention policière allaient d'ailleurs

²⁵⁹ Parmi ces patients, seulement ceux qui avaient accepté une deuxième consultation avec un psychiatre ou ceux qui avaient été hospitalisés en psychiatrie ont été pris en compte dans cette recherche.

²⁶⁰ Un tableau avec les caractéristiques plus précises pour chaque patient interviewé se trouve au chapitre 5.1.

souvent de pair. Pour ces personnes, la consultation au SUC n'était pas voulue, ce qui explique leur refus à l'entretien que je leur proposais qui leur rappelait probablement cet épisode désagréable²⁶¹. Comme évoqué plus haut, tous les patients interviewés avaient suivi un parcours psychothérapeutique. Il s'agit toutefois là d'un biais important (pourtant révélateur, comme le démontre l'analyse du chapitre 3.2.), dans le sens que toutes les personnes interviewées étaient plus ou moins familiarisées au langage et aux dispositifs psychiatriques. Cependant, les opinions exprimées sur la psychiatrie, le niveau d'intérêt autour de cette discipline, la compréhension de ses concepts, le degré d'adhésion à son dispositif, ainsi que le vécu vis-à-vis de ce monde variaient énormément d'un interviewé à l'autre. Malgré ce biais, je pus ainsi recueillir des positionnements très riches et variés.

²⁶¹ A partir des dossiers médicaux, on constate en effet que ce genre de population, la plupart des fois des hommes, ne consultait souvent plus à la suite de cet épisode, ni au SUC ni dans un autre service psychiatrique (du moins de manière volontaire).

TROISIEME PARTIE

Soigner des patients avec des problématiques suicidaires

Structure de la troisième partie

Dans cette troisième partie, je vais plus particulièrement me pencher sur l'analyse du matériel ethnographique recueilli au sein du SUC. Dans un premier temps, je vais analyser le travail des soignants, les discours et les pratiques qui sont mobilisées dans la prise en charge des patients. Il s'agira ainsi de confronter à la pratique concrète et à la réalité d'un service d'urgence, les considérations autour de la médicalisation de la souffrance et du suicide. Dans le chapitre 5, je vais ensuite me pencher sur le discours des patients. Après une analyse statistique concernant les patients du SUC, je vais m'intéresser à la trajectoire des patients. D'un côté, il s'agira d'approfondir les conditions ayant amené ces personnes à développer une souffrance psychique avec des problématiques suicidaires. De l'autre, le processus de rétablissement sera interrogé par rapport au discours et à la prise en charge psychiatrique. Dans le chapitre 6, la relation thérapeutique sera questionnée de près, en essayant de comprendre de quelle manière la prise en compte des droits des patients de la part de la psychiatrie s'articule autour des problématiques suicidaires.

4. Le travail des soignants

Pour comprendre la manière dont les problématiques suicidaires sont appréhendées au sein du Service d'Urgence et de Crise (SUC), il est essentiel d'approfondir en premier lieu le fonctionnement du service et, par la suite, la manière dont le regard psychiatrique est déployé face aux situations suicidaires.

4.1. Le service d'urgence et de crise

Quelle est l'organisation sociale du travail des soignants au Service d'Urgence et de Crise ? De quelle manière permet-elle de définir les rôles et les compétences des différents corps de métier présents ? Comment détermine-t-elle la prise en charge des patients ? Dans ce chapitre, il s'agira ainsi d'approfondir les particularités de ce service au niveau de son histoire, de l'organisation du travail et des enjeux professionnels et interprofessionnels. Eclairer le dispositif de prise en charge nous permettra ainsi de comprendre le cadre global dans lequel s'effectue le travail des soignants.

D'un centre de crise à l'intégration des urgences

La compréhension des logiques propres au service tel qu'il a pu être observé pendant le terrain ethnographique ne peut pas faire l'économie d'un approfondissement de son historique, tant il permet d'éclairer certaines logiques qui lui sont propres. Le développement de services extrahospitaliers constitue un aspect de la sectorisation, un système de soins ayant comme but celui de « mettre un terme à la centralité de l'asile dans l'exercice de la psychiatrie » (Ogien et Toledo, 1994: 165). Emergé après la Deuxième Guerre mondiale, ce processus a pris une ampleur considérable vers les années '70-'80 à la suite des mouvements antipsychiatriques critiquant d'un point de vue moral et thérapeutique l'enfermement des malades psychiatriques dans les asiles. La potentialisation des médicaments psychotropes a joué un rôle important dans cette évolution, permettant le développement d'une psychiatrie plus axée sur la prise en charge communautaire, dans le milieu de vie du patient ou au travers de services ambulatoires ouverts. La création de services ambulatoires comme celui qui deviendra le service d'urgence et de crise étudié répondait ainsi à ce mouvement visant à gérer une partie des patients psychiatriques en ambulatoire²⁶².

Afin de prendre en charge une certaine population ne nécessitant pas (ou plus, selon les nouvelles modalités de suivi des patients psychiatriques) une prise en charge hospitalière, mais ne pouvant pas disposer d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique chez un thérapeute installé (ce qui implique souvent un temps d'attente considérable en raison d'une demande de plus en plus importante et une offre souvent insuffisante), un *centre de crise* a été créé en 1991 au sein du département psychiatrique cantonal. Sur rendez-vous, les patients pouvaient bénéficier d'un suivi de courte durée dans l'attente que les problèmes s'atténuent ou que le patient soit redirigé vers des services spécialisés ou vers un thérapeute privé. Le centre se trouvait loin de l'hôpital psychiatrique, dans un bâtiment proche de l'hôpital somatique. Des infirmiers, des médecins et des assistants sociaux y travaillaient avec des horaires de jour réguliers permettant des suivis stables de la part d'un même (ou des mêmes) soignant(s), selon les besoins du patient.

A cette époque, les urgences étaient assurées par les psychiatres assistants des différents services psychiatriques cantonaux qui se rendaient à domicile lorsque des situations d'urgence le demandaient. Cette démarche répondait à une volonté de se rapprocher du

²⁶² Pour cette partie historique, je me base principalement sur les entretiens effectués avec les soignants, sur différents articles parus dans des revues locales, ainsi que des documents internes au service auxquels j'ai pu avoir accès.

milieu de vie des patients afin de replacer la demande et la situation de crise au sein du contexte personnel du patient. Cette modalité d'intervention était probablement également liée à l'absence d'une structure prévue à cette fin. En 1996, cette approche change et les patients sont dès lors accueillis dans un service psychiatrique d'urgence créé dans les locaux du centre de crise. L'objectif était d'accueillir les patients en situation de crise dans un espace neutre, calme et sécurisant. A travers ce changement, la direction entendait également ouvrir les urgences à une plus grande pluridisciplinarité, en intégrant notamment le personnel infirmier. Les urgences passaient d'abord par le téléphone, où des infirmiers psychiatriques faisaient un premier tri et donnaient assez rapidement un rendez-vous aux cas qui le nécessitaient. Les consultations étaient effectuées dans un premier temps par des infirmiers seuls et, dans un deuxième temps, en binôme avec les médecins assistants.

Si l'hôpital psychiatrique cantonal faisait partie de la structure hospitalière cantonale depuis le 19^e siècle, les collaborations entre médecine somatique et psychiatrique ne se sont institutionnalisées qu'en 1990, avec la création d'un Service de psychiatrie de liaison installé au sein de l'hôpital somatique cantonal. Composé dans un premier temps uniquement de psychiatres (à partir de 1998 des infirmiers ont été intégrés au service), ce service s'occupait des patients hospitalisés dans les services de l'hôpital somatique qui nécessitaient un suivi psychiatrique. Dans le but de renforcer cette collaboration, le centre de crise et le service psychiatrique d'urgence se déplacent, en 2002, dans le bâtiment où se trouvent les urgences somatiques. En 2003 a lieu une réorganisation de la psychiatrie cantonale. Tous les services psychiatriques du canton sont rassemblés sous un département général de psychiatrie qui est rattaché directement à la direction des hôpitaux cantonaux. C'est à ce moment que les deux sections (crise et urgence) fusionnent en devenant le Service d'Urgence et de Crise (SUC). Ce service intégrera, en 2005, le service de psychiatrie de l'hôpital somatique, incluant ainsi deux unités : la psychiatrie de liaison et le SUC²⁶³. Ces différentes étapes marquent une progressive institutionnalisation de la psychiatrie (et des urgences) au sein de l'hôpital cantonal et sa reconnaissance en tant que segment médical (Bucher et Strauss, 1961) au sein de la médecine générale.

A partir de 2005, le personnel soignant du SUC augmente progressivement, tout comme la demande. La proximité avec les urgences somatiques permet d'intervenir notamment lors des tentatives de suicide présentant des séquelles physiques. Ce rapprochement, intervenu

²⁶³ Malgré cette proximité et le fait que les soignants partageaient, comme en le verra, une partie des locaux ainsi que plusieurs formations et colloques, les deux services fonctionnaient, en termes d'organisation, de personnel et de direction, de manière séparée.

dans un deuxième temps, entre les urgences somatiques et psychiatriques suit ainsi un parcours très différent de ce que Thomas a pu observer lors d'un terrain ethnographique réalisé dans un hôpital à Lyon (Thomas J., 2010). Dans ce contexte, c'est à partir des urgences somatiques et en réalisant qu'une grande partie des patients présentaient des problématiques psychiques et psychosociales, qu'une section spécialisée dans la prise en charge psychiatrique a été développée et mise en place. Les patients « somatiques » et « psychiatriques » convergeaient ainsi au même endroit et le tri se faisait dans un deuxième temps (Thomas J., 2010: 76-77). Au contraire, au SUC, deux « portes d'entrée » distinctes accueillaient les patients arrivant pour des questions somatiques ou psychiatriques. Les deux équipes (d'urgence psychiatrique et somatique) étaient d'ailleurs composées de soignants ayant suivi des formations très distinctes et travaillaient dans le cadre de services séparés. Cette organisation du travail particulière façonnait ainsi le travail réalisé en urgence, rendant par exemple plus difficile la collaboration entre les deux sections d'urgence. Reflétant les rapports de pouvoir et de légitimité entre les deux urgences (défavorables à la psychiatrie), c'étaient surtout les psychiatres qui se plaignaient du manque de reconnaissance qui leur était accordée par les urgences somatiques. En effet, ceux-ci intervenaient aux urgences somatiques en tant que consultants, à la demande des soignants. Si, pour les situations suicidaires, leur intervention était de plus en plus sollicitée, elle se faisait seulement à discrétion des « somaticiens » présents dans la plupart des cas. Malgré une reconnaissance progressive de la place de la psychiatrie, des réflexions étaient toujours menées au sein du service des urgences psychiatriques afin d'asseoir davantage la place des psychiatres au sein des urgences somatiques.

Au SUC, jusqu'en 2007, les médecins assistants et les infirmiers se chargeaient de l'urgence et des suivis de crise alors que les assistants sociaux étaient intégrés, si besoin, seulement lors des suivis de crise. A cette époque, le travail infirmier s'organisait de manière fixe entre une équipe de veilleurs pour la nuit et une équipe d'infirmiers pour le jour et les week-ends, alors que les médecins assistants du service assuraient les gardes de jour, de nuit et pendant les week-ends, avec un rythme très intense²⁶⁴. Au sein de ce nouvel aménagement, l'urgence prenait une place considérable par rapport à la crise et l'augmentation des consultations en urgence rendait de plus en plus difficile un suivi

²⁶⁴ Aux dires de Malik, chef de clinique, qui travaillait comme assistant à cette époque : « On était 8 assistants comme maintenant, mais ce qui était différent, c'était que toutes les gardes étaient assurées par le pôle de 8. On se tapait environ 90 gardes par années, soir, week-end. On avait l'impression de ne plus du tout vivre en dehors de l'hôpital et de vivre un décalage journalier. On travaillait le lundi de 8h à 18h, le mardi de 12h à 22h, pour recommencer à 8h le lendemain ». Le médecin a donc fini par démissionner, événement assez rare mais qui avait entre autre motivé la réforme du service de 2007.

adéquat des cas qui nécessitaient un suivi ambulatoire de courte durée. Toutefois, cette organisation semblait permettre d'accueillir dans un premier temps toutes les demandes qui convergeaient en psychiatrie, assurant ainsi une certaine consolidation de la zone d'influence propre à la psychiatrie.

Une réorganisation du travail a eu lieu en 2007, conduisant à la situation que j'ai pu observer pendant la grande partie de mon terrain au cours de l'année 2009 et que je discuterai principalement dans ce travail. En octobre 2009, une nouvelle réforme a été mise en place, entraînant des changements intéressants que je discuterai dans ce chapitre mais que j'intégrerai plus marginalement dans l'analyse qui suivra. J'ai en effet assisté aux colloques jusqu'en juin 2009, et réalisé la plupart des entretiens avec les soignants avant cette réforme. J'ai lu les dossiers des patients ayant consulté au service avant ces changements, ce qui me donne un aperçu assez complet du travail réalisé durant la période précédente à octobre 2009 et beaucoup moins de celle qui suit.

Un lieu décentré

Le service d'urgence et de crise se situait au sein de l'hôpital somatique, dans la partie du bâtiment réservée aux soins ambulatoires et aux urgences et il partageait les locaux avec la psychiatrie de liaison (assurant les prises en charges psychiatriques des patients hospitalisés en milieu somatique). Délimité des deux côtés par des portes vitrées donnant accès à d'autres services de l'hôpital, le service était traversé d'un bout à l'autre par deux couloirs. Le long du couloir principal (Est) se trouvaient, d'un côté, les bureaux des assistants sociaux, des médecins chefs de clinique, des infirmiers chefs, des secrétaires et des médecins assistants. De l'autre se trouvaient un bureau pour les consultations (avec un petit lit), le bureau des infirmiers, une salle de réunion, une salle vidéo (où pouvaient être visionnées et enregistrées les consultations), le bureau du chef du service psychiatrique et le bureau d'un médecin assistant. L'autre couloir (Ouest) présentait des fenêtres d'un côté et, de l'autre, se trouvaient les bureaux des infirmiers, ceux de quelques médecins assistants et la cafétéria du service. Dans le secteur Sud du service se trouvaient le « desk » et la salle d'attente principale. Celle-ci était ouverte et visible depuis les escaliers. Il y avait des chaises fixes disposées les unes en face des autres, des petites tables avec des revues, ainsi que des plantes, qui rendaient l'ambiance un peu moins formelle. Tout au Nord du service se trouvait une rangée de chaises et quelques petites tables qui formaient une autre petite salle d'attente où de rares patients attendaient que leur soignant vienne les chercher pour la consultation.

Le lieu était ainsi assez dispersé et décentré et il n'y avait pas vraiment, pour les soignants, un centre névralgique du service. La cafétéria, située à l'extrémité Nord-Ouest, était assez loin des bureaux et n'était pas très fréquentée. Les soignants préféraient souvent aller à la cafétéria publique principale ou à la cafétéria du personnel, qui étaient nettement plus agréables (elles avaient par exemple des grandes fenêtres, alors que la cafétéria du service en était dépourvue). Il n'y avait pas d'autres lieux communs dans le service²⁶⁵ et pendant la journée, les soignants se croisaient (outre pendant le colloque du matin) le plus souvent derrière le desk²⁶⁶. C'est là que les soignants passaient avant ou après une consultation pour prendre ou consulter le dossier du patient, se servir de certaines fiches ou fixer un prochain rendez-vous avec le patient. Le lieu, ouvert et très proche de l'endroit où étaient assis les patients en attente, n'était toutefois pas très propice aux discussions mais constituait néanmoins un lieu de rencontre important.

La réceptionniste du desk avait un rôle assez central au sein du service. Elle répondait aux appels des urgences qu'elle orientait ensuite vers les infirmiers de garde, elle accueillait les patients qui arrivaient directement au service et connaissait l'emploi du temps de tous les soignants. Elle était donc une ressource importante pour les nouveaux soignants (notamment les médecins assistants) ou pour toute personne qui avait besoin d'informations sur le service. Quelque peu excentrique (le bruit de ses talons hauts résonnait dans tout le service lorsqu'elle traversait les couloirs), elle avait toujours le sourire, une oreille attentive et un mot sympathique tant pour les soignants que pour les patients. Pendant la période où je consultais les dossiers, je m'adressais souvent à elle pour trouver un bureau libre, pour prendre la clé d'une salle ou pour savoir si tel ou tel soignant travaillait ce jour-là dans le service. Je m'arrêtais souvent au desk pour discuter avec elle après la consultation des dossiers ou après un entretien avec un soignant. Elle semblait apprécier ma disponibilité puisqu'elle profitait de ces moments pour raconter sa vie, narrer des histoires de suicide qui l'avaient particulièrement touchée (elle savait que je travaillais sur ce sujet) ou pour commenter les situations de souffrance qui défilaient aux urgences psychiatriques qui, selon elle, ne faisaient globalement qu'augmenter et s'empirer.

Le desk constituait ainsi, au sein du service, le seul lieu où l'on pouvait « traîner » sans que cela pose problème ou dérange le travail des soignants. Alors que dans la plupart des terrains ethnographiques, le fait de vagabonder dans les lieux, de discuter avec les

²⁶⁵ Après la réforme d'octobre 2009, un grand bureau commun a été créé à proximité du desk. Dans celui-ci étaient basés les soignants de garde et se déroulaient les colloques collectifs du matin, de midi et du soir.

²⁶⁶ Le desk forme l'accueil du SUC. Les patients s'y annoncent et les soignants peuvent y trouver les dossiers des patients et les différents fiches et formulaires qu'ils nécessitent.

personnes présentes, de boire des cafés ou poser des questions ne pose pas particulièrement de problèmes, cela devient beaucoup plus compliqué dans le cadre médical, comme le note Wind :

In a hospital setting these activities are seen at best as trivial, and at worst as time wasting or even interfering with the real work of the health workers. This is particularly so in a highly specialised hospital where many of the work activities involve technical medical procedures, complicated and often emotionally disturbing conversations between the health staff and patients, and difficult decision making for both. (Wind, 2008: 83).

Le seul lieu où il était possible de s'arrêter, discuter un moment et poser des questions sans être remarqué était donc le desk et cela se faisait surtout avec la réceptionniste qui prenait volontiers le temps pour cela. Les soignants étaient toujours très occupés et le fait de tarder au desk n'était pas bien-vu (les bavardages se faisaient plutôt dans les bureaux aux portes fermées). Il n'était par contre pas facile de discuter avec les patients qui attendaient devant le desk à cause de leur situation psychologique qui les rendaient peu ouverts aux discussions avec des non-soignants ; de plus, ils étaient la plupart du temps accompagnés par des proches. A cela se rajoute le fait que de consulter un service psychiatrique était parfois vécu avec une certaine gêne, ne facilitant pas les interactions informelles.

Enjeux de la collaboration interprofessionnelle

Au début de l'année 2009, le SUC comptait une équipe pluridisciplinaire de 25 personnes composée de médecins, infirmiers, assistants sociaux et d'une psychologue. L'équipe médicale était formée de 9 médecins assistants²⁶⁷ (pour un pourcentage total de 8 postes à 100%), ainsi que de trois médecins chefs de clinique. Tout les 6 mois, en octobre et en avril, la majorité des médecins assistants changeait. Les médecins en formation devaient en effet effectuer des stages dans les différentes sections du département psychiatrique cantonal. Ainsi, certains médecins assistants avaient déjà travaillé dans un service psychiatrique de la région, alors que d'autres se confrontaient pour la première fois au monde de la psychiatrie. A moins d'un changement d'orientation en cours de route, tous les médecins assistants travaillant au SUC suivaient une spécialisation en psychiatrie. Les médecins chefs de clinique avaient une expérience au sein du service qui allait de 2 à 8 ans. Plusieurs médecins étaient d'origine étrangère. L'équipe de cette période comprenait notamment des médecins venant d'Allemagne, de Bulgarie, de France, de Grèce et d'un pays du

²⁶⁷ Les médecins assistants sont des médecins ayant déjà leur diplôme et qui effectuent une spécialisation afin d'obtenir un diplôme FMH.

Maghreb²⁶⁸. Par rapport à d'autres spécialisations, la psychiatrie est en effet confrontée à une présence de personnel médical étranger plus importante. Cela s'explique par le fait qu'on y constate une pénurie de personnel plus forte qu'ailleurs, due à une attirance plus faible des médecins pour cette spécialité et à une demande en constante augmentation (CDS, 2010: 15). Femmes et hommes étaient également représentés, avec 5 médecins assistantes (sur 9) et un médecin cheffe de clinique (sur 3).

L'équipe infirmière était composée de 9 infirmiers (dont 8 étaient des femmes) et un infirmier chef. Certains infirmiers travaillaient déjà dans l'ancien centre de crise, d'autres avaient intégré le service plus récemment et avaient travaillé auparavant dans l'hôpital psychiatrique ou dans d'autres services psychiatriques. Certains étaient infirmiers depuis plus de 15 ans alors que d'autres avaient obtenu leur diplôme seulement depuis quelques années. Dans le service travaillaient également deux assistantes sociales, dont une travaillait déjà au sein de l'ancien centre de crise et l'autre était dans le service depuis deux ans. Une psychologue systémicienne avait également un 40% au service et s'occupait des suivis familiaux. A côté des médecins assistants qui changeaient régulièrement, il y avait donc une partie de l'équipe qui était relativement stable et qui travaillait au service depuis un certain temps.

La configuration propre à ce service psychiatrique d'urgence donnait une connotation très particulière au rapport social entre médecins et infirmiers. Le rapport hiérarchique classique où les infirmiers sont moins compétents, ont moins de pouvoir et s'occupent de tâches moins valorisantes que les médecins (auquel s'ajoute souvent une domination de genre entre des infirmières femmes et des médecins hommes) étaient dans ce service plus complexe et ambivalent. Les infirmiers étaient en effet plus, voire beaucoup plus expérimentés que les médecins assistants et ceci sur le plan de la gestion des entretiens avec les patients ou des situations de crise, ainsi qu'au niveau du fonctionnement du réseau psychiatrique ou hospitalier. C'est surtout au niveau du travail relationnel que leur compétence était nettement plus importante que celle des médecins assistants. Cette capacité ne faisait pas l'objet d'une formation spécifique (ni pour les infirmiers, ni pour les médecins) et était censée s'apprendre sur le tas. Cela jouait nettement en faveur des infirmiers. A cela s'ajoutait une sorte de concurrence de compétences liée au partage du travail entre médecins et infirmiers propre à la psychiatrie ambulatoire. Contrairement à d'autres services médicaux où la division du travail est établie de manière relativement claire et où notamment le travail relationnel est considéré comme une affaire d'infirmiers

²⁶⁸ Le médecin maghrébin ayant refusé de dire de quel pays il venait.

(lié au fait que le relationnel est moins valorisé et typiquement associé aux compétences féminines, et donc au travail des infirmiers, en majorité des femmes), le noyau central du travail effectué par les deux corps professionnels dans le service étudié était de type relationnel. La situation où cette compétence très importante était davantage maîtrisée par les infirmiers (hiérarchiquement inférieurs aux médecins) était vécue difficilement par les médecins assistants qui se sentaient menacés dans leurs compétences et dans leur statut. Un médecin chef de clinique évoquait ainsi cette problématique :

On arrive [en tant que médecin assistant] sur le terrain et on ne sait rien faire mais on sait tout. Et puis les infirmiers savent tout faire mais entre guillemets ne savent rien, et de cela il y a des guerres de compétences. Les infirmières sont là depuis longtemps, elles connaissent à fond comment fonctionne le système, se voient dans une position de receveuses d'ordres entre guillemets de la part des médecins. Il y a ceux qui... moi j'essaie de voir ce que l'autre a à dire. D'autres se sentent attaqués dans leur fonction narcissique 'ah non, si les infirmières commencent à me dire ce que je dois faire je suis nul' et vont être dans un tout autre trip. (Entretien Marc, médecin chef de clinique)

Les infirmiers de leur côté, comme l'a évoqué le médecin assistant, vivaient mal le fait d'avoir une position subalterne vis-à-vis des médecins assistants (du fait par exemple de devoir se soumettre aux décisions du médecin quant au suivi du patient), dont certains étaient considérés comme incompetents :

Parfois ici, il y a des médecins qui ne connaissent rien à la psychiatrie. Ils font des entretiens où on ne comprend pas du tout. On a l'impression que c'est des dialogues de sourds, on ne comprend pas. Des fois ils ne parlent pas bien le français, on ne comprend pas ce qu'ils disent, ils ne comprennent pas ce que le patient lui répond. On ne comprend pas où ils veulent en venir. On ne comprend rien. Certaines fois je me sens complètement larguée. Je ne comprends pas ce qu'il est en train de faire ce médecin. (Entretien Nadine, infirmière)

A part le travail relationnel, les médecins s'occupaient d'aspects considérés comme étant plus « médicaux », notamment l'établissement du diagnostic, la décision du suivi à entreprendre (en particulier concernant l'hospitalisation), les certificats de travail ou les prescriptions médicamenteuses. Les infirmiers de leur côté travaillaient davantage avec les patients au niveau du suivi de crise s'appuyant souvent sur des techniques développées au fil des années, comme les techniques psychocorporelles ou de relaxation. Alors que les infirmiers considéraient parfois que leurs compétences n'étaient pas assez reconnues et valorisées au sein du service, les médecins estimaient que les infirmiers se soustraient volontiers aux aspects les plus difficiles du travail :

Et en psychiatrie, je pense que ce qui cristallise davantage, et surtout en psychiatrie ambulatoire, c'est que il y avait peu de... disons que le terrain sur lequel on

travaille, il n'est pas clairement séparé. Les tâches pour chacun ne sont pas clairement définies. En fait, il y a ou il y avait plutôt une définition par le négatif de ce que les infirmières ne faisaient pas : on ne fait pas d'arrêt de travail, de lettres de sorties, on ne fait pas toute la guerre avec les assurances, mais on a tout le contact avec le patient. (...) Moi je voyais une attitude de dire on veut tout ce qui est sympa dans cette structure, dans ce travail, tout le contact humain. Mais tout ce qui pourrait être potentiellement conflictuel ou compliqué ou en dehors, on ne veut pas s'y intéresser. (Entretien Martin, médecin assistant)

Aux dires d'un ancien médecin assistant devenu médecin chef, le conflit opposant les infirmiers aux médecins assistants constituait un trait du service mais celui-ci était davantage marqué quelques années auparavant en raison du fait que les infirmiers jouissaient d'une position de pouvoir nettement plus forte que les médecins assistants. En ce sens, Malik m'expliqua comment, jusqu'en 2007, les infirmiers bénéficiaient de « gros bureaux personnels » où leur nom était affiché à la porte, alors que les 8-9 médecins assistants partageaient trois bureaux collectifs : « En fait, ces trois bureaux devenaient les salles de consultation et donc il fallait s'organiser pour avoir une salle. On avait tous ses bouquins et tout son tralala avec, et on essayait de se trouver une place dans la journée. Tu n'étais pas stationnaire à un lieu » (Entretien Malik, médecin chef de clinique). A cela s'ajoutait les tournus de travail très intenses et stressants des médecins (évoqué plus haut), qui s'opposait au travail infirmier très régulier bénéficiant de beaucoup plus de temps pour les suivis de crise. Les médecins assistants ressentaient ainsi une forme d'injustice vis-à-vis des infirmiers et l'impression de ne pas être valorisés dans leur travail. Ce rapport de pouvoir très particulier (qui paraît par ailleurs aller de soi dans sa version inversée) était dû en premier lieu au fait que les infirmiers étaient présents de manière stable au sein du service alors que les médecins assistants changeaient continuellement, ce qui leur permettait moins de revendiquer leurs droits en tant que corps professionnel. En deuxième lieu, cela s'expliquait par la position centrale qu'occupaient les infirmiers dans l'ancien centre de crise, position qu'ils avaient gardée malgré l'introduction des urgences. Ces dernières étaient d'ailleurs assumées en grande partie par les médecins assistants, les infirmiers ayant continué à s'occuper majoritairement des suivis de crise. A l'époque, Malik avait interrompu son assistantat au sein du service (ce qui est très rare en médecine) en raison de la position très dévalorisée des médecins assistants, notamment vis-à-vis des infirmiers. Cet épisode avait entre autre amené les chefs du service à mettre en place des réformes allant davantage dans le sens des médecins assistants. Le pouvoir dont les infirmiers jouissaient s'était ainsi révélé au fil des années, selon le point de vue des médecins, subversif. La situation où des professionnels hiérarchiquement inférieurs (de

plus majoritairement composé de femmes) possédaient certains privilèges qui étaient niés aux médecins assistants avait fini par devenir inacceptables, induisant les réformes qui allaient « rétablir l'ordre » dans le service.

Cette situation montre clairement comment l'identité du médecin se définit en partie au travers du rapport hiérarchique entretenu vis-à-vis des infirmiers. Celui-ci s'exprime par le fait d'assumer plus de responsabilités, mais également au travers de la valorisation symbolique de son travail que représente la répartition des bureaux. Par rapport aux horaires de travail intenses et irréguliers, l'épisode raconté par Malik illustre également un changement dans la relation que les médecins entretiennent avec leur travail. Alors que la surcharge de travail et les horaires irréguliers constituaient une sorte de trait identitaire valorisé au sein de la spécialité médicale, les médecins assistants revendiquent aujourd'hui des conditions de travail plus viables reflétant un rapport à leur travail moins marqué par l'abnégation²⁶⁹.

Au delà de ces aspects (expérience, rythme de travail, bureaux) où les infirmiers jouissaient d'un certain pouvoir, le rapport entre médecins assistants et infirmiers favorisait clairement les médecins assistants. Cela était particulièrement éclatant dans les décisions concernant les suivis des patients et l'encadrement dont bénéficiaient les uns ou les autres. Dans l'urgence, alors que l'infirmier voyait le patient plus longtemps que le médecin assistant (puisqu'il faisait un « pré-entretien »²⁷⁰ seul avec le patient et assistait à l'entretien médico-infirmier), la décision concernant la prise en charge (que ça soit l'hospitalisation, la médication ou le professionnel – psychologue, infirmier, assistant social – à intégrer au suivi de crise) relevait de la décision du médecin assistant en accord avec le médecin chef de clinique. L'assistant discutait en effet avec son supérieur de tous les patients vus, tant pour des raisons de formation que légales, la responsabilité étant du côté du chef de clinique. Les infirmiers étaient souvent intégrés ou consultés, mais le plus souvent ils se limitaient à suivre les décisions prises par les médecins avec lesquelles ils n'étaient pas toujours d'accord. Une infirmière souligne dans un entretien que : « C'est clair qu'au final c'est le médecin qui prend la décision mais on peut sentir quand même... je me sens très souvent utile, respectée, écoutée aussi dans ma vision des choses, d'autant plus qu'ils comptent souvent sur notre expérience » (Entretien Nadine, infirmière). Toutefois, cette prise en compte dépendait largement de l'entente qui existait entre médecin assistant et infirmier.

²⁶⁹ Cet aspect constitue en effet une sorte de rite de passage car les années d'assistantat, très dures, laissaient la place à un exercice du métier très privilégié, tant d'un point de vue des horaires que de la rémunération.

²⁷⁰ Il s'agit là d'un terme indigène qui révèle le peu de considération accordé aux entretiens réalisés par les infirmiers.

Lorsque celle-ci se passe mal, l'infirmier avait plus tendance à se désinvestir en assumant un rôle de simple exécutant. Les médecins assistants bénéficiaient ainsi d'un très fort encadrement de la part de la hiérarchie, tant au niveau des urgences que des suivis de crise, contrairement aux infirmiers qui, eux, consultent l'infirmier chef assez rarement. Comme on le verra plus loin, les médecins assistants disposaient, en plus des supervisions, de plusieurs espaces de formation et de discussion (colloques, formations) centrés tant sur la psychiatrie que sur la psychothérapie, alors que les infirmiers en avaient beaucoup moins. Le colloque du mardi auquel j'ai notamment assisté était un des rares moments de discussion et d'encadrement ouverts aux infirmiers. C'est pourquoi les infirmiers, qui voyaient dans ce colloque une occasion pour évoluer dans la réflexion ou renforcer leurs compétences, étaient ceux qui exprimaient le plus leur déception vis-à-vis de ce colloque qui ne satisfaisait visiblement pas du tout leurs attentes.

Entre gardes et suivis

L'organisation du service était principalement divisée en une section d'*urgence* et une section de *crise*. Les urgences étaient assurées par les médecins assistants et les infirmiers, supervisés par les médecins chefs de clinique, alors que la crise concernait tous les soignants du service. Plus de la moitié du temps de travail des médecins assistants et des infirmiers était consacrée aux gardes. Les médecins assuraient les gardes psychiatriques pendant la journée et les week-ends. Les nuits étaient partagées avec les médecins assistants des autres services psychiatriques ambulatoires (environ 32 médecins assistants en total). Les médecins s'occupaient également des gardes au service d'urgences somatiques (les urgences dites « couchées » par opposition aux urgences psychiatriques, appelées « debout »), en visitant les patients qui nécessitaient une évaluation psychiatrique. Concernant les médecins chefs de clinique qui supervisaient le travail des médecins assistants, ils assuraient également à tour de rôle la garde 24 heures sur 24 et, en dehors des heures de présence au service (la journée), ils devaient être joignables par téléphone. Concernant l'équipe infirmière, celle-ci s'occupait des gardes pendant la journée, la nuit et les week-ends. Les tournus étaient cependant relativement réguliers, certains infirmiers travaillant plutôt la journée, d'autres la nuit et d'autres les week-ends.

Les infirmiers répondaient également aux téléphones des patients (ou de leurs proches) qui demandaient un avis sur une situation qu'ils estimaient d'urgence psychiatrique. Si la situation l'exigeait, certains patients étaient invités à se présenter aux urgences. Selon le degré d'urgence, la venue du patient était sollicitée dans l'immédiat ou de manière

différée. Dans certains cas, ils étaient redirigés vers d'autres services qui pouvaient répondre de manière plus ciblée à leurs demandes. Le contact par téléphone avait donc comme but celui de faire une première sélection des patients, afin d'éviter un engorgement des urgences psychiatriques et de permettre aux soignants de mieux s'occuper des « vraies » urgences. Le souci n'était donc pas celui d'avoir assez de patients (afin de justifier l'existence du service ou le personnel engagé) mais plutôt celui ne pas en avoir trop, les soignants de garde étant le plus souvent surchargés et les temps d'attente des patients étant parfois longs.

L'arrivée aux urgences pouvait donc se faire de plusieurs manières, soit à la suite d'un échange téléphonique avec une infirmière, soit en se présentant directement au guichet du service, soit amené par un agent de sécurité, par un proche ou par l'ambulance. Les patients pouvaient donc consulter de leur propre volonté, soit encouragés par un soignant ou un proche, soit amenés de force par un agent de sécurité²⁷¹. En arrivant aux urgences, les patients voyaient dans un premier temps une infirmière qui faisait un pré-entretien ayant pour objectif de cerner la problématique, d'interroger le patient sur son réseau social et de soin, ainsi que d'évaluer le degré d'urgence du patient. Dans un deuxième temps se déroulait l'entretien médico-infirmier, où le médecin assistant avait un rôle plus actif et l'infirmier restait plus en retrait. Cet entretien visait à comprendre les raisons de la crise du patient, à spécifier son anamnèse, à cerner les symptômes présents, à poser un diagnostic et à décider du suivi à entreprendre. Une attention particulière était portée aux attentes du patient et à sa « demande » vis-à-vis du personnel soignant. Alors que l'entretien infirmier comportait une dimension sociale et entendait établir un premier contact entre le soignant et le patient, l'entretien médico-infirmier avait une connotation d'emblée médicale. La situation de crise était appréhendée comme le reflet d'un trouble psychiatrique dont il s'agissait de comprendre l'anamnèse et les symptômes dans le but d'établir une hypothèse diagnostique.

Les soignants discutaient ensuite de l'attitude à adopter et, dans les situations les plus délicates, le médecin assistant (rarement accompagné par l'infirmier) s'entretenait avec le

²⁷¹ Selon des statistiques établies à partir des dossiers des patients ayant consulté pendant un mois, 46% des patients étaient arrivés aux urgences de manière indépendante, 1% en ambulance, 23% adressés par un soignant (psychiatre, généraliste, psychologue, éducateur), 12% par la police et 1% par un proche. Ces statistiques sont toutefois indicatives car la saisie de cette information n'a pas été faite de manière très précise. Beaucoup de patients considérés comme étant arrivés seuls venaient en réalité accompagnés par des proches qui, souvent, les avaient aussi encouragés à consulter. La mauvaise saisie de cette information de la part des soignants est également visible dans le fait que 17% des dossiers n'avaient pas d'indication quant à la modalité d'arrivée aux urgences. Enfin, dans ces chiffres, les personnes ayant été hospitalisées ne sont pas prises en compte, car l'information, dans leur cas, manquait.

médecin chef afin de prendre une décision appropriée. Trois attitudes principales étaient envisagées selon la gravité de la situation. (1) Lorsque la situation n'était pas très grave et que le patient ne désirait pas entrer dans une démarche thérapeutique, celui-ci retournait à son domicile sans indication particulière. (2) Si la situation était grave, le patient était hospitalisé de manière volontaire, s'il était d'accord, ou d'office, s'il ne l'était pas, sous réserve que les critères le permettait²⁷². (3) Si la situation présentait une gravité moyenne, les soignants proposaient un suivi de crise. Dans ce cas, le patient était vu à plusieurs reprises dans les jours qui suivaient avec une fréquence variable (d'une fois par jour à une fois chaque deux semaines en fonction de la gravité) et sur une durée également variable (de quelques jours à 2-3 mois). Ce type de suivi était également proposé lorsqu'une hospitalisation, malgré une situation de gravité élevée, n'était pas possible (par exemple lorsque les hôpitaux n'avaient plus de lits disponibles) ou souhaitable (si la personne refusait catégoriquement une hospitalisation et que les critères pour une hospitalisation d'office n'étaient pas rassemblés, ou lorsque la personne n'avait jamais été hospitalisée et que cette expérience aurait pu avoir, selon l'avis des soignants, un effet iatrogène sur l'état de santé du patient). Dans certains cas, les médecins assistants, en fonction des symptômes et du traitement déjà suivi par le patient, pouvaient prescrire des médicaments comme des calmants ou des anxiolytiques.

En cas d'hospitalisation, les patients étaient transférés à l'hôpital psychiatrique cantonal (situé à 6 kilomètres environ de l'hôpital où se trouvaient les urgences) et le service n'était plus concerné par le devenir du patient. Si le patient acceptait un suivi de crise, celui-ci était organisé en fonction de sa situation et de la nature de ses problèmes. Ces suivis pouvaient être effectués par un soignant seul (infirmier, psychologue, assistant social ou médecin assistant) ou en binôme avec le médecin assistant. Le type de suivi à effectuer était décidé par le médecin assistant et le médecin chef de clinique. C'était donc uniquement le regard médical qui déterminait si la problématique était de nature sociale, psychologique, médicale ou infirmière. De manière générale et si la personne présentait de graves problèmes de dettes, de logement ou de statut politique (comme pour les requérants d'asile), les médecins attribuaient plus facilement le suivi à une assistante sociale. Lorsqu'il y avait des problématiques familiales ou de couple, la psychologue systémicienne était appelée pour s'occuper du cas. Concernant la différence entre suivi infirmier et médical, celle-ci restait assez floue et de manière générale, les infirmiers s'occupaient des cas les

²⁷² Pour une hospitalisation d'office, il faut un risque « hétéro » ou « auto-agressif », une situation de dangerosité imminente ou une maladie mentale.

moins lourds ou ceux en phase de rémission. Cette « redistribution » des patients dépendait d'une part de la capacité du médecin et de l'infirmière à conduire l'entretien avec le patient et donc à accéder à certaines infirmations. D'autre part, le type de prise en charge envisagée était influencée par la connaissance et les représentations que les médecins avaient du travail de leurs collègues, notamment des assistants sociaux et de la psychologue systémicienne. Cette dernière évoquait dans l'entretien cette subordination aux connaissances et à l'intérêt des médecins assistants dans les prises en charge :

Ce que je constate, c'est que les soignants qui sont sensibles à l'importance de rencontrer les proches font plus facilement appel, ils y pensent. D'autres qui ont baigné uniquement dans la prise en charge individuelle se posent moins facilement la question. (...) Mais tout dépend de l'assistant, de ce qu'il va décider de faire, moi je n'ai pas le contrôle de toutes les situations. Comme je ne fais pas partie de la prise en charge en première ligne, en urgence, je ne peux pas réagir. (Entretien Patricia, psychologue)

Après la réforme d'octobre 2009, les assistants sociaux et la psychologue (cette fois d'orientation psychodynamique et ayant également un rôle de chef de clinique) participaient directement aux nouveaux colloques axés sur les urgences où tous les cas en présence étaient discutés. Cela a entraîné une plus grande multidisciplinarité dans la prise en charge. Comme le commente une médecin assistante (qui travaillait au service depuis 6 mois déjà, ayant par conséquent vécu la transition entre l'avant et l'après réforme) à propos de la collaboration interprofessionnelle après octobre 2009 :

Il y a toujours une assistante sociale qui vient au colloque des urgences et si jamais il y a quelqu'un qui a besoin d'une prise en charge sociale, on le dit. Comme on présente le cas vite fait, parfois les assistants sociaux nous disent eux-mêmes : 'ah, ça c'est quelque chose que je pourrais prendre en charge'. Avant c'était nous qui les prenions en charge. Mais moi, par exemple, il y avait certains problèmes que je ne savais pas que les assistants sociaux pouvaient résoudre. Avec le temps on comprend mieux quelles sont les possibilités de travail. (Entretien Marie, médecin assistante)

Ces propos témoignent donc d'une méconnaissance existante au niveau du personnel médical quant aux compétences des autres corps professionnels présents dans le service²⁷³.

L'emploi du temps des soignants était en outre occupé par les colloques et les formations. Un colloque journalier se déroulait tous les matins durant une demi-heure et était obligatoire pour tous les soignants du service. Les colloques portaient sur certaines

²⁷³ C'est en raison de la place très marginale occupée par les assistants sociaux et la psychologue (notamment au moment de la réalisation du terrain) au sein du SUC (tant en terme de nombre, de patients suivis que de légitimité), que leurs propos ont été pris en compte de manière plus réduite par rapport à ceux des infirmiers et des médecins.

situations des urgences ou des suivis de crise, mais abordaient également des questions liées à l'organisation du service, à l'institution hospitalière ou au département de psychiatrie en général. Il y avait aussi le colloque hebdomadaire au cours duquel j'ai effectué les observations et qui portait soit sur des vignettes cliniques, soit sur des sujets médicaux particuliers. Il y avait en outre un colloque-vidéo hebdomadaire adressé aux médecins assistants et aux psychologues des deux services de psychiatrie (urgence/crise et liaison), où des consultations réalisées par les médecins assistants qui avaient été filmées étaient visionnées afin de réfléchir à la dimension psychothérapeutique des suivis. En plus, un séminaire scientifique portant sur des situations cliniques se déroulait une fois par semaine et était également ouvert aux médecins assistants et aux psychologues des deux services. D'autres séminaires étaient en outre proposés, toujours au même public, sur les différentes orientations psychothérapeutiques (systémique, psychanalytique et cognitivo-comportemental) à une fréquence bimensuelle. Enfin, un après-midi par semaine, les médecins assistants étaient absents afin de suivre les cours de formation continue dans le cadre de la spécialisation en psychiatrie.

Les urgences, le « sale boulot » de la psychiatrie ?

Entre les périodes de gardes, les colloques et les séminaires, il ne restait que peu de temps pour les infirmiers et encore moins pour les médecins assistants afin de s'occuper des suivis. En raison de l'organisation du service et de la présence très irrégulière des soignants, les patients, notamment ceux qui nécessitaient des suivis assez rapprochés, pouvaient être vus par plusieurs soignants différents. Un patient pouvait donc voir un infirmier et un médecin assistant le premier jour, rencontrer un nouveau médecin assistant le jour d'après (car l'autre était de garde ou ne travaillait pas), avoir une consultation avec l'assistante sociale un autre jour et rencontrer un troisième médecin assistant la semaine d'après (car les deux autres n'étaient pas disponibles).

Cette organisation posait des problèmes quant à la transmission des informations entre les soignants. Le plus souvent, il n'y avait pas assez de temps pour la transmission des dossiers et le soignant prenait connaissance du patient ou de l'évolution de la prise en charge à travers la lecture du dossier qui n'était pas toujours très détaillé. Au cours des colloques du mardi, cette question avait été abordée à maintes reprises car elle était jugée très problématique. Les soignants responsables insistaient notamment sur l'importance de transmettre les informations de vive voix. Un des chefs s'exclama pendant un colloque : « Il faut se croiser par hasard pour se transmettre les infos ? Il faut planifier les entretiens entre

nous, comme on le fait avec les patients ! ». Ces difficultés semblaient inférer dans le bon suivi des patients, notamment dans des situations suicidaires. La multitude des intervenants compromettait en effet la possibilité de nouer un lien de confiance avec le patient, élément considéré comme essentiel dans la prise en charge d'une personne suicidaire.

Le manque de temps pour les suivis de crise et la place très grande qu'occupaient les gardes dans l'emploi du temps des médecins assistants et des infirmiers constituaient des éléments très souvent discutés et critiqués au sein du service. En effet, personne ne semblait apprécier particulièrement le travail de l'urgence, préférant largement les suivis de crise. Les gardes étaient ainsi perçues comme le « sale boulot » (Lhuilier, 2005) du travail dans le service, alors que les suivis de crise étaient plus valorisés et constituaient le « vrai travail » des soignants. Cette valorisation inégale entre urgences et suivis au sein du service reflétait d'ailleurs une valorisation similaire qui existait entre le service étudié (où les urgences étaient une des caractéristiques centrales) et les autres services du département de psychiatrie (travail de liaison, à l'hôpital psychiatrique et dans les services ambulatoires spécialisés dans le suivi pour des pathologies spécifiques comme la schizophrénie, l'addiction, les troubles bipolaires). La valorisation inégale qui pouvait être perçue au niveau du service se retrouvait également au niveau du département.

En effet, par rapport à d'autres secteurs de la psychiatrie, le SUC semblait être celui qui attirait le moins les assistants et les médecins chefs²⁷⁴. Les médecins assistants y passaient plutôt par obligation que par un véritable choix (les médecins assistants étant repartis au sein du département en fonction des places à occuper). Concernant les médecins chefs, il était relativement difficile d'en trouver, d'où le recours (plus fort qu'ailleurs) à des médecins étrangers²⁷⁵ ou peu expérimentés, ainsi que l'engagement d'une psychologue à la place d'un médecin chef lors des réformes d'octobre 2009, parce qu'aucun médecin chef de clinique n'avait pu être recruté²⁷⁶.

²⁷⁴ Je ne dispose pas d'informations précises concernant les infirmiers.

²⁷⁵ Deux médecins chefs sur trois étaient en effet d'origine étrangère, contrairement aux autres services psychiatriques où la proportion de personnel suisse dans la hiérarchie était très majoritaire. Ceci témoigne du peu d'attrait que ce service suscitait au sein de la psychiatrie, les étrangers venant très souvent occuper les places que les suisses rechignaient à occuper. Ceci est également valable pour la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales, peu attrayante pour les suisses et présentant un taux de médecins étrangers relativement important (CDS, 2010).

²⁷⁶ L'engagement d'une psychologue à la place d'un médecin chef répondait également à des logiques économiques et organisationnelles. La tendance générale était en effet celle de renforcer l'équipe infirmière, notamment dans l'urgence, et d'augmenter le nombre de psychologues (très nombreux sur le marché du travail) dans le cadre des suivis de crise. Outre le fait qu'infirmiers et psychologues étaient plus faciles à

Comment expliquer cette hostilité vis-à-vis du travail en urgence ? Cela était lié à la fois à des considérations pratiques et pragmatiques, ainsi qu'à des éléments relevant de l'identité professionnelle des soignants.

Par rapport au travail dans les autres services et aux suivis de crise, les urgences étaient marquées par l'imprévisibilité et l'incertitude. Les gardes pouvaient se dérouler assez tranquillement (peu de patients, situations « faciles »), comme elles pouvaient devenir extrêmement mouvementées et difficiles à gérer (beaucoup de patients, patients agressifs ou en grave décompensation). Outre l'incertitude, certaines situations demandaient des décisions rapides et efficaces (comme lorsqu'il s'agissait de décider une hospitalisation d'office), suscitant beaucoup de stress chez les soignants (notamment lorsqu'ils étaient peu expérimentés). Le spectre qu'une mauvaise décision puisse entraîner des conséquences graves (comme le suicide ou l'agression à autrui) était toujours présent lors des prises de décision difficiles. Pendant les gardes, les soignants devaient en outre interagir avec de nombreux autres acteurs (comme les soignants s'occupant déjà du patient, les soignants travaillant à l'hôpital psychiatrique lors des hospitalisations, les médecins travaillant aux urgences somatiques, les policiers, etc.) avec qui le dialogue n'était pas toujours aisé. Ces conditions rendaient ainsi le travail en urgence assez redouté et stressant. C'est la raison pour laquelle le travail planifié des suivis lui était largement préféré.

Un autre élément déterminant pour expliquer la réticence vis-à-vis des urgences était lié à la dimension identitaire mobilisée dans ce type de travail qui se heurtait à l'identité professionnelle valorisée au sein du milieu psychiatrique. Un parallèle peut d'ailleurs être fait avec les urgences somatiques, qui ne jouissent pas de beaucoup de considération au sein de la médecine par rapport aux autres spécialités somatiques. Les urgences somatiques et psychiatriques ne sont en effet pas nées pour soigner des pathologies spécifiques (dimension centrale dans la légitimation médicale d'une spécialité), mais plutôt par défaut, afin de répondre à une demande pratique de soins dans l'immédiat et à toute heure du jour et de la nuit (une nécessité de type logistique). De plus, au fil des années, les urgences (tant somatiques que psychiatriques) se sont de moins en moins occupées des urgences vitales (considérées comme un travail plus fortement médical) pour devenir progressivement un « réceptacle des problèmes sociaux » (Peneff, 2000). Ces éléments

recruter, leurs salaires étaient moins élevés que ceux des médecins, permettant ainsi au service de faire des économies.

rendent les urgences le « parent pauvre » des « vraies » spécialités médicales et expliquent de manière générale le peu d'attrait dont elles jouissent²⁷⁷.

Si l'on regarde plus spécifiquement au sein de la psychiatrie, l'identité professionnelle des soignants se construit de plus en plus autour d'un double niveau : l'aspect médical de la spécialité (maladies d'origine neurologiques, physiologiques ou génétiques et thérapies médicamenteuses) et la psychothérapie²⁷⁸. Ainsi, dans le travail effectué aux urgences, ces deux dimensions étaient très peu présentes, contribuant à dévaloriser le travail qui y était réalisé. En effet, comme l'expliquait souvent un des médecins chefs du service, la fonction des urgences était d'abord d'accueillir, ensuite d'évaluer et en dernier lieu d'orienter les patients (hospitalisation, suivi de crise, redirection à d'autres services psychiatriques). Il s'agissait de soulager la souffrance immédiate du patient en essayant de trouver une solution à court terme. Aucun travail plus approfondi, demandant davantage de temps, ne pouvait être réalisé dans ce contexte (ni au niveau du diagnostic, de la médication ou de la psychothérapie).

De plus, c'était aux urgences que la psychiatrie intervenait avec son pouvoir répressif par le biais de l'hospitalisation d'office. Or, ces dernières décennies, la psychiatrie a essayé de construire son identité professionnelle en se distanciant de plus en plus de sa fonction répressive et contraignante (la laissant par ailleurs aux forces de police). Le fait de devoir assumer ce rôle au sein des urgences n'était donc pas perçu comme renvoyant une image positive et valorisante du travail en psychiatrie. Enfin, aux urgences, la majorité des patients ne consultait pas pour des questions considérées comme de « vraies » problématiques psychiatriques (comme la schizophrénie, les troubles bipolaires ou les dépressions sévères), mais pour des problématiques « légères » (comme des troubles de l'adaptation ou des troubles dépressifs légers) où la dimension sociale était très présente, ce qui donnait l'impression aux soignants de faire du social (le sale boulot) par opposition au travail médical (le vrai travail).

L'analyse du SUC en termes d'histoire, d'organisation et d'identités professionnelles permet de mettre en évidence la place centrale occupée par l'équipe et le savoir médical. Malgré une équipe infirmière forte (tant par rapport à l'histoire du service qu'en relation aux compétences mobilisées) et la présence de deux assistants sociaux et d'une psychologue,

²⁷⁷ Ceci malgré la popularité des séries télévisées comme *Urgences*, qui offre une vision du travail en urgence beaucoup plus palpitante que dans la réalité.

²⁷⁸ Ceci est particulièrement le cas en Suisse, où la spécialisation en psychiatrie comporte également une formation en psychothérapie, contrairement à d'autres pays comme la France ou l'Italie où la dimension psychothérapeutique est facultative.

les médecins occupent une place largement dominante. La valorisation du rôle du statut et de l'expertise médicale est particulièrement évidente dans le fait que les médecins assistants, malgré le fait qu'ils soient les moins expérimentés de tous les soignants du service, soient ceux qui ont le rôle le plus important face aux patients, en gérant les consultations et en décidant (bien que sous la supervision des médecins chefs) de l'attitude thérapeutique à adopter. La position dominante occupée par les médecins au niveau de l'organisation du SUC conduit ainsi à se questionner autour de la spécificité du travail et de l'appréhension médicale face à la problématique suicidaire. Quelle est la particularité du regard médical dans ce service ? Comment organise-t-il et détermine-t-il la compréhension des problématiques qui s'y présentent ? Quelle est la place des questions suicidaires et comment sont-elles intégrées au travail psychiatrique ? En référence au paradigme biopsychosocial revendiqué par le service, quelle est la place occupée par les dimensions sociales dans cette appréhension ?

4.2. Le regard psychiatrique

Un homme de 35 ans d'origine portugaise au chômage se présente un soir au SUC. Il est accompagné de deux amis appartenant à l'église évangélique qu'il fréquente régulièrement et évoque des angoisses suite à une rupture sentimentale. Quelques heures plus tard, il repart chez lui avec deux sédatifs dans la poche et un rendez-vous agendé pour le lendemain avec un médecin assistant (différent de celui qu'il vient de voir). Sur son dossier médical, le diagnostic F43.22 est établi. Celui-ci correspond aux *Troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive* (OMS, 1993). La fiche évaluant le potentiel suicidaire conclut à un risque élevé, ainsi qu'à une urgence et une dangerosité moyennes. Dans le dossier, on trouve également de nombreux éléments concernant la demande du patient, sa situation sociale et familiale, les symptômes, ainsi qu'une anamnèse psychiatrique.

Comment s'effectue le passage entre une situation de souffrance dans laquelle se trouve le patient, et sa transformation en « vignette clinique » comprenant des symptômes, un diagnostic, une prescription et une indication thérapeutique ? Si dans le chapitre liminaire je me suis intéressée à la manière dont la psychiatrie expliquait le suicide en m'appuyant sur la littérature et sur le discours savant interne à la psychiatrie, il s'agit dans cette partie de porter un regard socio-anthropologique sur la pratique psychiatrique observée au SUC. Tout en mettant en évidence une certaine diversité et pluralité dans les regards et les pratiques des soignants, il s'agit principalement de mettre en avant les logiques partagées caractérisant la « sous-culture » propre du service étudié. Au delà des prescriptions et des idéaux, de quelle manière le savoir psychiatrique devient-il une pratique professionnelle ? Comment ce savoir organise-t-il les actes et les paroles qui y sont déployées ? Comment consent-il de comprendre une situation, tout en apportant des outils permettant de prendre des décisions quant au suivi à entreprendre ?

L'analyse des regards et des discours que les soignants en psychiatrie portent sur les patients se base sur les entretiens réalisés avec eux et sur l'analyse croisée des dossiers des patients. Rédigés principalement par les médecins, ceux-ci reflètent donc principalement leur point de vue. Ce chapitre s'appuie également sur une formation que j'ai suivie autour de la crise suicidaire. Deux soignants du SUC donnaient régulièrement ce cours et participaient à sa conceptualisation. Plusieurs soignants du SUC avaient suivi cette formation et les principes qui y étaient transmis étaient largement appliqués au sein du service. Cette formation m'a donc permis de m'initier au langage et aux savoirs employés

au sein du SUC. Un autre moment important a été l'observation des colloques, où, à travers l'analyse des vignettes cliniques, on socialise le personnel soignant au regard psychiatrique.

Néanmoins, la construction de la pratique psychiatrique n'est pas uniquement l'affaire du personnel soignant. Il s'agit en effet d'un processus interactif où les patients peuvent jouer un rôle très important dans la transformation de leur histoire et de leurs problèmes en un cas psychiatrique. Dans ce sous-chapitre, cette question ne sera toutefois que marginalement évoquée (elle sera largement abordée dans les chapitres 5 et 6). Il s'agit en effet ici d'isoler la logique propre au travail des soignants en psychiatrie, organisé autour du SUC et selon des discours et des dispositifs qui leurs sont propres. Toute en adoptant une perspective critique, l'objectif est celui de restituer également la cohérence et le sens que les soignants donnent, dans une attitude bienveillante, à leur travail et au rapport aux patients. J'entends ainsi me placer dans cet équilibre difficile entre la valorisation de la pertinence du discours et des pratiques psychiatriques et l'analyse de ceux-ci à travers un regard critique et réflexif, attentif aux logiques socioculturelles, économiques et politiques qui les sous-tendent.

J'ai donc choisi d'aborder cette question ici, avant d'approfondir les caractéristiques de la population des patients. En effet au sein du SUC ce sont le regard et le travail médicaux qui priment, structurant la prise en charge des problématiques suicidaires. Je pourrai ainsi, dans un deuxième temps, mettre en relation cette dimension avec une analyse plus approfondie du vécu de la population des urgences.

Le suicide comme une priorité du travail des urgences

Conformément au plan de santé mentale du canton de Vaud sur la période 2007-2012 (Service de santé publique et al., 2008) qui prévoyait un volet d'actions autour de la « lutte contre les conduites suicidaires », un *Groupe prévention suicide Vaud* (composé de soignants en psychiatrie des différentes institutions cantonales) avait été constitué, dans lequel siégeaient deux soignants du SUC²⁷⁹. Le *Groupe prévention suicide Vaud* avait ainsi pour fonction de faire le lien entre les politiques de santé publique et les pratiques professionnelles des soignants au sein de leurs institutions respectives. L'objectif était de développer et de potentialiser la prise en charge des personnes présentant des problématiques suicidaires²⁸⁰.

²⁷⁹ Se référer au chapitre 1 pour plus de précisions.

²⁸⁰ Ces éléments relèvent des entretiens effectués avec les membres du *Groupe prévention suicide Vaud* et d'une observation effectuée lors d'une de leurs réunions à laquelle je pus assister.

Le fait que tous les patients hospitalisés en milieu somatique pour une tentative de suicide puissent bénéficier d'une consultation psychiatrique était un élément qu'il s'agissait de généraliser sur l'ensemble des services psychiatriques du canton. Cela n'était en effet pas encore le cas pour tous les services et une des difficultés majeures était de légitimer cette procédure vis-à-vis des somaticiens. L'intervention d'un psychiatre dépendait en effet du bon vouloir des médecins urgentistes, lesquels ne concevaient pas toujours utile et opportune une consultation psychiatrique. A ce propos, le groupe se proposait de rédiger des recommandations au sujet de la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide, notamment pour celles hospitalisées aux urgences somatiques.

Les membres du groupe étaient également responsables de concevoir, de diffuser et de donner la « formation à la crise suicidaire », censée transmettre les connaissances sur le suicide, la crise suicidaire et l'intervention dans ces situations à des professionnels issus de milieux très divers. Le but de cette formation était celui de transmettre aux intervenants de « premières ligne » le savoir et un certain savoir-faire propre à l'intervention psychiatrique. L'outil principal enseigné lors de cette formation était *l'évaluation du potentiel suicidaire*, un dispositif permettant de mesurer le degré de suicidalité d'un patient, afin d'aider à décider quel type d'attitude adopter.

Au sein du SUC, ces mesures se sont concrétisées principalement par la mise en place de *l'évaluation du potentiel suicidaire* pour tout patient vu en urgences. Une fiche appelée « Aide à l'évaluation clinique des conduites suicidaires » était prévue à ce but et les soignants (d'habitude les médecins) étaient censés la remplir lors des consultations et l'ajouter au dossier du patient. Les soignants ne suivaient pas systématiquement la formation, mais l'apprentissage se faisait sur le tas, avec les collègues ou pendant les colloques internes au service.

Pendant la période où j'effectuai mes observations lors des colloques, une série de rencontres furent organisées autour de la thématique du suicide afin de former les nouveaux médecins à l'intervention dans ces situations. Les médecins chefs profitaient de ces occasions pour rappeler collectivement les principes de l'évaluation du potentiel suicidaire et du suivi de crise face à ces problématiques. On poussait les soignants à parler explicitement du suicide, tant par rapport aux idées ou aux comportements suicidaires du patient, que vis-à-vis de ce que cela provoquait en eux. L'intention était celle de « casser le silence » autour du suicide, élément encore très présent au sein du milieu médical (mais moins marqué en psychiatrie). L'idée transmise était que le fait de parler du suicide, tant entre soignants qu'avec le patient, avait un effet globalement bénéfique à la prise en

charge. Conscients du fait que c'était un sujet difficile et gênant, les médecins chefs utilisaient cet espace pour transmettre aux soignants une certaine manière d'aborder le sujet.

Cette attention portée au suicide n'était toutefois pas justifiée par une augmentation des consultations liées à cette problématique ou au fait que des problèmes étaient survenus avec des personnes suicidaires (par exemple des patients n'ayant pas été hospitalisés qui s'étaient suicidés). Il n'existait d'ailleurs pas de chiffres à ce sujet. Impossible de savoir combien de personnes qui consultaient aux urgences présentait des problématiques suicidaires ou quelle proportion était hospitalisée pour cette raison²⁸¹. La seule exception concernait les personnes ayant fait une tentative de suicide où le diagnostic indiquait une « lésion auto-infligée »²⁸² (la précision de ces indications avait toutefois été remise en doute par les chefs, qui affirmaient que ce diagnostic n'était pas noté systématiquement²⁸³). De manière plus générale, il n'y avait en effet pas de « case » suicide dans les dossiers des patients, comme avait l'habitude de le dire un des médecins chefs. Selon lui, la cause était que cela aurait « scandalisé » et « dérangé » les autres médecins somaticiens en raison du tabou toujours présent autour de cette question. L'attention soutenue vis-à-vis du suicide qui se développait depuis quelques années se justifiait ainsi par les changements évoqués dans le chapitre 1, autour de l'appréhension du suicide dans le milieu médical et de la santé publique. L'expertise développée au sujet du suicide dans le milieu médical, combinée aux évolutions autour de cette question de santé publique, avaient induit ces transformations dans la pratique médicale axée sur la question suicidaire.

De la souffrance aux idées suicidaires : l'évaluation du potentiel suicidaire

Regardons de plus près la manière dont le suicide était appréhendé au travers des nouvelles pratiques où l'évaluation du potentiel suicidaire occupait une place très importante, car censée se faire pour tout patient consultant au SUC.

L'évaluation du potentiel suicidaire dérive d'une procédure d'entretien systématisée par Shea (2002) aux États-Unis, développée ensuite dans le milieu francophone par Séguin et

²⁸¹ A partir de l'analyse des dossiers, je pu ainsi clarifier ces questions. La problématique suicidaire concernait selon ces analyses le 43% des patients consultant au service.

²⁸² Se référant à la CIM-10, les lésions auto-infligées étaient indiquées sous la catégorie X, le numéro suivant le chiffre indiquant le moyen utilisé (type de médicaments, alcool, stupéfiants, arme à feu, objet tranchant, saut dans le vide, etc.)

²⁸³ En effet, sur les dossiers analysés, le diagnostic X n'avait été posé que pour seulement deux personnes.

Terra – avec l’adaptation française du livre de Shea (2008) et avec de nombreuses formations et séminaires, ainsi que des publications, par exemple Séguin et al. (2006) et Terra (2003a). L’évaluation du potentiel suicidaire repose fondamentalement sur trois aspects : le *risque*, l’*urgence* et le *danger*. Le *risque* est évalué en fonction des facteurs de risque du suicide qui sont catégorisés en individuels, familiaux et psychosociaux. Ceux-ci se basent sur les études épidémiologiques établissant un lien entre différents facteurs et le suicide. Indépendamment de la problématique spécifique amenant un individu à consulter au SUC, un risque suicidaire plus ou moins élevé pouvait être évalué. Le soignant était ainsi censé questionner le patient sur les possibles facteurs prédisposant l’apparition du geste suicidaire. Parmi les risques évoqués on trouvait par exemple le fait d’avoir des antécédents suicidaires, des troubles psychiques (en particulier la dépression et la schizophrénie), des abus de substances, la présence de suicides en famille, des ruptures familiales, des abus sexuels, etc. Comme le dit un médecin assistant interviewé, ces facteurs étaient toutefois listés sans que leur impact respectif soit connu :

C’est-à-dire que si vous avez un patient qui est au chômage, c’est un facteur de risque de suicide clairement établi. Si c’est un homme de plus de 45 ans, c’est aussi clairement établi. Et puis, s’il abuse de l’alcool, c’est aussi clairement établi. Mais on ne sait pas si le facteur 1 est égal à 0.45 comme poids,... Je pense que ça n’existe pas, personne ne peut le déterminer avec exactitude pour estimer. On fait une évaluation cumulative et subjective. *Du coup vous donnez une importance plus forte à certains facteurs plutôt qu’à d’autres...* Moi j’essaie de ne pas le faire. On ne sait pas, on en sait rien. C’est le modèle de la boîte noire. On a des informations qui entrent et on a une liste de ce qui ressort. Dedans on ne sait pas quel est le poids de chaque facteur. C’est pour ça que moi personnellement... Je pense que c’est une question personnelle, mais dans l’évaluation, je prends en considération chaque facteur comme égal aux autres. Disons, si j’ai un homme de plus de 45 ans qui est au chômage et puis qui est alcoolique, je vais beaucoup m’inquiéter pour lui s’il me dit qu’il a des idées suicidaires. Et puis s’il n’est pas alcoolique, je vais m’inquiéter certainement moins. C’est vraiment sans en connaître le poids, en même temps, c’est difficile à faire une sommation de facteurs, il y en a 15/20 et puis c’est élevé, c’est pas possible, mais on ne peut pas s’accrocher à des chiffres. On fait ça subjectivement. Moi je préfère tenir compte également de tous les facteurs. (Entretien Martin, médecin assistant)

On voit bien ici la construction sociale du risque suicidaire²⁸⁴ sous-jacent à l’évaluation, où des considérations personnelles ou subjectives jonglaient avec des spéculations scientifiques (par exemple dans la volonté de donner un poids égal à tous les facteurs). L’approche en termes de facteurs de risque reflète l’emprise du paradigme

²⁸⁴ Parler de construction sociale du risque suicidaire ne signifie pas nier les liens de cause à effet existants entre les facteurs de risque mis en évidence par les études épidémiologiques. Il s’agit plutôt de mettre en évidence la dimension construite du risque suicidaire, qui dépend bien souvent d’éléments culturels et sociaux particuliers.

épidémiologique sur la problématique suicidaire, où l'on réfléchit en terme de populations à risque. Le lien causal entre facteur de risque et suicide n'est toutefois jamais vraiment questionné, ce qui tend à privilégier des explications de type psychologique, voire biologique ou génétique (Peretti-Watel, 2004).

A côté du risque, l'évaluation du potentiel suicidaire mesurait également l'urgence et la dangerosité. L'*urgence* était considérée en fonction de « la probabilité de décéder par suicide dans les 48-72 h qui suivent »²⁸⁵, en lien avec le scénario suicidaire, l'état psychologique, la relation créée avec le soignant ou le soutien des proches. La fiche d'évaluation indiquait par exemple qu'une urgence faible existait si la personne « pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis » ou si elle « cherche des solutions à ses problèmes ». Une urgence élevée était au contraire signalée lorsque une personne « est décidée : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les prochaines 18h-72h » ou si elle « a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ». La *dangerosité* s'évaluait en questionnant le sujet quant au moyen envisagé pour se suicider et à son accessibilité. Pour chacun de ces trois axes, les soignants étaient tenus d'en évaluer le degré (faible, moyen ou élevé).

Au travers de cette évaluation, on construit ainsi la catégorie sociale des personnes à risque suicidaire. Certains éléments censés prédire le passage à l'acte suicidaire deviennent des critères objectifs permettant la création et l'identification des personnes à risque.

L'évaluation du potentiel suicidaire donnait ainsi une clé de lecture possible en termes de potentiel suicidaire aux situations qui se présentaient au SUC. Cette procédure augmenta l'attention portée par les soignants à cette dimension, ce qui amena probablement à une augmentation des situations identifiées comme potentiellement suicidaires et des prises en charges se justifiant en raison du risque suicidaire. En effet, des situations où le patient n'évoquait pas de lui-même des idées suicidaires pouvaient être identifiées comme ayant un certain potentiel suicidaire. L'introduction de cette procédure d'entretien n'avait pas bouleversé les pratiques des soignants car l'exploration des intentions suicidaires des patients considérés à risque se faisait déjà auparavant. Cette évaluation avait toutefois systématisé cette pratique, la renforçant d'un appareillage « scientifique » et formalisé. Ce qui était fait de manière intuitive par les soignants était ainsi mis au premier plan de la consultation en urgence, comme l'évoque un infirmier :

²⁸⁵ Citations à partir du document du SUC permettant l'évaluation du potentiel suicidaire.

Là, depuis qu'on s'est appuyé sur ce modèle de Séguin/Terra, ça a permis de s'appuyer sur un modèle plus simple et d'être plus préoccupés par le suicide et d'utiliser un langage commun avec une lecture commune qui permet d'avoir un peu le même discours, de se référer à un modèle qui nous parle et qui a été compris. Cette problématique, elle est mieux prise en compte. Il y a clairement une amélioration positive quant à l'approche et à la prise en charge de cette problématique. (Entretien Nestor, infirmier)

Les questions dans lesquelles le soignant interpellait explicitement le patient autour de son rapport avec les idées ou les intentions suicidaires ouvraient au patient la possibilité d'exprimer sa détresse par le biais du « langage suicidaire » (à moins que le patient ne venait pas déjà avec une demande en ce sens ou après une tentative de suicide). La manière dont ce questionnement se faisait dépendait tant du soignant que du patient, mais en général les soignants convenaient à dire qu'il fallait poser la question de manière assez explicite et directe. Noémie décrit ainsi la manière de protéger le patient dans l'évaluation du potentiel suicidaire :

Déjà, la première chose c'est de poser la question. La première chose c'est de ne pas oublier de poser la question. Directement. Parce que parfois dans les récits les plus tranquilles de désespoir, tout ça, il n'y a pas nécessairement de la part de la personne qui consulte, l'idée de dire qu'il a des idées. On pose la question directement dans toutes ces problématiques. Est-ce que vous avez eu, on commence par dire, des idées noires ? C'est la première phase. Si la personne répond oui, quel type d'idées noires ? Parce que des idées noires nous pouvons tous en avoir, des idées qui ne sont pas très jolies à avoir dans la tête. En disant que je veux que le monde ça s'arrête, que le monde est moche, que personne ne m'aime. Mais des idées noires qui concernent notre vie, de vouloir disparaître, directement on pose la question. Est voilà, il faut tout le temps poser la question et élaborer là-autour. (Entretien Noémie, infirmière)

Maurice, quant à lui, met plus l'accent sur les nuances à adopter par rapport au type de patient qu'il voit en consultation :

Je fais l'évaluation en questionnant la personne sur ce qui l'amène à venir, avec le contenu, avec le fond et la forme du discours, voir dans quel état d'esprit se trouve la personne, si elle donne rapidement des indices et ensuite en posant clairement les questions. Comment le patient décrirait son humeur ces derniers temps, comment il se sent dans la vie de tous les jours, s'il a l'impression de traverser une phase plutôt bonne ou mauvaise par rapport à son moral. Ensuite, quand il s'agit de poser la question plus en lien avec la question suicidaire tout dépend du contexte, si on se rend compte que la personne met rapidement en avant des idées noires, dans ce cas je vais lui poser la question directement, si elle a eu des idées suicidaires ces derniers temps. Si ce n'est pas quelque chose que la personne aborde directement, je poserais la question différemment. Si la personne s'est déjà sentie mal par le passé ou actuellement jusqu'à penser de mettre fin à ses jours. A chaque fois la question sera posée, de manière explicite mais sous une forme

différente selon la manière dont se fait l'entretien. (Entretien Maurice, médecin assistant)

Les soignants affirmaient en tout cas que cette manière d'interroger le patient n'induisait pas des idées suicidaires (contrairement à ce qui était soutenu dans le passé) mais, au contraire, il permettait aux patients de mettre des mots, si cela était possible, sur des pensées autrement difficilement avouables. La culpabilité du patient, mais également la crainte de ne pas être pris au sérieux ou d'inquiéter trop son interlocuteur, freinait le plus souvent les patients d'en parler à leurs proches. La fonction de ces questionnements autour du suicide de la part des soignants était ainsi celle d'offrir aux patients un espace de parole sur un sujet délicat. Cette explicitation de la problématique suicidaire transmettait aux patients l'idée que le fait d'avoir des idées suicidaires reflétait une souffrance, et que le soignant était un expert qui pouvait l'accueillir et la prendre en charge. Dans le registre de la culpabilité et de la faute individuelle (dans lequel le suicide était classiquement appréhendé), l'intention suicidaire devenait le symptôme reconnu d'une détresse psychique importante.

Le fait de permettre au patient d'en parler était également censé avoir un effet positif sur l'état psychologique du patient, comme le raconte Matthias à propos d'une patiente ayant consulté pour des idées suicidaires :

Je pense que vous devez être au courant de cette idée tabou que parler du suicide à un suicidaire ça lui donnera encore plus envie de se suicider. En général, on pense plutôt le contraire. C'est que les idées suicidaires peuvent en fin de compte envahir, envahir de plus en plus les pensées. Et souvent quand on arrive à y penser, ça apaise. Quand on arrive à en parler, ça pose un peu les choses et ça devient moins tourbillonnant à l'intérieur de nous. En fait et je pense que, un : le fait d'exprimer ça à quelqu'un ça apaise les choses. Deux : on a toute de suite proposé un suivi avec un côté teaching en validant la souffrance, en expliquant d'où ça pourrait venir, un projet, un cadre, un soutien. Je pense que ça aide... (Entretien Matthias, médecin assistant)

La finalité de l'évaluation n'était certainement pas uniquement celle de donner un cadre interprétatif rassurant au patient, mais déterminait également le type de prise en charge qui était censé être entrepris vis-à-vis du patient. L'incertitude se situait principalement entre la possibilité de faire un suivi de crise avec le patient ou la nécessité de recourir à une hospitalisation dans les cas les plus graves. L'ouverture d'un espace de discussion autour du suicide impliquait ainsi pour le patient le risque que l'autorité médicale puisse le priver de sa liberté.

La mise en place de cette évaluation répondait également à des enjeux de type disciplinaires. La formalisation de cette procédure visait à donner une aura de scientificité à la pratique de l'évaluation. Cela soutenait le caractère scientifique de la pratique psychiatrique, allant renforcer la légitimité de leur travail, tant aux yeux des soignants eux-mêmes qu'aux patients ou qu'aux collègues somaticiens. Ce souci de scientificité reflète une tendance propre à une partie du milieu psychiatrique d'aujourd'hui, cherchant à démontrer la validité de sa pratique à partir des critères objectifs et scientifiques (notamment à travers les manuels diagnostiques ou les protocoles d'intervention basés sur l'évidence, EBM). Une analyse plus précise permet toutefois de questionner la pertinence d'une telle démarche. Comme le dit Landry, un ancien psychiatre critiquant ce type de légitimation, « la psychiatrie ne remplit aucune des conditions requises pour se prévaloir d'un tel label [de science]. (...) Tout au plus pourrait-on dire de sa pratique qu'elle est un art, avec sa propre stratégie (...) » (Landry, 2006: 19). En effet, l'application de l'évaluation du potentiel suicidaire se fait principalement au travers des considérations subjectives, données par l'expérience clinique mais également par l'orientation psychothérapeutique du soignant, ses croyances, ainsi que l'intuition et l'entente instaurée avec le patient. Ces aspects sont toutefois le plus souvent niés ou masqués, car ils risqueraient pour ainsi dire de compromettre la légitimité et la validité du travail psychiatrique. Mais la volonté de se légitimer uniquement à partir des critères scientifiques peut jouer en défaveur du travail effectué par les soignants. Ceci risque en effet de réduire la complexité de la pratique psychiatrique à une question objectivable (nombre de symptômes pour diagnostiquer tel ou tel trouble, nombre de facteurs à risque pour définir le risque suicidaire moyen ou élevé, etc.). Certains aspects centraux du travail psychiatrique, basés sur des compétences subjectives et relationnelles, ne sont ainsi que peu valorisés au sein de la discipline. A ce propos, j'interrogeai un des médecins chefs en lui demandant s'il y avait des modules au sein de la formation des psychiatres voués à l'apprentissage des capacités relationnelles. Celui-ci répondit :

Non... [il rit] c'est dans l'expérience. C'est lorsque vous êtes dedans. Si vous avez la chance, vous avez des superviseurs, des formateurs, il y a le modèle. C'est les aînés qui deviennent le modèle, ils vous voient travailler et ils tirent de ce modèle un enseignement et ils créent leur propre modèle. C'est l'expérience en fin de compte. C'est comme si vous construisez votre propre modèle. (Entretien Michel, médecin chef de clinique)

On voit là que, malgré l'importance de ces capacités, elles restent cantonnées à un apprentissage subjectif, intuitif, reflétant ainsi le peu de considération dont elles jouissent formellement. D'ailleurs pour les médecins assistants, la possibilité de s'appuyer sur une

légitimité scientifique et sur des outils de travail considérés comme objectifs (comme l'évaluation du potentiel suicidaire ou les manuels diagnostiques) constitue un moyen pour gagner en assurance et renforcer leur identité professionnelle.

De plus, les efforts vers une légitimation de la psychiatrie par le biais des sciences exactes conduisent à une médicalisation des problématiques de la vie. En effet, la description toujours plus précise des diagnostics et les efforts pour objectiver les outils de travail évacuent et délégitiment le débat et la réflexion critique autour des facteurs sociaux, culturels et moraux qui jouent un rôle prépondérant et essentiel dans la définition de l'objet et dans la pratique de la psychiatrie²⁸⁶. Face à l'expertise psychiatrique érigée en tant que science, son autorité s'impose tant au niveau de la santé publique que de l'opinion publique, sans qu'elle fasse l'objet d'un débat démocratique, induisant ainsi une psychiatrisation toujours plus accrue (Conrad, 1992).

Changer les représentations autour du suicide

L'introduction de l'évaluation du potentiel suicidaire, ainsi que le développement de nouvelles pratiques axées sur le suicide, visaient également à un changement des représentations autour de la problématique suicidaire. Il ne s'agissait pas seulement de « socialiser » les soignants en psychiatrie, mais, conscients du fait que la psychiatrie n'avait accès qu'à une partie restreinte des personnes suicidaires, l'objectif était aussi celui d'étendre ces connaissances en dehors de son champ d'action.

Les formations données sur la « crise suicidaire » aux intervenants de première ligne appartenant à des milieux professionnels divers répondaient à ce souci. Outre le fait d'apprendre à réaliser l'évaluation du potentiel suicidaire, cette formation comprenait une partie importante dédiée à modifier « les mythes et les idées reçues » entourant le suicide. Par exemple, il s'agissait de changer l'idée que les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication sur leur intention à l'entourage, ou que le fait de parler du suicide induit des comportements suicidaires, ou encore que les personnes qui font des tentatives veulent simplement attirer l'attention de l'entourage dans une logique de manipulation. Implicitement, c'était à la fois une vision psychopathologique et psychothérapeutique qui était véhiculée. D'un côté, on mettait l'accent sur les liens entre des pathologies psychiatriques déterminées et le suicide ou sur la dimension héréditaire, non pas du suicide

²⁸⁶ Il suffit de s'intéresser aux déviances sexuelles, où la morale du temps est strictement liée à la définition des troubles. L'homosexualité n'a par exemple plus été considérée comme une pathologie à partir de 1973, en raison de la politisation de cette problématique (Conrad, 1992: 225).

en soi, mais de certains facteurs de risque qui y étaient associés (comme le tempérament impulsif ou certaines pathologies psychiatriques). De l'autre, on soulignait la complexité du comportement suicidaire dans lequel l'intentionnalité, la dimension de choix, ainsi que la souffrance ou le manque d'estime de soi associés au suicide étaient discutés dans une perspective psychothérapeutique. Si ces dimensions propres au regard et à l'intervention en psychiatrie étaient largement développées, cela se faisait au détriment d'une vision socio-anthropologique. Par exemple, pendant la formation que je suivis, des graphiques furent montrés portant sur les différences de taux de suicide entre pays, entre époques ou entre genre. Concernant la différence entre pays, le formateur exprima des forts doutes au sujet de la validité de ces chiffres, en les attribuant en large partie aux différences propres à chaque pays dans le classement des morts par suicide. Puisque le module que je suivis portait plus spécifiquement sur les adolescents, les formateurs nous firent remarquer, toujours à l'aide d'études épidémiologiques, un taux de suicide plus élevé chez les apprentis ou chez les jeunes exclus du système scolaire, ou encore chez les homosexuels ou parmi ceux qui avaient subi des abus sexuels. Toutefois, seul le lien statistique était mis en avant. L'interprétation restait extrêmement pauvre et aucune problématisation n'était avancée quant aux mécanismes étiologiques expliquant ce lien. Le taux plus élevé de suicides parmi les apprentis pourrait en effet être lié au fait que les adolescents sont plongés, dès leur jeune âge, dans un univers d'adultes et dans un système de travail difficile à intégrer (à ce propos voir Dignola, 2002). Le facteur de risque lié à l'homosexualité, bien que largement documenté, était nuancé par les formateurs et pas du tout problématisé. L'importance cruciale de l'homophobie dans le développement d'idées ou de comportements suicidaires parmi les homosexuels était ainsi totalement ignorée. Suivant la logique propre de l'épidémiologie, aucune explication du lien entre le facteur de risque et la suicidalité n'était véritablement transmise. Les formateurs (un psychiatre et une psychologue) s'appuyaient donc, lorsque des questions plus précises étaient posées par les participants, sur leur bagage disciplinaire médical et psychologique. Le lien de cause à effet était ainsi censé s'expliquer à partir d'une vulnérabilité individuelle : si, par exemple, les tentatives de suicide étaient plus élevées parmi les élèves ayant des problèmes à l'école, ce n'était pas en raison d'un système scolaire trop compétitif, mais d'une difficulté propre à l'adolescent, qui expliquait à la fois ses problèmes scolaires et sa tentative de suicide.

Au delà de ces éléments plus spécifiques, le message principal qui était véhiculé dans cette formation était que le geste suicidaire n'était pas à banaliser mais à prendre au sérieux, car il était le reflet d'une souffrance importante qu'il s'agissait d'écouter et de prendre en

charge. D'autre part, la souffrance, comme on le verra par la suite, était d'emblée perçue par les psychiatres comme le signe d'un trouble psychiatrique.

La représentation compassionnelle du suicide constituait également l'attitude promue au sein du SUC. Cela s'adressait tant aux nouveaux soignants du service qu'aux collègues somaticiens. A ce propos, l'article de Moreno-Davila (2010), psychiatre intervenant dans un service d'urgences générales, illustre bien le travail effectué autour du suicide par les psychiatres auprès des soignants en milieu somatique. Moreno-Davila évoque les réactions, souvent très agacées et dérangées, des urgentistes confrontés à des patients ayant fait une tentative de suicide. Son travail était donc celui d'essayer de comprendre ce type de réaction et d'aider les soignants à modifier leur regard sur le patient suicidant. Les réactions négatives des soignants s'expliquaient ainsi par leur impression qu'avec la tentative de suicide, le patient avait rompu le contrat implicite existant entre patient et médecin : le premier voulant guérir et le deuxième se mobilisant pour le soigner. Face à leur impuissance, les urgentistes avançaient ainsi souvent la dimension de choix inhérente au suicide, que le soignant, à leur avis, était finalement censé respecter. Le psychiatre, auprès de ces équipes médicales, essaya ainsi de changer ces représentations. Il s'agissait principalement de déconstruire l'idée que le suicide résulte d'un choix intentionnel, libre et conscient. Le « choix » du suicide était donc présenté comme un « non choix » ou le « seul choix possible » dans un contexte donné. Il s'agissait également de mettre l'accent sur la souffrance du patient et sur le fait que le passage à l'acte en était l'expression. L'objectif était d'amener les urgentistes à ne plus considérer le suicidant comme coupable de son geste (ou comme voulant intentionnellement contrer le travail de soins des médecins), mais comme une victime d'une souffrance qu'il s'agit de reconnaître et de légitimer. Malgré cette transmission des savoirs, la confrontation entre psychiatres et somaticiens reflétait également le fait que la question du suicide est une question lourde, que les somaticiens déléguaient volontiers aux psychiatres. Quant aux psychiatres, ils s'appuyaient sur cela pour légitimer leurs interventions et gagner ainsi en légitimité face à la médecine somatique.

L'importance de modifier ces représentations était ainsi liée à l'impact qu'elles pouvaient avoir dans la prise en charge du patient. Mais ces changements dans l'appréhension du suicide ne s'adressaient pas uniquement aux soignants. Une attention particulière était portée à la transmission de cette vision aux patients directement concernés par cette problématique. Le but était celui de faire en sorte que les patients ayant tenté de se suicider, malgré une possible réticence initiale, acceptent une prise en charge

psychiatrique. Derrière cette attitude se trouvait ainsi un type de relation au patient promu au SUC (reflétant une tendance générale de la psychiatrie), visant à intégrer et responsabiliser ce dernier vis-à-vis de sa prise en charge. Concernant les tentatives de suicide, l'objectif du soignant était celui d'éviter que le patient banalise ou minimise son geste. Cette posture, très fréquente parmi les personnes ayant tenté de se suicider, était liée, selon les soignants, à l'impossibilité de reconnaître et de mettre des mots sur sa souffrance. C'était d'ailleurs cette même incapacité qui expliquait le passage à l'acte suicidaire : faire au lieu de dire. La consultation psychiatrique visait ainsi à parler avec le patient de la gravité du geste suicidaire commis, alors que le patient, en banalisant son acte, le définissait souvent comme une simple « connerie ». Faire reconnaître au patient le lien entre la tentative de suicide et une profonde souffrance constituait le premier objectif de la prise en charge. La reconnaissance de la part du patient de cette souffrance ouvrait ainsi les portes à une prise en charge psychiatrique avec l'accord du patient.

On peut donc faire un parallèle entre les transformations morales et culturelles qui se jouent au niveau du développement des politiques de prévention du suicide analysées dans la première partie du présent travail et les changements décrits ici propres à une pratique professionnelle. Le même processus de changement des mentalités qui est au cœur de la prévention du suicide se retrouve ici dans le développement de la prise en charge psychiatrique des personnes présentant des problématiques suicidaires. Alors qu'au niveau national ce discours se médicalise progressivement, au niveau local (du moins dans le canton Vaud), celui-ci est d'emblée porté par la psychiatrie.

De l'exigence de poser un diagnostic

Tout en se greffant sur des représentations basées sur un registre compassionnel censées être transmises à un plus large public, l'intervention des soignants en psychiatrie face aux patients présentant des problématiques suicidaires comportait une dimension proprement médicale qu'il est important d'analyser. Loin de concerner uniquement les problématiques suicidaires, il s'agit d'une logique propre au travail psychiatrique effectué au sein du service, qu'il est nécessaire ici d'approfondir. En effet, pour tout patient venant consulter au SUC, les médecins devaient établir un diagnostic psychiatrique. Bien que cet élément pourrait paraître comme un détail banal, son importance n'est pas à négliger, tant dans l'appréhension des problématiques des patients qui consultent au SUC que dans son impact dans la prise en charge (non des moindres la possibilité d'hospitaliser d'office, qui demande

en effet la présence d'un diagnostic). D'ailleurs, une bonne partie de la consultation était consacrée à la description des symptômes permettant de poser un diagnostic²⁸⁷.

L'établissement d'un diagnostic psychiatrique n'est pas une action anodine pour les patients, car il constitue un acte de désignation performative (Thomas H., 2010), marquant ainsi le passage d'un statut identitaire à un autre. La consultation en psychiatrie peut être interprétée comme une situation de liminalité où le patient n'est plus simplement une personne qui souffre et n'est pas encore un patient psychiatrique. L'établissement d'un diagnostic a ainsi un effet de nomination, dans le sens qu'il constitue un acte de langage qui agit sur la réalité, en la modifiant (Casper, 2008). Cela d'autant plus que, allant dans le sens d'une relation égalitaire entre soignant et patient, le diagnostic posé était souvent dévoilé aux patients (celui-ci pouvait de toute façon toujours demander d'avoir accès à son dossier). La performativité de cette désignation pouvait donc influencer la relation établie par le soignant avec le patient, et pouvait avoir un impact important sur l'identité du sujet ayant consulté au SUC. Toutefois, une grande partie des personnes qui consultaient au SUC repartaient sans jamais revenir dans un service psychiatrique. Pour une partie d'entre elles, en revanche, la première consultation inaugurait un parcours au sein des services psychiatriques (hospitalisations, médications, suivis thérapeutiques). Pour ces personnes, le diagnostic constituait ainsi une sorte de « baptême » du monde psychiatrique. Le « parcours » psychiatrique était d'ailleurs marqué par une répétition de désignations diagnostiques qui se précisaient ou se complexifiaient, marquant l'entrée du patient dans de nouvelles catégories de pathologie ou de thérapie (notamment en ce qui concerne la médication, qui était aussi modifiée en fonction des diagnostics posés).

Questionnés autour de la pertinence et du sens de poser un diagnostic pour tout patient consultant aux urgences, les soignants ont souvent relativisé l'importance, l'impact et l'exactitude de cette pratique. Un médecin chef de clinique affirme même que le diagnostic, dans les situations d'urgence, n'est pas tellement utile :

Les urgences psychiatriques, on ne peut pas vraiment, en médecine on s'oriente selon les groupes diagnostiques pour nous aider à réfléchir. Ici ce n'est pas tellement utile. Le diagnostic nous sert jusqu'à un certain point, ils ne peuvent pas être la seule base d'intervention, on a besoin, vu que la plupart des urgences sont en lien avec des situations complexes au niveau social, on a besoin d'une vision au delà du diagnostic, ce qui soutient une approche pluridisciplinaire. (Entretien Marc, chef de clinique)

²⁸⁷ Comme le met en évidence Demailly, l'importance consacrée à l'établissement du diagnostic peut varier selon le cadre considéré. Alors que dans les CHU et les services médico-sociaux cela peut prendre une place considérable (et c'est justement le cas du SUC), le diagnostic peut être quasiment négligé par une grande partie des psychiatres libéraux, notamment ceux d'orientation psychanalytique (Demailly, 2011: 80).

Les soignants soulignent également qu'il ne s'agit que d'une « hypothèse diagnostique ». En effet, à moins que le patient soit déjà connu par le réseau, les soignants affirment qu'il est impossible d'établir un diagnostic après avoir discuté avec un patient pendant une heure. Voici comment en parle une infirmière :

Les médecins sont obligés de remplir un diagnostic, maintenant quand ce n'est pas évident, ils mettent un truc très large (...) *Dans tous les cas ?* Oui, ils doivent poser un diagnostic. (...) Mais quelqu'un qui n'est pas connu par la psychiatrie qui vient en pleine décompensation, on ne va pas parler de schizophrénie, on peut imaginer que ça va évoluer dans ce sens mais une schizophrénie est une psychose chronique, là c'est un épisode aigu, on peut dire que c'est un épisode aigu psychotique mais on ne peut pas parler de schizophrénie, le diagnostic on ne peut pas le poser comme ça, en un entretien, mais on a une indication dans quel gros schéma ça rentre. (Entretien Nadine, infirmière)

Le diagnostic semble ainsi être établi, lors d'une première rencontre, à titre indicatif, restant relativement vague. Certains diagnostics sont en outre considérés comme plus lourds en termes de conséquences sur le patient, ce qui oblige à une certaine prudence. Face à cette difficulté, Mathilde évoque l'utilisation massive de la catégorie du *trouble de l'adaptation*²⁸⁸ :

C'est difficile, c'est une des difficultés des urgences. (...) Alors oui, on doit poser un diagnostic. C'est difficile, il y a les critères de la CIM-10 mais en tout cas moi je posais²⁸⁹ à 80% un trouble de l'adaptation. C'est un diagnostic qui n'est pas une étiquette qui va être collée toute la vie au patient. C'est un trouble de l'adaptation. (Entretien Mathilde, médecin assistante)

Marie évoque également l'utilisation du *trouble de l'adaptation* pour les situations plus proches de la « normalité » :

Il y a des diagnostics qui sont plus proches de la normalité. Le diagnostic qu'on utilise beaucoup ici c'est le trouble de l'adaptation. Où on a des humeurs dépressives, anxieuses, sans que ça réponde aux critères diagnostics pour une dépression ou pour un trouble anxieux. Et là il faut avoir un facteur de stress identifiable et que ça pourrait arriver à plusieurs personnes sans avoir une pathologie sous-jacente. De répondre mal à certains stress de vie mais sans que ça doit être nécessairement quelque chose de grave. Ça c'est un diagnostic qu'on peut avoir en réserve ou l'utiliser pour des personnes qui sont normales. (Entretien Marie, médecin assistante)

L'analyse des dossiers des patients sur une période d'un mois montre effectivement une prévalence du diagnostic *trouble de l'adaptation* (catégorie F43.2) par rapport à d'autres

²⁸⁸ Selon la CIM-10, le trouble de l'adaptation

²⁸⁹ Au moment de l'entretien, Mathilde avait déjà quitté le SUC et travaillait dans un autre service psychiatrique, ce qui explique l'utilisation du verbe au passé.

diagnostics. Un trouble de l'adaptation était attribué dans le 14% des cas, allant jusqu'à 21% en prenant en compte uniquement les situations liées à des problématiques suicidaires²⁹⁰. Il s'agit ainsi de la catégorie diagnostique la plus utilisée et constitue un bon éclairage sur le travail effectué au SUC.

Selon les premiers extraits d'entretiens reproduits plus haut, il semblerait que le trouble de l'adaptation constitue pour les soignants une espèce de compromis entre l'obligation de poser un diagnostic et une situation jugée proche de la « normalité ». Il y a donc des motivations profondément bienveillantes derrière l'utilisation du trouble de l'adaptation, qui est censé éviter une médicalisation de situations considérées comme non pathologiques. Cette posture peut être retrouvée dans la littérature médicale, où certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'« un diagnostic moins grave, moins invalidant et ayant une meilleure évolution que la plupart des autres principaux diagnostics psychiatriques » (Lott et al., 2003: 97). La pertinence d'utiliser ce trouble est d'ailleurs souvent remise en question puisqu'il n'existe pas de symptômes spécifiques à ce trouble (étant les mêmes, mais dans une mesure plus atténuée, que ceux des troubles dépressifs ou des troubles anxieux) et que l'établissement du diagnostic dépendrait largement de critères subjectifs (Fabrega Jr et Mezzich, 1987; Fabrega Jr et al., 1987).

La minimalisation des soignants quant à l'impact et à l'importance du diagnostic du trouble de l'adaptation est toutefois à situer au sein d'une certaine logique médicale sous-tendant cette catégorie diagnostique. Une analyse plus approfondie montre en effet une réalité plus complexe.

Pour clarifier le contenu de ce diagnostic, voici la définition donnée par la CIM-10 :

F43.2 Troubles de l'adaptation : *État de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié) ; ailleurs, le facteur de stress est en rapport avec une période de transition ou de crise au cours du développement (scolarisation, naissance d'un enfant, échec dans la poursuite d'un but important, mise à la retraite). La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle*

²⁹⁰ Dans cette analyse, seul le premier diagnostic indiqué est pris en compte. Les soignants avaient en effet la possibilité de donner plusieurs diagnostics. Si l'on considère toute la catégorie diagnostique F43 (troubles de l'adaptation liés aux facteurs de stress), la proportion passe à 23% et peut aller jusqu'à 26% dans les situations liées aux problématiques suicidaires.

important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné. Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Elles peuvent s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive, de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites. (OMS, 1993)

Une des caractéristiques propres à ce diagnostic par rapport à d'autres est que son activation dépend directement d'un facteur externe, contrairement à d'autres diagnostics comme le trouble dépressif ou le trouble anxieux où le lien n'est pas directement identifiable. Toutefois, cette définition explicite le fait que le trouble de l'adaptation implique également la présence d'une prédisposition et d'une vulnérabilité individuelles. On considère que la personne n'a pas réussi à s'adapter à une situation de vie stressante dont les manifestations « pathologiques » en sont la preuve (« humeur dépressive, anxiété ou inquiétude, sentiment d'impossibilité de faire face, de faire des projets, ou de continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien »). La normalité (par opposition avec la pathologie décrite ici) est donc définie comme la capacité à s'adapter (dans le sens de continuer la vie quotidienne normalement) à des situations de difficulté importante.

Je choisis ici de reproduire tout le débat d'un colloque, à la suite de la présentation d'un article discutant les liens entre le trouble de l'adaptation et l'épisode dépressif moyen²⁹¹. Il s'agit en effet d'une discussion très riche permettant de soulever certains éléments essentiels dans la compréhension de l'utilisation du diagnostic en général et de celui du trouble de l'adaptation en particulier.

Michel (médecin chef de clinique) : En situation d'urgence, on est souvent confrontés avec des crises liées aux troubles de l'adaptation.

Marie (médecin assistante) : Je me suis rendue compte que dans les cas concrets, selon les critères des manuels, c'était plutôt un épisode dépressif moyen mais j'avais plutôt envie de dire que c'était un trouble de l'adaptation car une fois que le facteur de stress avait disparu la personne allait beaucoup mieux.

²⁹¹ Il s'agit plus particulièrement de l'article intitulé *Adjustment Disorder with Depressed Mood* (Baumeister et al., 2009).

Michel : Au fond, on pourrait se demander quelle est la différence entre dépression et deuil²⁹². La dépression étant un phénomène psychogénétique, au sens de genèse, et le deuil étant une question d'adaptation. Comment vous faites la différence ?

Marie : J'avais lu que la dépression vient quand il y a une perte qui est interne, alors que le deuil est plutôt lié à une perte externe.

Michel : Mais au fond les deux sont liés, à une perte externe correspond une perte interne.

Margot (médecin assistante) : Le deuil c'est un processus évolutif, avec des stades, alors que la dépression est plus quelque chose de figé.

Michel : Ça reste très compliqué.

Marc (médecin chef de clinique) : Si on met en avant la maladie, c'est là qu'on perd l'humanité, ça voudrait dire qu'il y a des gens qui valent et des gens qui ne valent pas. Parler de trouble, c'est ne pas donner un caractère de maladie.

Mariam (médecin cheffe de clinique) : Il n'y a pas de médicaments qui sont prescrits jusqu'à maintenant pour les troubles de l'adaptation. Seulement une psychothérapie brève est conseillée.

Michel : La psychiatrie existe depuis un siècle, l'humanité a survécu depuis des millénaires sans besoin de psy et a survécu à des choses bien pire... C'est bien que ça reste comme ça, un trouble considéré comme temporaire, c'est dans les critères du trouble de l'adaptation, et qui disparaît après. Pour les assureurs c'est considéré comme une fragilité, ça a un impact.

Marc : C'est paradoxal parce que c'est aussi le fait qu'il soit considéré comme un trouble que ça permet d'être pris en charge par la caisse maladie.

Mariam : Je pense que c'est un diagnostic qui est bien adapté aux urgences. Pourtant à Genève, ils n'acceptent pas ce diagnostic.

Noémie (infirmière) : Quel diagnostic ils posent alors dans ce genre de situation ? Un facteur de stress ?

Margot : Est-ce qu'une rupture sentimentale est à classer comme Z63 difficultés avec le conjoint ?

Michel : Il y a de tout, même pour la perte d'un animal.

Marc : Entre Z56 et Z63²⁹³ il y a beaucoup de choses, un trouble d'adaptation doit être une réaction.

Michel : Si on a l'impression d'être en dehors de la normalité, mais au fond qu'est-ce que la normalité... c'est lorsqu'il y a une souffrance et un épuisement des ressources.

Marc : Le fait de poser un diagnostic nous permet de rentrer dans le cadre médical. Même si c'est discriminant.

²⁹² Le deuil en tant que tel n'est pas considéré comme un trouble mais peut être classé selon la CIM-10 comme Z63.

²⁹³ Marc parle des catégories présentes sous « codes complémentaires » dans la fiche de référence pour les relevés diagnostics. Il s'agit de codes indiquant des difficultés liées à plusieurs éléments, comme l'emploi ou le chômage (Z56), le logement ou les conditions économiques (Z59), allant même jusqu'aux difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63), dont parlent les soignants (en référence notamment à la perte d'un animal).

Michel : Il faut être attentifs au caractère transitoire, il faut tenir compte de la temporalité. Il faut considérer que c'est normal d'être troublés par les événements de la vie. Quoi que... ceux qui s'adaptent le mieux aux guerres, ce sont justement les êtres humains. On se pose beaucoup de questions.

Marie : C'est en effet beaucoup plus complexe qu'une addition de symptômes, il y a la relation entre le contexte, le vécu de la personne, ses rêves,...

Michel : Aussi les modes de réactivités antérieurs. Considérer uniquement le diagnostic c'est avoir une vision pathologique de l'individu.

Marc : Dans le trouble de l'adaptation, on intègre l'étiologie, on ne considère plus seulement les symptômes.

On peut remarquer comment la prise de parole, comme évoqué dans le chapitre 3, était largement monopolisée par les médecins chefs avec des interventions ponctuelles de la part de la personne ayant fait la présentation (Marie), d'une infirmière travaillant dans le service depuis de nombreuses années (Noémie) ainsi que d'une autre médecin assistante (Margot). La discussion révèle également l'aspect formateur de ces discussions, où les médecins chefs guident les autres soignants (en particulier les médecins assistants) dans la réflexion, en posant des questions visant à spécifier les propos, en montrant les contradictions ou la complexité des problématiques discutées, etc. Une certaine ironie se retrouve également dans les propos des soignants, notamment en référence à la perte des animaux, ou au fait que l'humanité a survécu pendant des millénaires sans la psychiatrie. Il s'agit là d'une manière, propre aux soignants, de parler de leur travail, témoignant d'une volonté d'alléger d'une certaine manière le poids de la réalité psychiatrique. Enfin, les discussions montrent que les soignants jouissaient au sein de ces colloques d'une certaine réflexivité et liberté de parole.

La discussion relève la complexité sous-jacente à l'établissement du diagnostic, mais également le manque de critères extrêmement précis à ce sujet. Suivant la discussion, on n'arrive par exemple pas à comprendre clairement quels sont les critères qui permettent de distinguer le trouble de l'adaptation d'un deuil ou d'un trouble dépressif moyen. Malgré un certain effort à vouloir définir objectivement les critères diagnostics, une grande part de subjectivité guide l'établissement des diagnostics. Comment évaluer l'état psychologique de la personne avant l'événement déclenchant qui, dans un trouble de l'adaptation est censé être « normal » (bien que présentant une vulnérabilité) et dans le cas d'un épisode dépressif moyen est déjà problématique ? Comment distinguer ce qu'est une réaction normale à un deuil (pouvant être classé sous Z63) ou une réaction anormale (considérée comme un trouble de l'adaptation, F43.2) ?

Les intervenants dans la discussion essaient à maintes reprises de minimiser l'importance ou le poids du diagnostic du trouble de l'adaptation, tout en y relevant les aspects positifs. On souligne le fait qu'il s'agit d'un trouble (le distinguant ainsi de la maladie), on insiste sur son caractère temporaire et sur le fait qu'il n'implique pas de médication (mais seulement une thérapie brève). A travers les interventions de Michel, on perçoit également une remise en question de la distinction entre normal et pathologique impliquée par le trouble de l'adaptation, comme lorsqu'il dit : « mais au fond qu'est-ce que la normalité » ou « Il faut considérer que c'est normal d'être troublés par les événements de la vie. Quoi que... ceux qui s'adaptent le mieux aux guerres, ce sont justement les êtres humains ». En même temps, la discussion amenait d'une certaine manière une définition de la normalité de la part de Michel : « c'est lorsqu'il y a une souffrance et un épuisement des ressources ».

La distinction entre ce qui relevait du normal ou du pathologique était un élément qui revenait constamment lors des colloques. L'objectif était justement celui d'apprendre aux soignants à identifier ce qui n'était pas de l'ordre de la normalité dans le comportement des patients. La mise en évidence de la « déviance » permettait ainsi de comprendre la crise vécue par le patient et d'établir le diagnostic. Mais, comme d'autres auteurs l'ont déjà largement démontré (notamment Canguilhem, 1999 [1972]), la distinction entre le normal et le pathologique relève largement de l'arbitraire et se base sur des critères propres à une culture, une époque, voire une classe sociale ou professionnelle particulière. En effet, ce qui pour moi relevait souvent de la diversité humaine était pour les soignants le signe d'un dysfonctionnement psychologique, émotif ou cognitif, qui contribuait à dresser le portrait psychopathologique du patient.

A regarder de plus près, il semble souvent que les discours critiques des soignants portant sur l'arbitraire de la définition de la normalité ou sur le caractère discriminant de la pathologie assument une fonction « confessionnelle » au sein de la psychiatrie²⁹⁴. D'un côté, les soignants eux-mêmes reproduisent une certaine critique que l'on a faite et que l'on pourrait faire à la psychiatrie, répondant à une certaine orientation de la psychiatrie marquée par l'autoréflexivité et l'autocritique. De l'autre, cela n'empêchait pas de justifier des pratiques induisant une médicalisation de situations de vie « normales »²⁹⁵.

²⁹⁴ Le terme de « confessionnel » n'est pas utilisé dans un sens péjoratif. Cela reflète au contraire la sensibilité des soignants face aux regards réflexifs et, souvent, leur difficulté à l'actualiser dans la pratique clinique.

²⁹⁵ On retrouve ici une logique similaire à celle analysée dans la première partie du présent travail où les discours contre la médicalisation du suicide servaient finalement à justifier des initiatives de prévention fortement marquées par l'approche psychiatrique.

Malgré un certain sens critique, la nécessité de poser un diagnostic dans le cadre du trouble de l'adaptation était largement défendue par les soignants, en raison notamment de la vulnérabilité individuelle prédisposant au trouble et parce que, comme le dit Michel : « Le fait de poser un diagnostic nous permet de rentrer dans le cadre médical. Même si c'est discriminant ». Rentrer dans le cadre médical signifie pouvoir faire un travail au sein du dispositif psychiatrique et permet, comme souligné plusieurs fois dans la discussion, de faire rembourser les consultations par les caisses maladie. Finalement, la dimension stigmatisante et pathologisante propre au fait de poser un diagnostic (même si c'est un trouble de l'adaptation) est relativisée et compensée, selon les soignants, par le fait que c'est le seul moyen pour pouvoir être remboursé par les assurances. Cette procédure va donc finalement, aux yeux des soignants, dans le sens des intérêts du patient. On peut ainsi remarquer une certaine contradiction entre les propos qui relativisent l'importance et la pertinence de poser un diagnostic lors d'une consultation au SUC et ceux qui défendent la nécessité de l'établir.

On retrouve derrière ces propos deux dimensions caractéristiques du travail psychiatrique actuel : l'affaiblissement du seuil permettant de considérer un problème comme relevant du cadre psychiatrique et la banalisation du recours aux soins psychiatriques.

Une psychiatrie d'« accès facile »

Comme le met en évidence Ehrenberg, les changements de la relation entre le normal et le pathologique propres à la psychiatrie actuelle ont porté à un élargissement de la notion du pathologique qui concerne désormais la santé de manière générale (Ehrenberg, 2004). Ce n'est pas dû au fait que la limite entre ce qui est pathologique ou normal se soit déplacée en accordant un espace plus large au pathologique²⁹⁶. Les deux niveaux se mêlent désormais et c'est la vie normale elle-même qui est susceptible d'être pathologique. Autrefois centrale dans l'intervention psychiatrique, la maladie mentale est aujourd'hui secondaire et subordonnée à celle de souffrance psychique. Cette réflexion s'adapte fort bien au SUC où le pourcentage de patients présentant des troubles graves est plutôt marginal²⁹⁷. L'utilisation du diagnostic du trouble de l'adaptation semble ainsi emblématique de l'intégration formelle de situations de vie « normales » dans le cadre de l'intervention psychiatrique en raison de la souffrance que ces situations engendrent chez

²⁹⁶ Comme souvent défendu lorsqu'on parle de la multiplication des troubles ou des situations considérées comme pathologiques.

²⁹⁷ On retrouve par exemple seulement 10% des patients consultant au SUC qui présentent un diagnostic de schizophrénie, de troubles psychotiques ou de troubles schizo-affectifs.

le patient. Le diagnostic et la facilité avec laquelle il peut être posé joue donc un rôle central dans le processus de désignation du patient comme étant un patient psychiatrique. Et en ce sens, ce processus est un aspect de base du travail réalisé au SUC qui constitue une sorte de « porte d'entrée de la psychiatrie », les personnes ayant souvent leurs premiers contacts avec des soignants en psychiatrie au sein de ce service. Au travers de ce processus, dès que l'on arrive au SUC on devient un patient psychiatrique, indépendamment du type de problématique que l'on présente. En effet, on considère que si l'on consulte, c'est qu'il y a un problème, une souffrance, qui justifie donc le fait de « rentrer dans le cadre médical » et de recevoir un diagnostic. La centralité de la souffrance est évoquée aussi par Michel, qui considère la présence de la souffrance comme le signe du passage de la normalité à la pathologie. Le seuil pour identifier un problème comme relevant de l'expertise psychiatrique est ainsi très bas car la souffrance (indépendamment de son origine) suffit.

Une autre thématique qui croise celle de la souffrance dans les discours des soignants autour de l'exigence de poser un diagnostic pour tout patient est celle de la vulnérabilité individuelle. Comme on l'a vu, il s'agit d'une des conditions, outre la présence d'une souffrance, permettant de poser un diagnostic de trouble de l'adaptation. Comment cette question est-elle perçue par les soignants ? On considère que les personnes consultant au SUC présentent nécessairement une vulnérabilité individuelle permettant d'expliquer leur souffrance psychique et justifiant l'intervention thérapeutique sur un niveau individuel. Suivant la définition du trouble de l'adaptation et face aux aléas et aux difficultés de la vie, la personne qui n'arrive pas à s'adapter mais montre des symptômes présente nécessairement une vulnérabilité individuelle. Cette notion, devenue aujourd'hui une catégorie de l'action publique (Soulet, 2005) notamment dans le sens de « populations vulnérables », est plutôt utilisée au sein du SUC dans son acception individuelle, souvent interprétée comme une vulnérabilité de type biologique ou génétique. La vulnérabilité permet d'un côté d'expliquer pourquoi, confrontés aux mêmes choses, seulement certains individus développent des troubles psychiques. De l'autre, sa définition très vague et très vaste permet d'identifier une fragilité chez tout patient consultant au SUC, justifiant ainsi le diagnostic psychiatrique posé.

Le premier facteur déterminant le fait qu'un patient soit identifié comme un patient psychiatrique était donc le fait de consulter au SUC. On attribuait ainsi au patient le pouvoir de définir le caractère psychiatrique de sa situation. Selon les soignants, cela allait dans le sens de donner plus de crédibilité et de pouvoir aux patients. Cette vision du patient comme maître de la définition de sa situation masque le processus culturel dont les

patients se font souvent promoteurs, allant dans le sens d'une psychologisation et une médicalisation des problématiques sociales (Fassin, 2004a; Demailly, 2006; Conrad, 2007). Cette tendance renforçait les intérêts professionnels de la psychiatrie et les remettre en cause (en identifiant certaines demandes comme étant plutôt de nature sociale, politique ou économique) signifierait questionner la pertinence du SUC en tant que service psychiatrique où le cadre médical occupe une place dominante (notamment par rapport à la prise en charge sociale). Le fait que la demande d'aide psychiatrique venait directement des patients permettait dans un certain sens de réfuter les critiques qui leur étaient adressées quant à la « médicalisation » des problématiques sociales. L'attribution du diagnostic contribuait finalement, aux yeux des soignants, à valider d'un point de vue médical la demande des patients.

L'affaiblissement du seuil permettant de considérer un problème comme relevant du cadre psychiatrique s'accompagnait d'une banalisation du recours à l'aide psychiatrique. La facilité d'accès (et donc l'élargissement des personnes susceptibles d'y entrer) s'accompagnait ainsi d'une relativisation de l'impact ou des conséquences possibles d'une telle intégration. On mettait en avant les aspects positifs : pouvoir être remboursés par les assurances maladie, bénéficier d'un arrêt de travail, pouvoir être soignés, etc. Tout comme le fait d'avoir été diagnostiqué d'un trouble léger n'était pas considéré comme grave, la consommation de médicaments psychotropes était fortement banalisée (la grande partie des consultations se concluait par des prescriptions d'un somnifère ou d'un calmant). Les soignants eux-mêmes mettaient en pratique cette banalisation. La séparation nette entre des soignants sains et des patients malades, était d'une certaine manière brouillée. Il y avait une sorte de jeu d'empathie vis-à-vis du patient. Les soignants parlaient d'eux-mêmes dans des termes psychiatriques (plusieurs fois, on évoquait pendant les colloques la souffrance des soignants qu'il fallait également prendre en considération), avaient un recours relativement facile à des médicaments psychotropes²⁹⁸ et suivaient eux-mêmes une psychothérapie (cela faisait notamment partie de la formation des médecins assistants). La banalisation du stigmatisme représenté par le fait de consulter en psychiatrie était ainsi renforcée par le fait que les soignants eux-mêmes l'assumaient, bien que de manière partielle (la distinction entre le patient et le soignant était en effet bien présente, tant dans les discussions que lors des consultations).

²⁹⁸ Les médicaments psychotropes que les soignants consommaient facilement étaient surtout des antidépresseurs ou des stimulants.

Le fait d'être désigné en tant que patient psychiatrique ou de consommer des psychotropes n'était toutefois pas sans conséquences négatives pour le patient. Outre les effets secondaires des médicaments souvent minimisés ou carrément méconnus, le fait d'avoir été en psychiatrie et d'autant plus d'avoir reçu un diagnostic psychiatrique ou d'avoir pris des médicaments psychotropes pouvait constituer un précédent compromettant pour le patient. Au niveau des assurances maladies, cela peut par exemple constituer un motif de refus dans la demande d'une assurance complémentaire²⁹⁹. De plus, on pourrait également évoquer le caractère performatif du diagnostic. Tout en ouvrant les portes à une prise en charge et donc à une possible guérison par le biais de l'intervention psychiatrique, cette désignation peut aussi accentuer la vulnérabilité du patient. En effet, être désigné « malade » ou « vulnérable » finit par renforcer ce type de perception de soi, accentuant ainsi cette même vulnérabilité.

Derrière les phénomènes évoqués ici on retrouve également une logique visant à défendre une place, une expertise et une identité professionnelle particulière, notamment celle des médecins (occupant une place dominante et centrale au sein du service). Il s'agit premièrement de dé-stigmatiser la psychiatrie (en minimisant également les possibles conséquences négatives) et d'élargir les problématiques susceptibles d'être prises en charge. Le désignation constituée par le diagnostic contribue ainsi à justifier d'emblée que le patient venu consulter est au bon endroit. Si les personnes venues consulter présentaient avant tout des problématiques sociales, politiques ou économiques, comment dès lors justifier la prise en charge psychiatrique et la place centrale occupée par les médecins ? Etabli par les médecins, le diagnostic constitue ainsi une spécificité de leur travail, permettant de se distinguer de celui des infirmiers et de légitimer leur position dominante.

Les problématiques suicidaires : un symptôme psychopathologique

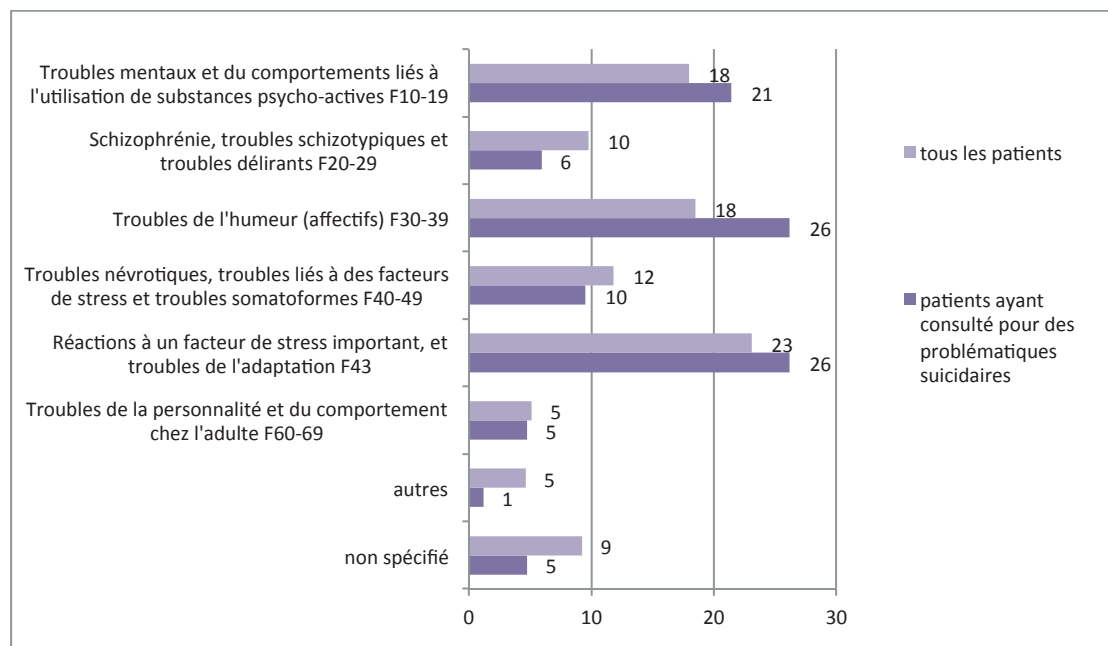
Dès lors, quel est le lien qui est établi dans le travail des soignants entre diagnostic et problématiques suicidaires ?

Concernant les types de diagnostics attribués dans les situations suicidaires, il semblerait que certaines caractéristiques propres à l'ensemble des patients du SUC soient plus accentuées dans le cadre des problématiques suicidaires. On retrouve ainsi une plus grande

²⁹⁹ L'établissement d'une assurance complémentaire (donnant accès à des traitements non remboursés par l'assurance de base comme les soins dentaires ou les thérapies alternatives), dépend en effet du bon vouloir de la caisse maladie. Le fait d'avoir consulté en psychiatrie constitue souvent, pour les caisses maladies, un motif de refus du patient ou de réserve émise à son sujet.

présence de troubles de l'adaptation ou liés aux facteurs de stress (F43), avec un pourcentage qui passe de 23% à 26% chez les patients consultant pour des problématiques suicidaires. Il y a également une plus grande prévalence de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-19) chez ces patients-là, lié au fait que beaucoup de tentatives de suicide sont effectuées par le biais de ces substances. Les troubles plus graves comme la schizophrénie, les troubles psychotiques et les troubles schizo-affectifs sont réduits de moitié (de 10 à 6%) par rapport à la population générale du SUC. Concernant les troubles de l'humeur (qui inclut également les troubles dépressifs), les problématiques suicidaire voient une légère augmentation du pourcentage, qui passe de 18 à 26%. Si l'on considère les troubles dépressifs sévères (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3), ce diagnostic a été posé pour le 8% des patients consultant au SUC pour des problématiques suicidaires.

Graphique 5 : Comparaison des catégories diagnostiques entre tous les patients ayant consulté pendant le mois X (195 patients) et les patients ayant consulté pour des problématiques suicidaires (84 patients). Les chiffres indiquent le pourcentage.³⁰⁰



Comment les soignants perçoivent-ils le lien entre suicide et diagnostic psychiatrique ? La majorité des soignants interviewés se réfèrent aux études psychiatriques se basant sur les autopsies psychologiques et citent le chiffre de 90-95% des suicides qui seraient liés à une pathologie psychiatrique. Ce lien n'est d'ailleurs pas remis en cause. Questionné autour de

³⁰⁰ Les graphiques qui se trouvent dans les chapitres 4, 5 et 6 (à l'exception du graphique 10) se basent sur les données établies par moi-même à partir de l'analyse des dossiers des patients. Pour les précisions concernant les aspects méthodologiques se référer au chapitre 3.3.

la possibilité d'avoir des personnes ayant fait des tentatives de suicide ne présentant pas de pathologie, Marc répond ainsi :

Dans les expertises psychologiques plutôt pas. Ils disent qu'il y a quand même 90% de cas, il y a quelque chose si on cherche suffisamment. Après la possibilité de créer une pathologie psychologique avec la CIM est aussi illimitée. On l'a toujours vu, on va toujours trouver quelque chose, au moins un trouble de l'adaptation. Il y a toujours la possibilité de trouver quelque chose qui ne va pas. Ça reste une question de définition ou non. Est-ce que c'est normal de vouloir se suicider ? (Entretien Marc, médecin chef de clinique)

On retrouve ici l'extrême flexibilité de l'utilisation des manuels diagnostiques comme la CIM-10 qui permet ainsi de toujours trouver un possible trouble. La justification à cette procédure, notamment en ce qui concerne le suicide, est le fait de considérer le comportement suicidaire comme pathologique en soi. On retrouve l'effort de distinction entre ce qui relève de la normalité et du pathologique (comme discuté plus haut). Plus en avant dans l'entretien, Marc ajoute, dans une sorte de « confession » autocritique face à l'élargissement considérable de la notion de trouble : « Comme ça être malade devient presque plus normal que d'être non malade, en bonne santé ».

Concernant le type de diagnostic attribué face aux problématiques suicidaires, les médecins interviewés ont tendance à faire une distinction entre les personnes présentant des problématiques dépressives et les personnes ayant des troubles de la personnalité. D'emblée, le patient qui présente une problématique suicidaire est donc perçu comme rentrant dans l'une ou l'autre catégorie psychopathologique. Voici comment l'explique Matthias, interrogé à ce sujet :

En simplifiant. Pour moi il y a d'un côté les troubles de la personnalité où les gens ont tendance de manière un peu impulsive, de faire des gestes comme ça, qui sont plus un appel à l'aide. Ou des tentatives de mobilisation de l'entourage (...) de l'autre côté, quand c'est plutôt un moment dépressif, la personne est plutôt inscrite dans un mouvement dépressif depuis longtemps, on voit qu'il y a une sorte d'entonnoir dans les possibilités en fait. En général, quand on est face à un problème, on est devant différentes possibilités, quand ce problème se chronicise, c'est vraiment un épisode dépressif et à un certain moment, on a vraiment l'impression que les personnes arrivent où elles ont l'impression que le suicide est la seule solution. De plus en plus le suicide est envahissant et prend la place dans sa tête, et il vient de plus en plus construit comme un plan en fait. (Entretien Matthias, médecin assistant)

Concernant les troubles de la personnalité, les réflexions tournent autour de la pertinence à les considérer comme des pathologies (thématique largement discutée dans la littérature médicale, e.g. Trémine, 2008) :

Il y a beaucoup de gens avec un trouble de la personnalité qui veulent mourir. On peut se demander si ce n'est pas une maladie. Oui, car c'est dans la CIM, oui car ce sont des personnes qui ont de la peine à fonctionner dans la vie donc oui. Mais est-ce que la personnalité en soi peut être une maladie, les avis peuvent être très tranchés là-dessus. Certains disent que les troubles de la personnalité n'existent pas, ce sont juste des gens très extrêmes et certes, cet extrême fait qu'ils ont de la peine. (Entretien Marc, médecin chef de clinique)

Là encore, l'effort de réflexivité semble être additionnel car il n'entend pas remettre en question les postulats de la discipline, dont la CIM-10 semble être un porte-parole légitime. Concernant les troubles de l'humeur, le caractère pathologique semble être plus évident, car la volonté de mourir constitue un des symptômes qui permettent d'en établir le diagnostic.

Au delà de la catégorisation diagnostique, certains soignants évoquent la vulnérabilité individuelle sous-jacente au comportement suicidaire.

Même si on ne trouve pas un diagnostic psychiatrique avant [lors de la première consultation], je pense qu'il y a des choses subtiles qui font que la personne est vulnérable. Après c'est difficile de savoir qu'est-ce que ça veut dire trouble mental. On peut ne pas avoir des symptômes et être vulnérables quand même. *Vulnérable à un trouble ?* On peut être vulnérables à développer un trouble même si on n'a pas de symptômes. Il y a peut-être des difficultés minimales qu'on ne peut pas comprendre avant d'en arriver là. *Ça peut être un déclencheur ?* Ou avoir une vulnérabilité avec un déclencheur alors qu'avant on allait bien. D'avoir, de faire des tentatives de suicide. C'est aussi dans le trouble de l'adaptation. On peut le classer là bas. Une personne qui va bien et qui tout d'un coup elle va faire une tentative de suicide. Ou d'avoir un comportement autodestructeur du coup, style prise de drogue, d'alcool, des choses qu'il ne faisait pas avant. C'est toujours une rencontre entre un stress extérieur et ce qui se passe à l'intérieur. Même si on n'a pas d'éléments à faveur d'un trouble psychique, probablement il y a une fragilité quelque part que... et là c'est difficile de parler de trouble mental. (Entretien Marie, médecin assistante)

Le concept de vulnérabilité semble ici dépasser la nécessité même d'un diagnostic médical mais justifie d'emblée l'intervention psychiatrique. La fait d'avoir des comportements à risque, notamment des comportements suicidaires, constitue le signe d'une vulnérabilité individuelle, au delà du contexte dans lesquels ils sont apparues. On voit ici comment Marie poursuit son argumentation :

Par exemple, j'avais un patient qui voulait se suicider mais parce que il était étranger, il était venu pour se marier mais n'avait pas pu se marier et n'avait donc pas de papiers. C'était un mariage arrangé mais du coup la femme le quitte et s'il rentre chez lui il va mourir, ils vont le torturer avant de le tuer. Il venait du Sri Lanka. Là il avait des idées suicidaires. Si on voit une personne avant tout ça, je ne pense pas qu'on trouverait une pathologie psychiatrique grave. *Mais tu penses que*

cette personne avait des vulnérabilités ? Oui, possiblement. C'est difficile à explorer, en plus il ne parlait pas bien. Par exemple, il avait des difficultés à se défendre, par exemple face à sa propre famille qui le traitait comme un con parce qu'il s'est fait quitter. (...) Donc chez lui, avant ce qui lui était arrivé, on ne pouvait pas dire qu'il y a un trouble mental mais je pense qu'il y avait une fragilité dans le stress. (Entretien Marie, médecin assistante)

Dans cette situation décrite par Marie, on voit que le fait que la personne avait des idées suicidaires témoignait en soi d'une fragilité, et ce malgré des facteurs externes très importants (notamment concernant un risque pour sa vie lié au fait de devoir rentrer dans son pays). Face à cette situation, on voit que les analyses quant aux liens entre l'expérience migratoire, voire la répression politique, et la santé psychique sont très peu connus et employés dans le travail clinique.

La vulnérabilité est donc perçue comme se situant à la base de la situation problématique dans laquelle l'individu se trouve. A ce propos, on évoque souvent l'impossibilité d'identifier « le » facteur déclencheur, en insistant sur la multiplicité de facteurs sous-tendant la souffrance du patient, renforçant l'approche en termes de vulnérabilité individuelle. Sans axer son raisonnement de manière spécifique sur la problématique suicidaire, Michel évoque cette question, en reprenant également des éléments discutés plus haut au sujet du diagnostic :

Quelles sont les problématiques qui émergent le plus souvent dans les consultations ? Je me méfie des raccourcis, des corrélations. C'est pour ça que je ne fais pas très attention à qui consulte. Ça ne m'intéresse pas. *Il y a quand même des problématiques qui reviennent, des situations sociales...* Ici... non, nous on raisonne en diagnostics. *Alors il y a peut-être des diagnostics qui reviennent plus ?* Oui, c'est plutôt les dépressions, les troubles anxieux,... *Troubles de l'adaptation ?* Oui, troubles de l'adaptation. Ce qui sous-entend probablement des difficultés dans la vie, ajustements à des difficultés, que ça soit rupture, perte d'emploi,... mais en général c'est pas un seul facteur, c'est vraiment plusieurs choses à la fois qui arrivent à une personne qui le met dans une situation de crise et qui le fait venir ici. C'est rare où les individus, parce qu'il a juste un problème, il viennent. Il perd son emploi mais il a un soutien de l'autre côté, ça se passe bien, c'est équilibré, les gens repartent, ils s'attristent, ça fait physiologique d'être triste si on perd un travail. Mais les gens que nous on voit, ce sont des gens qui accumulent les choses. Pertes sur pertes, difficultés, plusieurs choses à la fois et ils finissent par perdre pied. *C'est un peu le facteur déclenchant ?* Je dirais même le facteur précipitant. Ce n'est pas un facteur déclenchant. Le facteur déclenchant c'est probablement tout le reste, qui s'accumule une à une. Voyez... Difficultés, burn-out, il n'arrive pas à faire son boulot. Après il a des difficultés à la maison, après il n'arrive plus à gérer. (Entretien Michel, médecin chef de clinique)

Au niveau étiologique, il devient ainsi impossible d'identifier le facteur externe qui a pu déclencher la crise. Cela confirme le fait qu'à la base, il existe une vulnérabilité individuelle.

Face à ce type de situation, le raisonnement des soignants porte souvent à dire que « si une personne a tellement d'ennuis et de difficultés, c'est qu'il y a un problème (individuel et psychologique) quelque part ». La notion de vulnérabilité est donc très présente dans le discours psychiatrique et est largement utilisée pour justifier l'approche individuelle et médicale.

On voit donc que le travail des soignants interprète les problématiques suicidaires comme reflétant un trouble psychopathologique, voire une vulnérabilité, individuel. L'objectif de la prise en charge est donc celui de saisir cette dimension pour ensuite la prendre en charge, que ça soit au travers des médicaments, d'une hospitalisation ou d'une prise en charge psychothérapeutique. On peut dès lors se questionner sur l'influence de l'approche psychothérapeutique sur la perception et la prise en charge des patients. Questionnés à ce sujet, les médecins répondent systématiquement de leur appartenance première à la psychiatrie, l'orientation intervenant seulement dans un deuxième temps. Cela se reflète également dans la formation où les médecins assistants se spécialisent dans une orientation particulière seulement à partir de la troisième année (une partie des médecins assistants travaillant au SUC n'avaient ainsi pas encore commencé leur spécialisation). Mathilde explique ainsi le rapport entre la psychiatrie et la psychothérapie dans sa pratique :

On est tout d'abord psychiatres. L'axe c'est quelque chose qui se rajoute à la psychiatrie. Dans un service d'urgences, on discute, on est au premier plan psychiatrie, on parle du patient sur le plan psychiatrique et non sur le plan psychothérapeutique. La supervision par exemple... moi j'avais le premier semestre un superviseur systémicien [alors qu'elle se spécialise dans l'approche psychanalytique], ça ne posait pas de problèmes. (Entretien Mathilde, médecin assistante)

L'orientation avait donc une place assez marginale dans la compréhension de la psychopathologie, qui était appréhendée principalement sous un angle biologique. Cette prévalence de fond de l'approche biologique était saillante au cours des discussions autour de l'origine de la psychopathologie.

Une fois, j'assistai à une longue discussion au cours d'un colloque au sujet de la dépression. Margot, une médecin assistante, raconta qu'elle avait été particulièrement troublée par la question d'une patiente sur son état dépressif. « Pourquoi suis-je déprimée ? » avait-elle demandé, sans que la médecin assistante ne trouve de quoi répondre. Le médecin chef présent au colloque aborda la question en disant que c'était important, en tant que médecin et pour faire face à ce genre de questions, de se situer au sein d'une approche

théorique précise (systémique, psychanalytique ou cognitivo-comportementale). Il s'agissait en outre de comprendre la question du patient : pourquoi le patient a-t-il besoin de savoir cela ?³⁰¹ La discussion porta ensuite sur la partialité d'une explication à partir d'une orientation théorique spécifique. Dire que la personne est déprimée à cause des mauvais traitements subis dans l'enfance (qui pourrait être une interprétation de type analytique) ou à cause de la perte d'un travail (qui pourrait relever d'une vision plutôt systémique) est considéré comme réducteur et pas généralisable : en effet, toutes les personnes qui ont subi des mauvais traitements dans l'enfance ou qui perdent un travail ne dépriment pas forcément. Cette logique argumentative (l'impossibilité de généraliser à partir d'un facteur pouvant expliquer l'apparition d'une pathologie) était très présente au sein du SUC, et conduisait finalement à une mise en avant des dimensions biologiques ou génétiques³⁰². Le médecin chef qui dirigeait la discussion mit ainsi en avant la dimension biologique de la dépression. Il affirma toutefois que c'était une explication très à la mode : « Elle déresponsabilise les gens et on substitue Dieu avec les gènes. Dans cette vision, il s'agit de quelque chose qu'on ne peut pas contrôler, qu'on ne peut donc pas changer ». Cela se rattache aux recherches qui montrent que l'explication biologique induit une certaine déresponsabilisation, tant du patient que des parents, qui sont très fortement pointés du doigt, notamment par les approches psychanalytiques (voir à ce propos Barrett, 1998). Nadine, l'infirmière présente, critiqua cette vision des choses en disant, au contraire, que cette interprétation n'avait pas nécessairement un effet positif car elle donnait l'idée que de toute façon le patient ne pouvait rien y faire et que le seul moyen pour s'en sortir était la médication. A ces propos, un médecin assistant réagit en défendant l'interprétation biologique en disant « ben, c'est triste mais c'est comme ça. C'est comme le diabète ». Une médecin assistante ajouta ensuite qu'il fallait comprendre la dimension biologique de manière plus complexe. Le niveau de sérotonine, par exemple (qui est très bas chez les personnes ayant des symptômes dépressifs), était influencé d'une part par la génétique, mais variait également en fonction des événements de la vie, ainsi que la manière de penser et de réfléchir du patient. Il fallait donc savoir considérer ce qui pouvait

³⁰¹ On voit ici comment la lecture psychiatrique essaie de voir derrière le sens premier de la question du patient, un sens caché, relevant de ses mécanismes et de ses constructions (voire troubles) psychiques. Cette logique, mainte fois rencontrée, tend ainsi à invalider la parole du patient au profit d'un sens « caché » que seul le soignant peut trouver.

³⁰² Matthias affirme par exemple dans un entretien « Mais en fait la dépression c'est quand même connu que c'est... il y a un gros côté psychiatrique, dans le sens que pas tout le monde fait une dépression sur les mêmes facteurs, mais qu'il y a aussi des côtés biologiques qui font qu'on est prédisposé à être déprimé et que pour sortir d'un vrai épisode dépressif il faut une aide médicamenteuse et après on va plutôt travailler sur la construction personnelle » (Entretien Matthias, médecin assistant).

être changé à travers l'intervention psychothérapeutique et/ou par le biais d'une intervention médicamenteuse.

Toutefois, la dimension biologique ou génétique était régulièrement évoquée par les médecins assistants interrogés, notamment dans ses liens avec les idées ou comportements suicidaires. Chez certains médecins, il y avait une sorte de fascination autour des explications biologiques ou génétiques, liée à une vision mécanique du psychisme comme le résultat d'un assemblage de neurones ou de gènes. Martin parle par exemple de « machinerie suicidaire » en évoquant les recherches autour des liens entre la stimulation du cerveau et les idées suicidaires :

A part ça, c'est étonnant parce qu'on a fait des expériences avec le *deep brain stimulation*³⁰³ avec les électrodes chez les patients. J'ai vu des expériences, des vidéos. Parfois, si on met des courants électriques, le patient commence à rire, il est bien, il voit plus de lumière dans la chambre. C'est fou ! Ou au contraire il y a des articles qui ont montré que si on place des électrodes dans... je ne me rappelle plus exactement où... ils ont montré qu'il y a même l'apparition d'idées suicidaires, donc on peut spéculer que les comportements suicidaire sont quelque part, le mécanisme suicidaire dans le cerveau il y est, il existe quelque part. La machinerie suicidaire est liée. Maintenant qu'est-ce qui l'active, c'est souvent le désespoir du lien, relationnel ou par rapport à soi même, qui est encore plus dévastateur, je pense que c'est ça. *Quelle est la part de l'aspect biologique finalement dans le comportement suicidaire ?* C'est fondamental, l'aspect biologique est fondamental, si en excitant des parties du cerveaux on peut provoquer des idées suicidaires, une perte d'envie de la vie, la partie biologique est bien là, neurologiquement. Après, disons comme j'ai dit, la machine suicidaire est là, après elle peut être déclenchée par des facteurs différents, des facteurs biologiques aussi. Il y a parfois des patients qui prennent certains médicaments qui font des troubles de l'humeur et qui sont très difficiles à distinguer des troubles de l'humeur autre. Et souvent, sans trop d'éléments extérieurs observables, ça suffirait comme base biologique pour déclencher des idées suicidaires. Maintenant s'il y a des gens qui se sont suicidés, probablement oui. Après l'aspect biologique est là dans la maladie incurable la perspective de l'handicap est un des plus forts stimuli suicidaire. Je pense que la partie biologique revient toujours. (...) Je pense que les idées suicidaires des fois sont acceptables mais tout simplement acceptables, si on peut les provoquer avec des électrodes dans le cerveau et un peu d'électricité quelque part, ça peut être acceptable. Dans ce sens, je pense que notre liberté est limitée par nous mêmes, par notre position à nous, notre génome. Je ne peux pas changer mes oreilles décollées, c'est mon génome. Je ne suis pas libre de choisir si mes oreilles sont décollées ou pas. Je suis limité par mon génome. Si j'ai des idées suicidaires parce que je suis déprimé ce n'est pas un libre choix. Là je pense que c'est une limite du libre choix. Sinon en dehors de ce cadre-là, mais on n'est pas en dehors de ce cadre-là. (Entretien Martin, médecin assistant)

³⁰³ Il s'agit d'une méthode d'électrothérapie dans laquelle on implante dans le cerveau, avec une opération chirurgicale, des électrodes qui stimulent certaines parties spécifiques du cerveau.

Ce long extrait de l'entretien réalisé avec Martin (qui se spécialisait dans l'orientation psychanalytique) montre ainsi la position primordiale accordée à l'aspect biologique dans la question du suicide au sein des soignants du service, notamment des médecins. Martin considère qu'au delà du facteur déclencheur (qui est souvent biologique, comme les médicaments ou une maladie somatique), les idées ou comportements suicidaires sont perçus comme un mécanisme qui s'enclenche de manière indépendante de la volonté de l'individu et qui nécessite donc une intervention médicamenteuse.

Mais à côté de cette vision biologisante, les influences sociales et culturelles étaient également évoquées par certains soignants. Ces réflexions n'étaient toutefois pas issues de lectures ou de recherches scientifiques, mais se basaient sur l'expérience individuelle des soignants et de leurs impressions personnelles. Plusieurs soignants me parlèrent par exemple de la foi comme facteur protecteur du suicide :

Souvent, par rapport aux facteurs culturels, c'est vrai que c'est quelque chose qui m'a frappé pendant ces trois mois que j'étais là, souvent les patients croyants, on a l'impression que la foi est une protection face à leur suicide. Ils expliquent que non, 'le suicide c'est quelque chose que je ne pourrais pas faire parce que c'est interdit...parce que ça ne va pas dans mes convictions'. (Entretien Maurice, médecin assistant)

Une soignante d'origine étrangère, Mathilde, avait une vision beaucoup plus radicale concernant les facteurs socioculturels liés au suicide.

Au cours de ton travail... qu'est-ce que tu as vu comme étant à l'origine de ces problèmes suicidaires ? Si tu devais dire de manière générale. Ça c'est la meilleure question... très anthropologique... (rires) A mon avis, la raison numéro un des envies suicidaires c'est le système suisse, la vie. Il n'y a pas de vie sociale. Les gens suicidaires sont en général des personnes seules et ils posent ça en premier plan. Ils ne supportent pas d'être seuls. Le système, le mode de vie ici. Ça c'est le problème numéro un. Deuxième... je peux le dire... ? (rires) Est-ce que ce premier point c'est quelque chose dont tu te rends compte par rapport à ton pays d'origine ? La différence qui... (...) Oui, effectivement. Mais t'as compris mon premier point ? Chacun pour soi... par exemple j'avais vu une patiente aux urgences parce qu'elle n'était pas bien. C'est une patiente qui m'a énormément touchée dans le sens où ça peut expliquer ce premier point. Il y a sa sœur qui s'est mariée, elle n'a plus ses parents, c'est une dame suisse. C'est une patiente qui vit seule puis à un moment elle n'était pas bien et elle voulait être avec quelqu'un, parler de certaines choses. Elle appelle sa sœur et sa sœur lui dit : 'je peux te donner une adresse d'un psychiatre qui peut te recevoir'. Et ça, c'est la patiente qui dit après, c'est pas les soucis qu'elle avait et qu'elle voulait en parler avec sa sœur qui ont déclenché la crise mais plutôt l'attitude de sa sœur qui a fait qu'elle a pété les plombs, elle s'est alcoolisée et qu'elle est venue aux urgences. Il n'y a pas de famille, ce n'est pas à 100% mais la plupart, je suis certaine. En une année et demie aux urgences, c'est le problème numéro un. Les patients souffrent par rapport à cette problématique.

Cette patiente me disait : 'à qui je dois parler si ce n'est pas à la famille, à ma sœur ?' Est-ce que je dois aller dans un bar ? Puis elle pleurait. J'étais très touchée. Dans des situations comme ça, je me suis sentie impuissante. Qu'est-ce que je peux dire à cette patiente ? Venez, on va parler une fois par semaine. C'est des situations qui m'ont touchées. Le problème numéro deux je dirais peut-être ça recoupe pas mal de choses. La rigidité dans le travail, de la vie, des problèmes financiers, des ruptures. Il y a ça. Il y a aussi ceux qui ont des pathologies psychiatriques, des schizophrènes qui ont des voix qui leur demandent de se suicider. Il y a dans cet ordre là. (Entretien Mathilde, médecin assistante)

Ce type de positionnement, que je n'ai pas rencontré dans d'autres circonstances au cours de mon terrain, montre une perception très sensible aux dimensions sociales dans la souffrance psychique des patients. Face aux événements de la vie, l'attitude très individualiste des proches, ainsi que la solitude caractérisant la vie de beaucoup de personnes, influence la détresse extrême de certains patients. Ce point de vue, basé sur son expérience personnelle, ne s'appuie toutefois pas sur une littérature ou des recherches qualitatives pouvant mettre en évidence la pertinence de ces observations. Très proche d'une sociologie implicite, ces propos montrent comment cet aspect n'est pas problématisé au sein du service, mais reste au niveau des impressions subjectives. Ce regard représente toutefois une exception au sein des médecins du SUC mais permet de mettre en évidence la diversité existante parmi les soignants dans leur manière d'appréhender les problématiques.

Ces observations confirment ainsi les propos de Barrett (1998) au sujet de l'importance de la dimension biologique au sein de la psychiatrie, malgré l'introduction du modèle biopsychosocial³⁰⁴. En effet au sein du SUC, tout le monde admettait que les dimensions sociales ou culturelles influençaient l'émergence d'idées ou de comportements suicidaires. La formation des médecins les préparait toutefois à lire et à saisir les dimensions biologiques ou psychologiques, mais non pas les dimensions sociales. Celles-ci ne faisaient pas l'objet d'une formation approfondie (aucun colloque ne porta d'ailleurs là-dessus) et les soignants les évoquaient à partir de leurs expériences personnelles en s'appuyant sur un certain savoir profane. Face aux explications biologiques ou psychologiques, celles-ci n'avaient donc aucun poids et aucune légitimité scientifique. Il y avait certes la prise en compte des facteurs de risque, notamment dans l'évaluation du potentiel suicidaire, qui comprenait également des dimensions sociales. Mais celles-ci relevaient du paradigme épidémiologique et aucune réflexion autour de l'agencement entre le facteur et la problématique suicidaire n'était développée, favorisant ainsi une vision médicale.

³⁰⁴ Voir à ce propos le chapitre liminaire.

Malgré une volonté d'aller dans le sens du paradigme biopsychosocial, peu de moyens étaient véritablement mis en place d'un point de vue de la formation médicale, afin de l'actualiser dans la pratique clinique. Les liens entre la souffrance psychique ou les problématiques suicidaires et les dimensions sociales n'étaient pas véritablement compris, ce qui limitait largement la possibilité d'agir sur cet aspect et de sortir d'une interprétation purement psychiatrique de la situation du patient. Par exemple, aucun colloque interne observé n'avait abordé ces questions et le faible intérêt porté à ma recherche témoignait d'un désintéressement à vouloir approfondir cette question d'un point de vue savant, considérant que le savoir acquis de manière subjective suffisait largement.

On peut donc conclure en affirmant que le regard médical induisait une réelle médicalisation des problématiques qui se présentaient au SUC, malgré une volonté, souvent évoquée par les professionnels, de ne pas médicaliser à outrance les problématiques des patients (comme par exemple dans l'utilisation du trouble de l'adaptation). Pour les patients, une consultation en urgence au SUC ne se traduisait toutefois pas nécessairement par une prise de médicaments psychotropes, par une hospitalisation ou par un suivi de crise. Dans le processus de médicalisation, la relation thérapeutique et la posture du patient jouaient en effet un rôle central. Mais qui sont donc ces patients consultant au SUC ? Quelles sont les caractéristiques de cette population ? Quel est le parcours les ayant amenés au SUC ?

5. Vouloir mourir

« En tout cas je suis folle, mais les fous ne savent pas qu'ils sont fous » Audrey, patiente interviewée

Afin de mieux connaître le genre de population qui consulte au Service d'Urgence et de Crise (SUC), notamment pour des problématiques liées au suicide, deux approches différentes sont empruntées. Dans la première partie du chapitre et en s'appuyant sur l'analyse de plus de 270 dossiers, des données statistiques indicatives concernant les caractéristiques sociodémographiques des patients sont présentées. Dans la deuxième partie, tant la lecture approfondie des dossiers que les entretiens ethnographiques réalisés avec 14 patients permettent d'avancer une analyse qualitative des trajectoires des patients et de leur rapport particulier à la détresse psychique, aux idées ou aux comportements suicidaires, ainsi qu'à la prise en charge psychiatrique.

5.1. Une population défavorisée

Qui sont les personnes qui consultaient au SUC ? Quelles étaient les classes sociales les plus représentées ? Quel type de problématiques présentaient-elles ? Quelle était la proportion de patients présentant des problématiques sociales ? Quelle était la prévalence des idées ou des comportements suicidaires ? Quel était le pourcentage d'hospitalisations parmi les patients qui venaient consulter ? Quelle était la proportion entre hospitalisations d'office et volontaires ?

Au cours du terrain ethnographique réalisé au SUC, j'interrogeai à plusieurs reprises les médecins chefs autour de ces questions. Je pensais en effet qu'il s'agissait d'informations indispensables afin d'organiser et de penser la prise en charge. Toutefois, les médecins interrogés semblaient ne pas considérer cette question comme importante. Chacun avançait des hypothèses sur tel ou tel pourcentage ou tendance, mais personne ne pouvait l'affirmer avec certitude. Un médecin affirmait que le 80% des consultations présentaient des problématiques suicidaires, un autre assurait qu'elles ne représentaient que le tiers des consultations. Certains affirmaient que les problématiques sociales étaient très présentes, d'autres qu'elles étaient secondaires. Un soignant me parla longtemps de la prévalence de problématiques liées à la migration, alors que la majorité n'évoqua jamais cette question.

Lorsque je consultais les dossiers à la recherche de ce type d'informations, je constatais que certaines informations n'étaient pas demandées et d'autres n'étaient pas bien saisies par les médecins. A partir des données informatisées (et souvent même à la lecture des notes

cliniques manuscrites), il n'y avait par exemple pas le moyen de savoir quelle était la situation sociale du patient ou si la personne était migrante ou dans une procédure d'asile. Malgré le fait que le médecin était censé noter le niveau de scolarité atteint, le type d'occupation ou la catégorie professionnelle, ces informations étaient très souvent incorrectes ou absentes. De plus, il était souvent impossible de reconstituer avec précision la proportion de consultations effectuées aux urgences somatiques, ou celles qui avaient bénéficié d'une prise en charge sociale, ou quel était le pourcentage de patients hospitalisés à partir du SUC.

Malgré des difficultés d'organisation certaines, il semblait également que ce type d'information n'intéressait guère les soignants, car considéré comme peu important dans la prise en charge. Lors d'un entretien avec une assistante sociale, je pris connaissance qu'une recherche menée par un sociologue avait été réalisée en 2006 autour de la problématique de la paupérisation de la population consultant au SUC. Celle-ci, bien qu'elle n'ait pas comporté une analyse statistique, avait mis en évidence la progressive paupérisation de la population consultant au service et l'exigence d'adapter le suivi, en accentuant la prise en charge sociale. Il semblait toutefois que cette recherche n'avait pas eu un grand impact dans la manière de travailler avec la population des urgences, car personne n'évoqua cette problématique au cours des entretiens (sauf l'assistante sociale citée). Comme déjà évoqué précédemment, à la question de savoir si parmi la population du SUC il y avait une surreprésentation de certaines classes sociales, la réponse qui m'était souvent donnée était : « non, toutes les classes sociales sont également représentées » (à comprendre comme : les problèmes psychopathologiques concernent tout le monde de la même manière).

Ce désintérêt pour les questions « sociologiques » montre à nouveau la place que ces informations occupaient dans le travail psychiatrique. La perception subjective et approximative de ces éléments semblait suffire, car ils n'étaient pas supposés avoir un impact relevant au niveau de la prise en charge. Celle-ci, axée sur l'approche individuelle et médicale, prête ainsi davantage attention aux symptômes et aux hypothèses diagnostiques (cette information, par exemple, était saisie d'une manière beaucoup plus systématique et fiable que les données sociodémographiques).

Dans le souci de mieux cerner la population qui consultait au SUC, je décidais ainsi d'établir des statistiques à partir des dossiers analysés sur un mois.

Au départ, mon intention était de pouvoir dégager des dossiers des informations précises concernant la situation sociale du patient, les problématiques motivant sa consultation au SUC tout en corrigeant les informations établies par les soignants. Cela s'est toutefois révélé très difficile, car les dossiers présentaient des informations très sommaires à ce sujet. En effet, les consultations thérapeutiques étaient plutôt centrées sur les symptômes du patient ou sur son anamnèse et les médecins qui remplissaient les dossiers n'interrogeaient pas nécessairement le patient autour des questions qui m'intéressaient. Les données notées reflétaient ainsi le point de vue du médecin et leur précision dépendait de l'importance que ces données semblaient avoir dans son travail. Si l'on prend le niveau d'instruction l'information manquait pour le 50% des dossiers. Concernant la catégorie professionnelle, les dossiers sans information étaient le 28%. Les statistiques que l'on peut dégager à partir de ces données ne sont ainsi qu'indicatives.

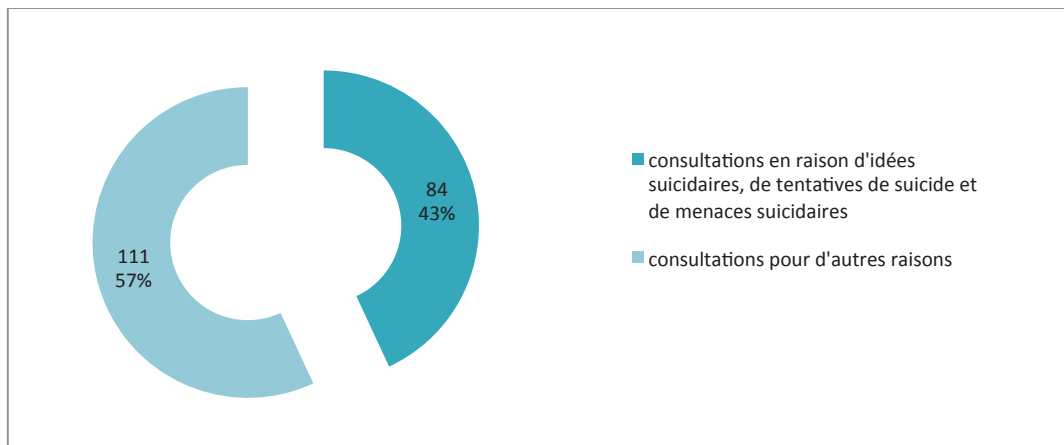
Au contraire, en raison de l'attention portée à la thématique, les informations concernant la problématique suicidaire étaient toujours notées. Le dossier comprenait le plus souvent la fiche pour l'évaluation du potentiel suicidaire et, lors de la description des symptômes, le médecin indiquait toujours une note concernant la question des idées et des comportements suicidaires. De même, en raison de son importance dans le travail médical, le diagnostic était spécifié dans le 90% des dossiers.

Malgré le fait que pour certaines données déjà informatisées j'aurais pu établir des statistiques sur une période plus longue, je choisis de ne me baser que sur le mois X afin d'avoir des chiffres comparables. Ainsi, le fait de considérer les données uniquement sur un mois limite également la possibilité de généraliser ces données. Il s'agit donc d'analyses indicatives, qui servent à donner une idée des caractéristiques de la population consultant au SUC.

Les dossiers pris en compte dans cette analyse sont les 171 dossiers des patients ayant consulté au SUC pendant le mois X. Parmi ces dossiers, il y a les personnes qui ont été hospitalisées aux urgences somatiques et qui avaient accepté de revoir le psychiatre une deuxième fois. Pour les personnes ayant vu le psychiatre une seule fois, aucun dossier n'avait été ouvert en psychiatrie. Les 24 dossiers des personnes ayant été hospitalisées en psychiatrie à partir du SUC (et des urgences somatiques) pendant le mois X sont également inclus dans l'analyse. Comme il ne s'agit pas de tous les patients vus par les soignants du SUC (les patients hospitalisés en urgences somatiques n'ayant pas accepté de revoir le psychiatre ou n'ayant pas été hospitalisés ne sont en effet pas inclus dans l'échantillon), les statistiques qui peuvent être déduites à partir de ces dossiers sont ainsi indicatives.

Les problématiques suicidaires

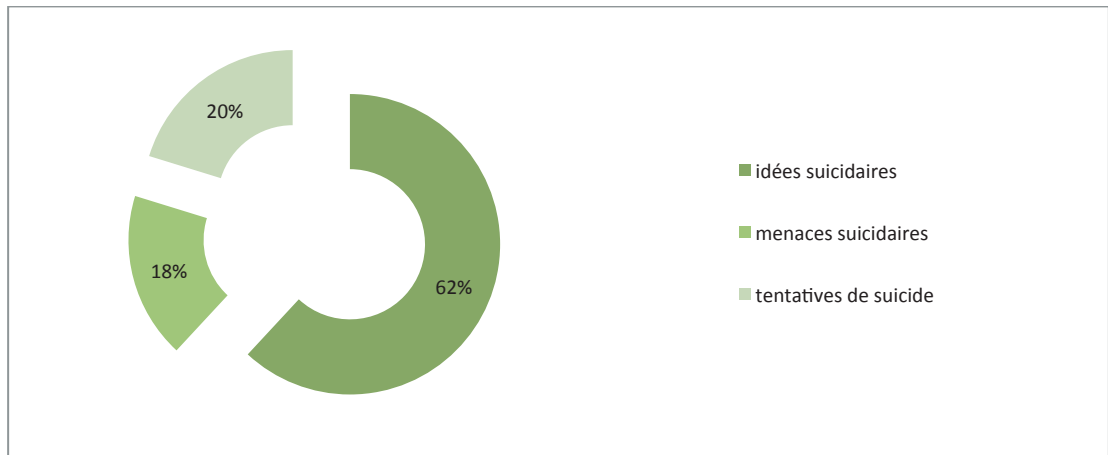
Graphique 6 : Proportion entre patients ayant consulté pendant le mois X pour des problématiques suicidaires ou pour d'autres raisons.



Dans la lecture des dossiers, je pus ainsi voir de quelle manière les questions suicidaires étaient présentes dans la raison de la consultation du patient et dans le tableau clinique établi par le soignant. Les questions suicidaires constituaient la problématique principale pour le 43% des consultations (84 patients sur 195³⁰⁵). Je n'ai donc pas considéré comme étant une problématique centrale la question du suicide, lorsque le soignant notait, par exemple, que le patient avait des idées suicidaires faibles, sans que d'autres informations à ce sujet n'étaient notées. J'ai au contraire considéré cette problématique comme étant centrale quand le patient consultait pour cette raison (après une tentative de suicide ou parce qu'il pensait sérieusement au suicide) ou que le soignant considérait cette problématique comme étant au centre de la situation du patient. Du fait que le dossier était écrit par le soignant, la distinction entre ces deux niveaux (raison de la consultation et analyse médicale) n'était pas toujours claire, ce qui rend difficile d'évaluer de quelle manière c'était le médecin ou bien le patient qui soulevait principalement cette question.

³⁰⁵ Sont ici inclus les 171 patients n'ayant pas été hospitalisés et les 24 qui l'ont été (dossiers repris des hospitalisations).

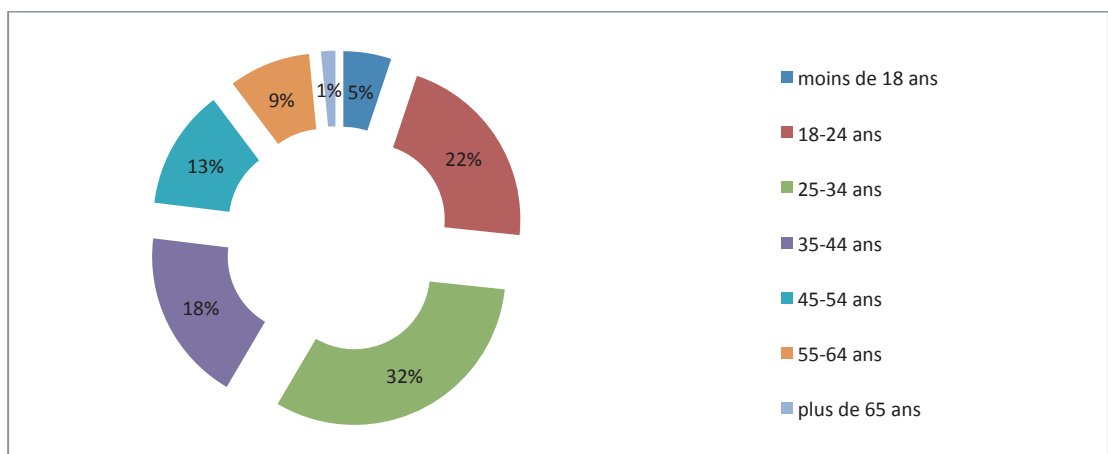
Graphique 7 : Proportion de patients ayant consulté pour des raisons liées au suicide en fonction du type de problématique.



Parmi les problématiques suicidaires, les idées suicidaires représentaient le 62%, contre 18% de menaces suicidaires et 20% de tentatives de suicide. Il est intéressant de remarquer qu'environ la moitié des personnes ayant consulté pour des tentatives de suicide avait été hospitalisées, ce qui n'était pas le cas pour les menaces suicidaires ou les idées suicidaires. Il est assez surprenant de voir la proportion de personnes consultant pour des menaces suicidaires. Il s'agit la plupart des fois de personnes amenées par la police ou par un proche, ce qui montre la manière dont la menace remplit un rôle mobilisateur important et comment cela se traduit souvent par une consultation psychiatrique.

Age et genre

Graphique 8 : Distribution par tranche d'âge des patients ayant consulté au SUC pendant le mois X.



Concernant l'âge des patients et compte tenu du fait que le service n'accueille que les adultes (les personnes âgées et les enfants ne sont accueillis en urgence que lorsque les autres services sont fermés), on peut remarquer une grande prévalence des jeunes entre

18 et 34 qui représentent à eux seuls le 59% des patients, alors qu'ils forment le 34% de la population suisse entre 18 et 64 ans³⁰⁶. Ce chiffre se retrouve dans les analyses de Peneff autour de la population consultant aux urgences en général, où les 15-34 ans sont surreprésentés (Peneff, 2000: 52). En ce qui concerne les autres tranches d'âge adulte (entre 35 et 64 ans), elles sont toutes sous-représentées³⁰⁷. Cette configuration peut être liée au fait que les personnes plus âgées sont mieux insérées dans le réseau social ou de santé et n'ont pas besoin de s'adresser à un service d'urgences en cas de problèmes. Un autre élément est lié à l'âge d'apparition de certaines maladies psychiques (comme la schizophrénie) qui se situe plutôt au début de l'âge adulte, ce qui explique, à l'apparition des symptômes, la consultation en urgences. Cette surreprésentation des jeunes est peut-être aussi liée au fait qu'il s'agit d'une partie de la population qui s'est appauvrie considérablement ces dernières décennies (CFEJ, 2007). Plus représentés parmi les classes sociales défavorisées, ils fréquentent davantage les services d'urgences tant pour des problématiques sociales et économiques, que pour une question de logique de consommation (consulter lorsque la situation est déjà grave). Par rapport aux tranches d'âge, il n'existe pas de différences significatives entre hommes et femmes, les pourcentages étant similaires.

En croisant l'âge avec le fait de présenter des problématiques suicidaires, ces proportions ne changent pas non plus de manière significative. Concernant le genre, au contraire, on remarque un plus grand pourcentage d'hommes (55%) par rapport aux femmes consultant pour des problématiques suicidaires. Si on regarde dans les détails, les idées suicidaires sont présentes à égalité entre femmes et hommes, alors que les menaces suicidaires sont nettement plus importantes chez les hommes que chez les femmes (14 hommes contre 1 femme). Concernant les tentatives de suicide, il y a une prévalence de femmes (11 femmes pour 6 hommes), ce qui est conforme aux statistiques concernant les tentatives de suicide (également en raison des moyens utilisés, majoritairement des médicaments, moins létaux que ceux utilisés par les hommes comme les armes à feu ou la pendaison).

Niveau scolaire atteint

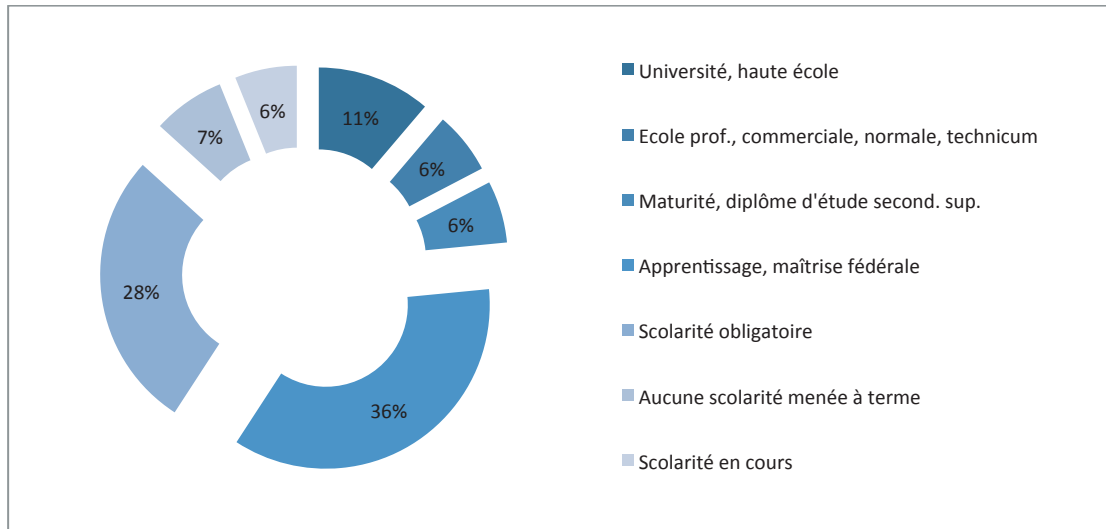
Parmi les données socioprofessionnelles, trois informations étaient censées être saisies par les médecins : le niveau scolaire atteint, l'occupation et la catégorie professionnelle. J'ai

³⁰⁶ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/data/01.html>, consulté le 15 janvier 2012.

³⁰⁷ Pour les 35-44 ans, ils forment le 18% des patients alors qu'ils sont le 24% de la population suisse entre 18 et 64 ans. Pour les 45-54 le rapport est de 13% à 24% et pour les 55-64 ans il est de 9% à 19%.

choisi ici de ne pas analyser les données concernant l'occupation car les informations qui m'intéressaient (comme le pourcentage de personnes au chômage) étaient incluses dans la catégorie professionnelle.

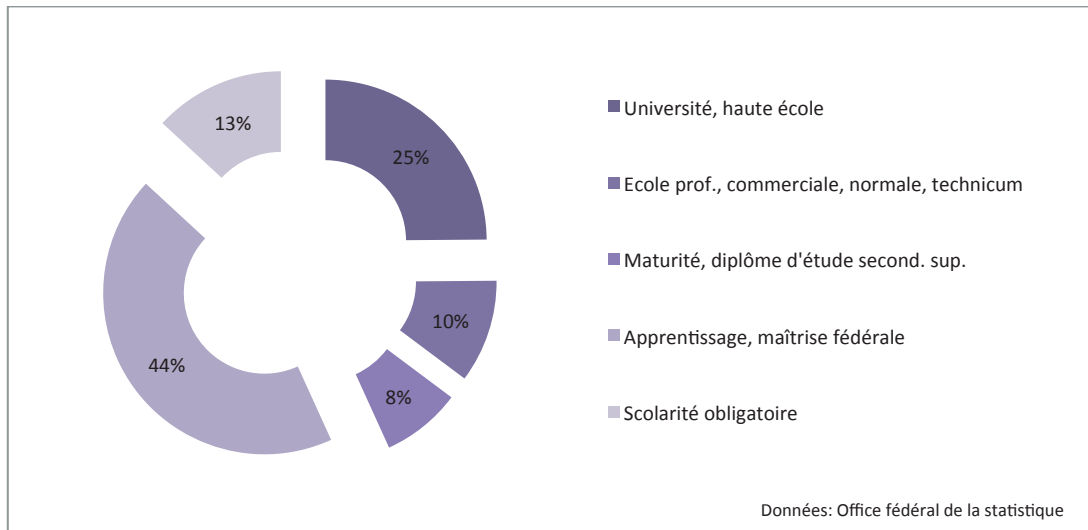
Graphique 9 : Niveau scolaire atteint par les personnes ayant consulté au SUC pendant le mois X pour les dossiers présentant cette information (97 sur 195 dossiers)



A partir de ces chiffres, on peut voir que parmi la population du SUC, environ un tiers a un niveau de scolarisation très bas (scolarité obligatoire ou scolarité pas menée à terme), un tiers a fait un apprentissage et un tiers a une formation de type supérieur. Ces proportions ne changent pas de manière significative si on considère la présence ou pas de problématiques suicidaires. Par contre, parmi les personnes ayant été hospitalisées, la surreprésentation des personnes ayant un niveau d'instruction bas est flagrante : un tiers des patients a un niveau apprentissage, un autre tiers a terminé la scolarité obligatoire et le dernier tiers n'a terminé aucune scolarité ou formation.

Comparons ces chiffres avec celles de la population suisse en général, afin de voir quelles catégories sont sous ou au contraire surreprésentées.

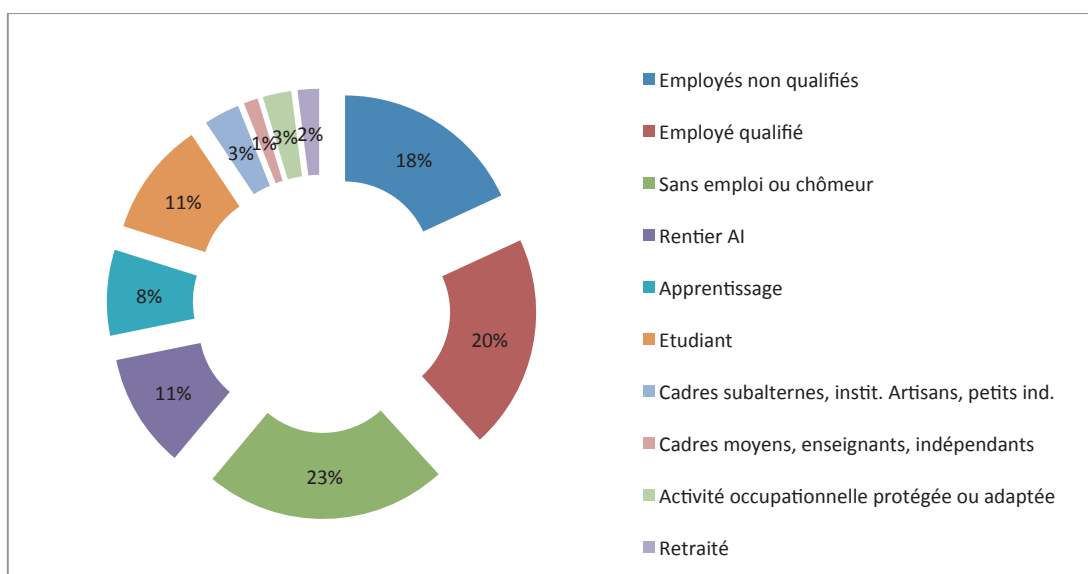
Graphique 10 : Proportion du niveau de formation de la population entre 25 et 64 ans, résidente en Suisse en 2009³⁰⁸



Malgré les imprécisions ne permettant pas de comparer ces données de manière extrêmement précise (notamment en ce qui concerne la tranche d'âge prise en compte), on peut néanmoins remarquer que parmi les patients du SUC on a une sous-représentation des personnes ayant un niveau de formation universitaire (11% pour le SUC et 23% pour la population suisse) et une surreprésentation des personnes ayant terminé uniquement la scolarité obligatoire (28% contre 14%).

Catégorie professionnelle

Graphique 11 : Catégorie professionnelle des patients ayant consulté au SUC pendant le mois X pour les dossiers présentant cette information (141 sur 195 dossiers)

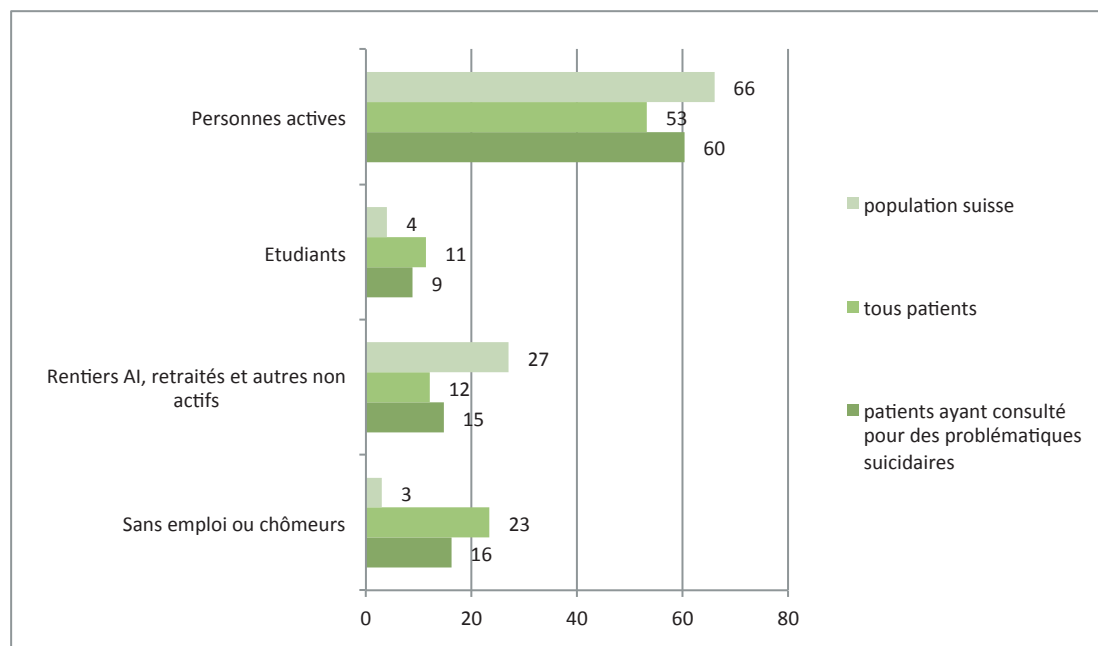


³⁰⁸ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/15/01/key/blank/01.html>, consulté le 15 janvier 2012.

Ce graphique nous montre une surreprésentation des personnes au chômage qui était pour les patients de 23%, alors que pour la population suisse ce pourcentage s'élevait en 2009 à 2.8%³⁰⁹. Les étudiants sont aussi surreprésentés, constituant le 11% des patients contre le 4.5% de la population suisse. Si l'on considère la population active (employés qualifiés et non qualifiés, apprentis, cadres et personnes avec une activité occupationnelle protégée ou adaptée), celle-ci représente le 54% des patients alors que pour la population résidente en Suisse elle est de 66% (OFS, 2010), montrant par conséquent une sous-représentation. On remarque également un pourcentage plus élevé des employés non qualifiés qui représentent le 17% des patients alors qu'il ne représentent que le 4% de la population suisse (OFS, 2010)³¹⁰.

On peut ainsi comparer la catégorie professionnelle entre tous les patients et les patients ayant consulté pour des problématiques suicidaires, ainsi que la population suisse en général.

Graphique 12 : Distribution de la catégorie professionnelle pour la population suisse (OFS, 2010), pour tous les patients ayant consulté au SUC pendant le mois X (141 dossiers) et pour les patients ayant consulté pour des problématiques suicidaires (68 dossiers).



Cette comparaison nous montre que par rapport à tous les patients du SUC, les problématiques suicidaires sont plus présentes chez les personnes actives, ainsi que chez les rentiers AI et les retraités. Ces problématiques semblent moins présentes chez les sans emploi ou chômeurs, ainsi que chez les étudiants. Par rapport à la population suisse, les

³⁰⁹ Ceci en considérant toute la population de plus de 15 ans (OFS, 2010).

³¹⁰ Vu la très grande différence, on peut également supposer une marge d'erreur liée à la saisie de l'information de la part des soignants.

patients du SUC sont surreprésentés, indépendamment de la raison de la consultation, chez les étudiants, ainsi que chez les sans emploi et les chômeurs.

Dans les dossiers, on pouvait également retrouver le lieu d'origine du patient. Cette information n'était pas très parlante en soi (s'agit-il du lieu de naissance ? de la nationalité ? du lieu où la personne a grandi ? depuis combien de temps la personne vit-elle en Suisse ?) mais pouvait donner une indication quant à la proportion entre patients suisses et étrangers. Les personnes dont l'origine est étrangère représentent le 50% des patients, ce qui permet de remarquer une surreprésentation par rapport à la population du canton de Vaud où elle ne représente que le 30% de la population résidente. Parmi les pays les plus représentés, on retrouve quelques communautés nombreuses, comme le Portugal, l'ex-Yougoslavie et la France. Ce facteur est à lier avec la surreprésentation des classes moyennes-basses, ou les étrangers, tout comme les jeunes, sont surreprésentés.

L'échantillon des patients interviewés

Bien que la représentativité de l'échantillon des patients interviewés ne constitue pas une exigence première de l'enquête ethnographique, il est intéressant de mettre en perspective les analyses effectuées sur un mois avec les caractéristiques des patients interviewés.

Voici un tableau résumant ces données. Pour des raisons de confidentialité, ces informations restent assez générales.

Prénom fictif	Age	Formation achevée	Catégorie professionnelle	Raisons de la consultation au SUC	Solution thérapeutique immédiate	Expérience en psychiatrie (avant la consultation au SUC)
Alma*	35-44	Ecole obligatoire	Rentier AI	Patiente suivie depuis plusieurs années par un des médecins chef du SUC		Hospitalisation dans les années précédentes (tentative de suicide). Suivi psychothérapeutique depuis 5 ans
Agathe*	45-54	Apprentissage, maîtrise fédérale	Rentier AI	Patiente suivie depuis plusieurs années par un des médecins chef du SUC		Deux hospitalisations (idées suicidaires). Suivi psychothérapeutique depuis 10 ans
Agnès*	18-24	Ecole obligatoire	Apprentissage	Tentative de suicide médicamenteuse, consultation au SUC	Suivi de crise	Pas d'autres expériences
Audrey	25-34	Ecole prof., commerciale, normale, technicum	Employé qualifié	Idées suicidaires	Suivi de crise	L'année précédente, tentative de suicide, hospitalisation aux urgences somatiques et successive hospitalisation d'office. Suivi psychothérapeutique pendant 2 ans
Alice	18-24	Ecole obligatoire	Etudiant	Tentative de suicide	Suivi de crise	Pas d'autres expériences

				médicamenteuse, consultation au SUC		
Anne	45-54	Ecole obligatoire	Retraité	Tentative de suicide médicamenteuse, hospitalisation aux urgences somatiques	Suivi de crise	Plusieurs hospitalisations (état dépressif). Suivi psychothérapeutique pendant 5 ans
Aurélié	35-44	Apprentissage, maîtrise fédérale	Rentier AI	Tentative de suicide médicamenteuse, hospitalisation aux urgences somatiques	Adressée à son thérapeute	Plusieurs hospitalisations (tentatives de suicide). Suivi psychothérapeutique pendant 5 ans
Aude	35-44	Ecole obligatoire	Employé non qualifié	Tentative de suicide médicamenteuse, consultation au SUC	Hospitalisation volontaire	Une autre hospitalisation (tentative de suicide)
Alain	18-24	Ecole obligatoire	Employé non qualifié	Tentative de suicide médicamenteuse, hospitalisation aux urgences somatiques	Suivi de crise	Pas d'autres expériences
Alexandre	35-44	Ecole obligatoire	Cadre subalterne, instit. Artisan, petit ind.	Idées suicidaires	Suivi de crise	Pas d'autres expériences
Antoine	45-54	Ecole obligatoire	Employé non qualifié	Tentative de suicide médicamenteuse, hospitalisation aux urgences somatiques	Suivi de crise (hospitalisation volontaire quelques semaines plus tard)	Pas d'autres expériences
Arnaud	45-54	Ecole prof., commerciale, normale, technicum	Employé qualifié	Menaces suicidaires	Suivi de crise	Plusieurs hospitalisations (toxicomanie). Suivi psychothérapeutique depuis 5 ans
Alban	18-24	Ecole obligatoire	Employé non qualifié	Tentative de suicide médicamenteuse, consultation au SUC	Suivi de crise	Pas d'autres expériences
Adrien*	25-34	Apprentissage, maîtrise fédérale	Employé qualifié	Tentative de suicide par pendaison	Suivi de crise	Pas d'autres expériences

*personnes interviewées dans les locaux du SUC

On peut ajouter à ces informations que 9 interviewés ont grandi en Suisse. Trois interviewées ont émigré d'un pays européen il y a environ 5, 20 et 25 ans. Deux autres interviewées sont arrivées d'un pays d'Amérique latine il y a 10 et 30 ans. J'ai choisi de ne pas insérer dans le tableau les raisons sous-jacentes à la consultation, car cela risque de réduire la complexité des situations à quelques facteurs reflétant une certaine lecture de la

situation (par exemple en validant implicitement une lecture psychiatrique ou sociologique de la situation). Dans le chapitre 5.2., il s'agira de présenter des histoires de vie complètes, visant à préserver leur complexité. Dans un deuxième temps, il s'agira de dégager des thématiques transversales à partir d'un regard socio-anthropologique, sans toutefois prétendre à ce que ces facteurs expliquent de manière exhaustive l'émergence de la problématique suicidaire ou le fait d'avoir consulté au SUC.

Par rapport aux données analysées sur un mois, l'échantillon des patients interviewés semble donner un bon aperçu de la population consultant au SUC pour des problématiques suicidaires. Malgré le fait que les patients ayant consulté pour une tentative de suicide ne représentent que le 20% des consultations liées au suicide sur un mois, cela concerne 9 personnes sur 12 parmi les patients interviewés (si on exclu les deux patients chroniques n'ayant pas consulté au SUC). Les idées suicidaires concernent au contraire 2 personnes sur 12, alors qu'ils justifient le 62% des consultations liées au suicide. D'un côté, cette différence est due au choix des personnes à interviewer, qui n'a pas été fait en fonction de ce critère, mais selon le type de problématique sous-jacente. En effet, l'objectif était plutôt celui d'avoir une certaine variété de situations que d'atteindre une représentativité quantitative. D'un autre côté, cela est dû au fait que beaucoup de personnes venues consulter pour des idées suicidaires ne faisaient qu'un seul entretien, sans poursuivre au sein de la psychiatrie par un suivi de crise, une hospitalisation, voire une psychothérapie. Au contraire, la majorité des personnes venues consulter pour des tentatives de suicide avait eu, d'une manière ou d'une autre, une prise en charge de type psychiatrique. Ce facteur rejoint ainsi le biais, évoqué au chapitre 3, lié au fait que les personnes familiarisées avec les consultations psy acceptaient plus facilement un entretien ethnographique.

Concernant les autres caractéristiques (niveau scolaire atteint et catégorie professionnelle), il est difficile de faire une comparaison en raison du manque de fiabilité des statistiques (le fait que c'est à partir d'un mois et la manière dont ils ont été recueillis) et du petit échantillon des personnes interviewées. On peut toutefois voir une prévalence, dans l'échantillon, de personnes appartenant de manière générale à des catégories sociales basses.

Une inégalité sociale face aux troubles psychiatriques

En considérant les données relatives au niveau de scolarité atteint et à la catégorie professionnelle, on peut affirmer que parmi les patients du SUC on retrouve des personnes appartenant aux différentes classes sociales, avec une surreprésentation des classes

défavorisées. D'autres enquêtes confirment la prévalence des classes sociales défavorisées parmi la population tant des urgences générales (Peneff, 2000) que psychiatriques (Thomas J., 2010).

D'un point de vue sociologique, on peut expliquer cette composition sociale par le fait que la consultation en urgence représente « une forme de consommation médicale », en reprenant les termes de Peneff (2000). Chez les classes les plus défavorisées, tant pour des raisons culturelles qu'économiques, il y a une tendance à éviter d'aller consulter lorsque les problématiques ne sont pas très graves. D'un côté, la prise en charge psychiatrique est culturellement moins accessible aux classes sociales défavorisées (véhiculant une perception de soi et une logique de la prise en charge plus proche des classes sociales supérieures). De l'autre, pour des raisons économiques, l'attitude face à la santé des classes défavorisées est plus de type palliative que curative. Ceci conduit à des situations où, lorsque le problème devient sérieux, on n'a plus d'autre choix que d'aller consulter en urgence (Peneff, 2000; Demailly, 2011). En effet, la possibilité d'obtenir des rendez-vous rapidement chez un psychiatre installé était très difficile et le fait de consulter dans un service psychiatrique cantonal spécifique impliquait le plus souvent d'y être adressé par le SUC. De même, pour des personnes confrontées à des situations de crise mêlant des dimensions sociales (logement, dettes, séparations, etc.), il était souvent plus facile d'aller au SUC plutôt que de devoir s'adresser aux services sociaux et d'attendre de pouvoir obtenir un rendez-vous³¹¹. La consultation médicale donnait ainsi également une dimension moins stigmatisante que le fait de s'adresser directement à un service d'aide sociale.

L'exemple spécifique des urgences psychiatriques est toutefois à situer au sein de la problématique plus vaste des inégalités de santé. Plusieurs études démontrent en effet que les troubles psychiques sont inégalement distribués selon les classes sociales, celles défavorisées étant les plus touchées³¹². A partir des études de type ethnographique, Demailly propose quatre axes analytiques participant à la construction de l'inégalité sociale « dans le malheur psychique » (Demailly, 2011: 19).

³¹¹ Les soignants évoquaient en effet comment l'accès aux services sociaux de la ville était très difficile en raison d'un manque de personnel et de problèmes gestionnaires. Les assistants sociaux du SUC considéraient ainsi que, dans une certaine mesure, ils se retrouvaient à pallier aux manques des services sociaux de la ville.

³¹² Ceci est également valable pour les taux de suicide qui sont plus élevés parmi les classes sociales défavorisées. En ce qui concerne les idées et les comportements suicidaires, on ne dispose pas d'études indiquant des différences en fonction de la classe sociale. A partir des statistiques établies au SUC, on voit également que les personnes consultant pour des problématiques suicidaires présentent des profils socioéconomiques similaires aux patients qui consultent pour d'autres raisons. Des études s'intéressant aux caractéristiques des personnes présentant des idées et des comportements suicidaires manquent toutefois.

Premièrement, on peut s'intéresser à la genèse psychosociale des troubles psychiques. Les difficultés sociales (conditions de logement ou absence de celui-ci, chômage, conditions de travail stressantes, problèmes économiques) induisent une souffrance psychique importante, caractérisée surtout, selon l'auteure, par des troubles anxio-dépressives et des addictions particulièrement liées à l'alcool. En deuxième lieu, Demailly considère que les effets sociaux des symptômes sont différents en fonction de la classe sociale d'appartenance. Dans le monde du travail, la tolérance vis-à-vis des symptômes se modifie en fonction du contexte : plus la personne occupe une place précaire, plus son trouble aura des conséquences négatives sur sa situation professionnelle. Le trouble affecterait également la vie sociale et relationnelle, avec des effets plus déstructurants pour les personnes appartenant aux classes sociales défavorisées. Troisièmement, l'inégalité sociale face à la santé psychique concerne également l'accès aux soins. Comme évoqué plus haut concernant les urgences, pour des raisons culturelles et économiques, les classes sociales défavorisées ont moins accès aux services de soin, favorisant l'aggravation de certaines situations. Quatrièmement, l'appartenance de classe du patient induit une prise en charge psychiatrique différente. Dufrancatel (1968) avait montré dans une enquête américaine, que les patients de classe sociale défavorisée recevaient des diagnostics plus sévères à égalité d'informations, qu'ils étaient orientés vers des psychothérapies plus courtes et des thérapeutes moins formés et qu'ils étaient plus facilement hospitalisés.

A ces axes explicatifs qui seront confrontés au matériel ethnographique, on peut ajouter une dimension de compréhension plus large et englobante. Cette surreprésentation peut en effet être analysée comme le résultat de l'expression contemporaine d'une condition de classe, liée à un changement historique dans l'appréhension des problématiques sociales. Jusque dans les années '70, la condition des classes défavorisées était plus facilement interprétée en termes d'inégalités sociales ou liées à des rapports de domination entre classes sociales. La voie d'expression politique, dénonçant l'injustice dont certaines classes sociales étaient victimes, était ainsi légitime et permettait de donner sens à une condition et de lutter pour sa transformation. Pendant ces dernières décennies, des transformations morales importantes ont eu lieu dans les sociétés occidentales, se caractérisant en particulier par la montée de l'individualisme et des valeurs d'autonomie, la diffusion d'une « culture psychologique » et le déclin des discours en termes de justice au profit des discours axés sur la compassion. Les individus, tout en n'interprétant plus leur condition en termes de classe mais comme le reflet d'une incapacité individuelle, trouvent, dans le langage de la souffrance, une manière légitime pour exprimer les problèmes auxquels ils

sont confrontés. Comme le dit Ehrenberg : « L'hypothèse est alors que la santé mentale est devenue *le* langage contemporain, la forme d'expression obligatoire non seulement du mal-être et du bien-être, mais aussi de conflits, de tensions ou de dilemmes d'une vie sociale organisée en référence à l'autonomie, prescrivant des façons de dire et de faire aux individus » (2010: 17). Le langage de la souffrance permettrait ainsi d'obtenir une certaine reconnaissance sociale³¹³, qui ne serait aujourd'hui plus accessible au travers du langage politique ou religieux.

L'augmentation des troubles psychiques ainsi que leur prévalence parmi les classes sociales défavorisées, seraient ainsi à interpréter comme le reflet d'une transformation du langage permettant d'exprimer une condition sociale défavorisée, ainsi que des rapports de pouvoir et de domination. Par cette analyse, il ne s'agit pas de nier la réalité de la souffrance et des troubles psychiques. Il s'agit plutôt de mettre en évidence comment la souffrance psychique constitue une grammaire de l'expression de soi. Au travers du langage de la souffrance psychique s'incarne ainsi une condition sociale de dominé.

Dans cette réflexion, il ne s'agit pas de se situer dans les analyses concernant la « souffrance sociale ». Bien que ces discours se revendiquent d'une approche politique, mettant l'accent sur les conditions sociales et politiques contribuant à l'apparition de la souffrance, ils reprennent ce même langage sans mettre en évidence son caractère historique particulier. Ces discours contribuent ainsi implicitement, dans une logique performative, à renforcer ce type de langage, cette forme de reconnaissance et de légitimation dans des situations d'injustice sociale et d'oppression. De plus, ces discours finissent souvent par centrer le regard, ainsi que la prise en charge, sur la souffrance et non sur l'injustice sous-jacente³¹⁴.

Un terrain biaisé ?

La surreprésentation des classes défavorisées parmi les patients du SUC est en partie liée au fait que la consultation dans un service public d'urgence psychiatrique constitue, comme je l'ai mis en évidence plus haut, une forme de consommation médicale connotée socialement. Cette surreprésentation pourrait résulter du biais lié au fait de s'intéresser à

³¹³ En ce sens, je considère que le lien entre manque de reconnaissance des classes défavorisées et souffrance psychique relève d'une transformation historique particulière (et non d'une causalité a-historique). C'est parce que aujourd'hui cette forme d'expression est de plus en plus légitime, que, pour obtenir une reconnaissance, on utilise le langage de la souffrance.

³¹⁴ Pour une critique plus approfondie de la « souffrance sociale » se référer au sous-chapitre *De la souffrance sociale*, au chapitre 2.2.

ce lieu et ne correspondrait ainsi pas à la réalité globale. Suivant cette hypothèse, en étudiant d'autres lieux davantage fréquentés par les classes supérieures, on trouverait une proportion inverse, invalidant en partie l'analyse proposée ici basée sur la surreprésentation des classes défavorisées. Certes, afin d'avoir un aperçu plus complet de la réalité des personnes confrontées aux difficultés psychiques et en particulier concernant les classes supérieures, il faudrait comparer la population du SUC avec celle fréquentant d'autres lieux, comme les cabinets ou les cliniques privées. Si la comparaison avec ces lieux pourrait atténuer la surreprésentation des classes défavorisées dans la prise en charge des problématiques suicidaires, ce rapport ne changerait à mon avis pas de manière déterminante. Comme évoqué plus haut, outre le fait que cette proportion se confirme dans de nombreuses autres recherches, des facteurs culturels, sociaux et économiques expliquent la surreprésentation des classes défavorisées (ils sont plus souvent confrontés à des difficultés dans leur vie, ils consultent lorsque l'état psychique est déjà fortement détérioré et la souffrance psychique est souvent un des seuls moyens pour obtenir une certaine reconnaissance). Cela ne signifie pas que les classes supérieures ne souffrent pas psychiquement, mais plutôt qu'elles souffrent de manière différente (avec une prévalence d'autres types de troubles) et que leur comportement face à la détresse induit moins souvent des situations de crise nécessitant une intervention en urgence (consultation en cabinet, plus de ressources pour s'en sortir, etc.).

Bien que l'analyse parlant d'oppression et d'inégalité sociale face aux troubles psychiques ne soit pas balancée par une étude portant sur d'autres lieux plus fréquentés par les classes supérieures, elle reste tout à fait pertinente, car elle porte plus spécifiquement sur l'urgence, les troubles de type anxio-dépressif et les problématiques suicidaires, situations qui confluent majoritairement au SUC.

5.2. Trajectoires d'oppression

Trajectoires de vie et valorisation du « savoir des gens »

Après avoir illustré les caractéristiques sociodémographiques des patients ayant consulté au SUC, il s'agit ici de mettre en avant, dans une approche compréhensive et interprétative, le discours des patients sur leur propre expérience de vie.

Quatre histoires de vie de personnes ayant consulté au SUC pour des problématiques suicidaires sont présentées de manière approfondie. Le concept de *trajectoire* est utilisé afin d'appréhender ces récits non pas comme une suite logique et linéaire d'événements, mais comme une « série de positions successivement occupées par un même agent (ou un même groupe) dans un espace lui-même en devenir et soumis à d'incessantes transformations » (Bourdieu, 1986: 71). Le terme de trajectoire est ainsi utilisé indépendamment de toute définition médicale de la problématique ou d'insertion institutionnelle de la personne³¹⁵. Il renvoie au parcours de l'individu avant, pendant et après la prise en charge psychiatrique. Par définition, la trajectoire est plurielle et l'individu, dans son récit, contribue largement à en façonner la trame. En ce sens, je préfère la notion de trajectoire à celle de *carrière* (largement utilisée aujourd'hui dans les écrits socio-anthropologiques³¹⁶) et définie comme étant un « parcours ou progression d'une personne au cours de la vie (ou d'une partie donnée de celle-ci) » (Hughes, 1996: 175). Dans cette optique, on pourrait en effet parler de « carrière suicidaire »³¹⁷, mais cela induit selon moi une vision du parcours du patient trop centré sur cet élément particulier (la tentative de suicide), obscurcissant les autres « positions » occupées par l'acteur au cours de sa vie. Les trajectoires présentées ici sont restituées à partir de la logique qui leur a été donnée par les personnes interviewées, et où l'épisode suicidaire n'a pas nécessairement une importance centrale.

En ce sens, il s'agit de donner à la parole des patients une place et une légitimité dans la compréhension du fait suicidaire et de la prise en charge psychiatrique. Mettre en avant le « savoir des gens », c'est d'une certaine manière assumer une posture critique vis-à-vis du

³¹⁵ Auxquels se réfère notamment la définition de Strauss : « le terme de trajectoire, (...) fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués » (Strauss, 1992: 143).

³¹⁶ Introduite dans l'analyse interactionniste par Hughes (1996), elle a été reprise et développée ensuite par Becker (1985), Goffman (1968) et, plus récemment, par Darmon (2003).

³¹⁷ C'est notamment ce que fait Maris, dans *Pathways to suicide* (1981). Le terme de *suicidal career*, met l'accent sur le fait que le suicide ou la tentative de suicide ne surviennent jamais dans un vide biographique, mais apparaissent toujours au sein d'un parcours de vie marqué par des événements particuliers.

savoir psychiatrique, qui s'est imposé ce siècle dernier comme étant le savoir dominant et légitime pour signifier le fait psychique. Foucault évoque le processus historique ayant amené à une disqualification du savoir des gens en tant que « savoirs non conceptuels, comme savoirs insuffisamment élaborés » (Foucault, 1997: 9). Il ne s'agit toutefois pas d'un problème spécifique à la psychiatrie, cette question est liée à une montée en puissance des savoirs experts face aux savoirs profanes caractéristiques de notre époque :

La prégnance des savoirs experts ces dernières décennies s'accompagne d'une dévalorisation des savoirs profanes, ces savoirs de tous les jours, ces rituels, ces connaissances, ces croyances et ces pratiques qui sont, depuis toujours, essentiels à l'autonomie individuelle et collective. La relégation de ceux-ci à un statut d'insignifiance, au sens propre et statistique, contribue à élargir le fossé entre savoirs experts et savoirs ordinaires. Se crée ainsi un décalage entre l'univers techno-professionnel et celui des usagers (patients, malades, clients, populations), d'où une difficulté fondamentale des institutions d'aide et de soins dans les sociétés hyper-planifiées où des pratiques codifiées laissent peu de place aux significations multiples, complexes, contradictoires des malaises et problèmes dans la société. (Blais, 2006: 152)

Dans ce contexte, la démarche anthropologique vise ainsi à donner une visibilité et une légitimité sociale à des lectures profanes dans le débat autour de la souffrance psychique. En s'intéressant à l'expérience individuelle du patient confronté à la souffrance, au suicide et à la prise en charge psychiatrique, il s'agit de repositionner le patient en tant que *sujet* de son vécu et de son savoir. Alors que le savoir expert, comme dit Foucault, « minorise le sujet parlant, le sujet d'expérience et de savoir » (Foucault, 1997, p. 12-13), l'approche anthropologique entend redonner un certain pouvoir au sujet, par opposition au pouvoir psychiatrique qui se veut englobant et unique. Il s'agit ainsi de redonner à la « vie biographique » une place centrale par rapport à la « vie biologique »³¹⁸, qui occupe dans les préoccupations médicales une place prépondérante.

Valoriser le discours des patients sur leur propre vécu correspond ainsi à une volonté de promouvoir une pluralité de sens face à l'expérience de la souffrance psychique, de l'idée suicidaire ou de la prise en charge psychiatrique. Le savoir élaboré par les individus à partir de leur propre expérience est considéré comme une source d'autonomie permettant à l'individu de se réapproprier de sa subjectivité. Comme le dit Blais : « Qu'il s'agisse du sujet individuel ou collectif, on ne pense pas, on ne se représente pas de la même façon l'être du besoin et l'être animé par le désir de vivre. L'un est de l'ordre de la passivité et de la prise

³¹⁸ Cette distinction, que Fassin évoque dans la conclusion dans le récent ouvrage *La raison humanitaire* (2010: 328), est reprise des écrits de Hannah Arendt qui fait de la possibilité de fonder une biographie une des caractéristiques principales de la condition humaine (1958).

en charge ; l'autre de l'ordre de la capacité d'élaborer sa propre subjectivité » (Blais, 2006: 161).

Dans cette approche, il ne s'agit toutefois pas de se limiter à relater et légitimer le point de vue des personnes interviewées. En ce sens, il s'agit d'associer l'approche interprétative à celle critique. La position privilégiée de l'anthropologue, ayant accès aux récits de vie, mais pouvant également s'en décentrer, permet de voir les logiques sociales, culturelles et politiques dans lesquelles les trajectoires des personnes, ainsi que leurs discours, s'inscrivent. C'est en gardant la complexité de la réalité vécue par les acteurs, tout en adoptant un regard qui considère ces expériences avec une certaine distance historique et morale, que la réflexion critique se situe.

C'est notamment à travers la notion d'*oppression* que ces trajectoires de vie sont analysées. Les difficultés de la vie, la détresse psychique, les idées ou les comportements suicidaires et la prise en charge psychiatrique, sont ainsi situés dans le cadre de rapports de pouvoir influencés par la classe sociale, mais aussi par le genre et par l'appartenance ethnique. Ici, la notion d'oppression sera mise en lien avec les trajectoires individuelles. En faisant dialoguer les récits de vie et les lectures psychiatriques (par le biais des dossiers), il s'agira ainsi de dégager une analyse plus globale autour du rôle que joue la prise en charge médicale dans les situations d'oppression.

Arnaud : « Je suis passé par la voie bleue, sinon j'étais emmerdé avec le chômage »

J'ai rencontré Arnaud, 46 ans, dans la cafétéria de l'université. Malgré les nombreux étudiants qui parlaient autour de nous, un espace de confiance et d'échange s'est créé, permettant la mise en récit de la part d'Arnaud de son expérience de vie en lien avec le monde psychiatrique.

Est-ce que vous pourriez me parler de votre enfance et de votre adolescence ? J'ai eu une enfance en institution. Crèches, petites pensions. J'ai vécu une courte période avec mes parents. Caractériel, anxieux, tendance masochiste, provocateur, histrion... voilà, on me définit comme ça. Par rapport à l'enfance, je faisais beaucoup de camps de vacances, des colonies. Ce qui change du cadre familial ou des institutions. Colonies extérieures à l'institution ou internes.

Arnaud n'en dira pas plus sur son enfance et adolescence. On peut interpréter cela d'un côté comme une volonté de garder ces éléments dans l'ordre de l'intime. De l'autre, le patient ne semblait pas considérer ces éléments comme importants dans l'explication des problèmes l'ayant conduit à consulter en psychiatrie.

Sinon j'étais doué à l'école mais je ne travaillais pas bien et à 18 ans j'ai tenté l'école de commerce, mais je ne travaillais pas assez bien, il fallait qu'on me stimule beaucoup pour que je travaille. Un apprentissage comme employé de commerce, directement en deuxième année, je n'ai pas terminé. Et à 18 ans, j'ai décidé de faire une école de théâtre, que j'ai abouti. J'étais sous tutelle. On a demandé une petite bourse au service protection de la jeunesse qui a été d'accord de payer mes études et de me donner une petite bourse à condition que je réussisse mes classes. J'étais parti sur une répétition d'échecs. Je l'ai fait jusqu'au bout. J'ai obtenu un diplôme de conservatoire de théâtre à 22 ans. Et ensuite j'ai travaillé dans le théâtre comme acteur. Ensuite je me suis formé dans la musique à partir de 30 ans. Un certificat de chant, je continue dans la composition. J'ai une deuxième piste qui est la musique et puis j'essaie d'écrire. J'apprends à écrire, je fais un stage de narratologie... ah oui, j'ai fait aussi un certificat de dramaturgie. Je continue à me former. Mon parcours professionnel va assez bien. J'ai ma petite place, on me demande, je suis fiable, efficace. Acteur dans la moyenne. Le métier va bien. Avec des périodes au chômage puisque c'est dans l'intermittence, d'un point de vue structurel c'est obligatoire. Ça fait quand même 17 ans que je chôme, je travaille, je chôme, je travaille. Ça ne me pose aucun problème. Je suis très reconnaissant du système, de pouvoir poursuivre mon travail.

Le portrait que Arnaud dresse de lui-même est donc assez positif d'un point de vue professionnel. Les périodes de chômage et la précarité économique qui en découle, constituant aujourd'hui une réalité pour la plupart des comédiens, ne semblent pas lui poser un problème particulier. Sa formation, ses intérêts mais aussi son langage reflètent en outre un bon niveau culturel. A la fin de l'entretien, Arnaud me demandera d'ailleurs des précisions concernant le sujet de ma thèse et me demandera de l'inviter à ma défense, car ça l'intéressait.

Pourriez-vous me décrire la période avant que vous consultiez aux urgences ?
Avant, parce que j'ai été 3 fois... j'ai été en 2002 et puis dernièrement je suis retourné. La première fois c'était une dépression lente et inexorable qui est devenue aigue sur 3-4 ans. J'ai eu une période de toxicomanie qui s'est aggravé. J'ai fumé des pétards de 20 à 40 ans. Beaucoup. Et puis j'ai commencé à toucher à l'héroïne. Des faiblesses nerveuses, une anxiété nerveuse, ça s'est installé sans que je m'en rende compte jusqu'à une perte du plaisir petit à petit, une perte de mémoire, fatigue, j'étais incapable de faire autre chose que ce qu'on me demandait au travail. J'avais des problèmes de concentration. Je sentais déjà quelque chose qui n'allait plus. J'avais plus d'angoisse que de plaisir à jouer. Et puis en même temps que j'étais au fond du trou, j'ai eu la possibilité d'être au sommet entre guillemets au théâtre Y avec deux grands rôles. Je n'étais pas capable. Au fond je n'étais plus capable d'assumer, ni d'avoir la moindre responsabilité. Il faut dire que les 8 derniers mois, j'avais entamé un sevrage à la méthadone et j'avais arrêté l'héroïne et j'avais baissé la méthadone petit à petit. Mais malheureusement j'augmentais alcool, café, clopes, shit. Ce qui fait que j'avais alcool, clope, méthadone... Juste impossible d'être heureux, de jouir. Mais j'arrivais à le camoufler. Et puis cette occasion au théâtre Y, interview et tout, mais je savais au fond de moi que je ne pouvais pas parce que je n'arrivais même pas à dire deux

phrases. Je répétais deux semaines, ça n'allait pas, ça n'allait pas, je commençais à boire, dans le noir, une période noire, je ne me lavais plus pour 6 semaines. La dernière année au sommet de ma dépression, je commençais à avoir de moins en moins de force, je réduisais toutes les activités, je passais le temps à me droguer et à récupérer. Je me réveillais pour fumer, je cramais le matelas aussi, je m'endormais avec la clope. J'en étais à ce stade là quand j'ai été engagé pour ces rôles importants. Je le disais autour de moi 'je n'arriverais pas', et ils me disaient 'mais oui, t'es du métier, tu arriveras...'. C'était en plus la pièce était du super lourd, j'avais l'impression qu'il y avait de la fumée qui sortait de ma bouche, j'avais un costume de mendiant, j'avais peur de devenir indigent. J'étais dans une anxiété totale. Deux semaines après le début des répétitions, un dimanche, constatant que j'avais bu ma première bière à 11h du matin, un ami, qui m'avait récupéré une semaine, mais c'était un peu tard. Constatant que je n'arrivais plus, j'ai dit : 'il faut que j'arrête tout'. C'est étrange parce que le camarade était dans la cuisine à côté, j'ai dit 'Samuel...'. En entendant ma voix il a dit 'Tu arrêtes?' 'Oui' 'Oui mais t'es sûr ? Un petit rôle... ?' 'Non, demain on va à l'hôpital'. C'est lui qui s'est occupé d'appeler le théâtre Y, de dire 'Arnaud est fini, vous ne le verrez pas, il arrête, il va se soigner'. Le lendemain, j'ai été chez mon généraliste qui m'a envoyé au SUC et là ils ont dit 'là on vous hospitalise, à l'hôpital psychiatrique' et vlan.

La première consultation au SUC, datant de 2002, est mise en lien par Arnaud à une période difficile où une dépression « lente et inexorable » s'accompagnait d'une toxicomanie. Le patient ne fait toutefois que constater cette situation et n'explique pas comment il y est arrivé. Sa description se limite aux symptômes : « faiblesses nerveuses, une anxiété nerveuse (...) une perte du plaisir ». On retrouve ici une mise en récit qui rappelle beaucoup la description médicale. L'hospitalisation qui en a suivi et les nombreuses consultations qu'il effectua avec des psychiatres ont probablement formaté cette manière de se raconter, centrée sur la description de la situation présente sans que les causes ou le processus y ayant amené ne soient nécessairement explorés. La consultation au SUC et l'hospitalisation qui a suivi sont mis en lien par Arnaud avec le fait d'avoir obtenu le rôle dans le théâtre Y. L'engagement que ce travail demandait ne pouvait pas être assuré dans la situation dans laquelle il se trouvait depuis quelques mois. Ceci explique son hospitalisation.

Et moi je voulais absolument y aller, pas pour guérir parce qu'on ne guérit pas à l'hôpital psychiatrique. On ne guérit pas avec les psychiatres et tout, on fait du travail mais on ne guérit pas. Mais pour poser mes bagages et dire 'oui je suis malade, je vais mal'. J'avais une haleine d'alcoolique à 3 kilomètres... voilà, le diagnostic était clair. Ils m'ont gardé un mois et ça s'est empiré parce que je continuais à aller acheter du shit, à boire. Il faut dire qu'ils ne sont pas très futés, il faudrait interdire, enfin... *Vous sortiez ?* Ben oui. Jusqu'à ce qu'ils m'ont dit : vous devez quitter l'hôpital sinon vous n'arriverez pas à guérir. J'avais déjà fait une hospitalisation deux ans avant. Pour une disharmonie entre ce que je promettais et ce que je ne faisais pas. Le fameux dire ce qu'on fait et faire ce qu'on dit. Et puis

avec l'héroïne, cela m'en empêchait. Et là on m'a dit vous avez un problème d'alcool. Ah oui ? Et ils m'ont dit que c'était anxiogène, ce que je ne savais pas.

Arnaud, comme il le précisera plus loin dans l'entretien, arrive au SUC avec une demande d'hospitalisation. Il s'agissait de « poser mes bagages et dire 'oui je suis malade, je vais mal' ». L'hospitalisation devient donc un moyen pour reconnaître sa souffrance et d'avoir besoin d'aide. On découvre également qu'Arnaud avait été hospitalisé deux ans auparavant pour ses problèmes d'héroïne, ce qui explique peut-être la facilité avec laquelle il a été hospitalisé une deuxième fois. La lucidité avec laquelle Arnaud considère qu'on ne guérit pas à l'hôpital psychiatrique et que son séjour, au contraire, n'a fait qu'empirer sa situation, est également intéressante. Les médecins lui conseillent ainsi, pour guérir, de quitter l'hôpital. Dans le lien qui est repris par Arnaud entre anxiété et consommation d'alcool, on retrouve également l'approche médicale des symptômes psychiques, comme étant liés à un fait biologique et non nécessairement psychologique ou contextuel.

Alors j'avais, en sortant de l'hôpital, j'étais très entouré, beaucoup trop d'ailleurs, psychologues, thérapeutes, physiothérapie... et avec l'alcoologue ça n'allait pas. Lui vraiment il sortait de la faculté avec des normes... c'était un con. Mais parce qu'il était jeune, j'espère qu'il va mieux. Non, ça n'allait pas du tout. C'était un incompetent, sur le moment. C'était terrible. Je lui disais : 'ça va pas'. Il me disait : 'bon, vous voulez gérer votre alcoolisme, réfléchissez jusqu'à la semaine prochaine.' Je disais : 'il n'y a pas un médicament qui pourrait aider ?' 'Non, il faut demander à votre généraliste'. 'Mais enfin c'est vous l'alcoologue qui êtes susceptible de me prescrire tel médicament.' 'Non, mais vous manipulez vos thérapeutes.' 'Non, je ne manipule personne'. J'estimais que le généraliste était là pour les brûlures d'estomac, l'alcoologue pour l'alcool et le psychiatre pour l'anxiété, ce n'est pas compliqué. Je suis retourné vers le généraliste et j'ai arrêté avec l'alcoologue. Il m'a donné du Campral³¹⁹, un médicament qui sert à donner l'illusion que le plaisir est satisfait. Ça aide à faire avoir moins besoin... j'ai fait et je me suis senti beaucoup mieux.

Bien qu'on ait uniquement accès au point de vue du patient face à cette situation, l'échange avec l'alcoologue est intéressant car il met en scène le rapport de pouvoir entre soignant et patient. D'un côté, on a un patient assez proactif dans sa prise en charge, qui s'exprime par le fait de demander la prescription du médicament. De l'autre, on a un thérapeute qui infantilise d'une certaine manière le patient (« réfléchissez jusqu'à la semaine prochaine ») et utilise la « disqualification psychiatrique » (Landry, 2006) afin d'invalider les propos critiques du patient (« vous manipulez les thérapeutes »).

³¹⁹ Le Campral®, composé d'acamprosate, est un médicament utilisé pour soigner la dépendance à l'alcool.

J'avais encore le shit qui me quiquinait. Je suis allé au centre Y³²⁰ et j'ai demandé s'il y avait des groupes de travail pour arrêter les joints. 'Non, mais on peut vous donner un thérapeute'. 'Non merci, j'en ai déjà 15.' Je ne voulais pas tout mélanger, j'en pouvais plus. C'est la nouvelle mode maintenant les réseaux. C'est très bien, ça se paie très très bien, ça fout le bordel chez le patient sous prétexte de l'aider enfin, ça peut fonctionner mais c'est compliqué. Et puis ils se la jouent un peu toute cette équipe, ils se la jouent un peu. Ceci dit, j'ai dit non. Et elle m'a sorti un petit dépliant avec l'adresse des Narcotiques Anonymes, elle m'a dit allez chez eux, vous verrez c'est un peu bizarre mais ils font du bon travail. J'ai attendu encore quelques semaines, fumé mes joints. Un jour c'était Pâques, dimanche, j'ai dit 'Allez, j'y vais, en tout cas, il n'y aura personne'. Ils étaient là, j'ai suivi quelques séances. J'avais encore le Lexotanil³²¹ et les joints. L'alcool je n'en consommait déjà plus. Un jour on m'a dit, viens sans avoir fumé, sobre. J'ai dit ok. Le lendemain ils m'ont dit 'allez, viens demain à une séance dans le village Z et essaie de nouveau'. Et aussitôt que j'ai essayé le premier et le deuxième jour je n'ai jamais plus touché un joint. Un jour après l'autre, au début on aide beaucoup et petit à petit le plaisir est revenu et ça a été. Je me suis rétabli et toujours en ayant toujours des troubles de l'humeur, de la personnalité... *Qu'est-ce que vous entendez par troubles de la personnalité ?* Des excès, des pensées négatives. Il n'y a rien de pathologique mais enfin anxieux, j'ai des éclats tout à coup. Je ne suis pas bipolaire, ça pourrait penser. Maintenant les coups de déprime ne vont pas durer, et c'est grâce à ma sobriété et depuis 5 ans je n'ai plus touché ni d'alcool, ni de joints et j'ai même arrêté la clope. Et pendant ces 5 ans j'ai fait 3 pièces de théâtre, mon certificat de dramaturgie. Un rétablissement spectaculaire.

Les propos d'Arnaud témoignent d'une certaine difficulté, en tant que patient, à se retrouver au centre d'un réseau de thérapeutes, dont l'efficacité d'un point de vue thérapeutique n'est pas toujours assurée. Arnaud trouve finalement le moyen d'arrêter tant les joints, les cigarettes, que les médicaments en participant aux Narcotiques Anonymes. Il s'agit d'un groupe d'entraide formé par des personnes ayant traversé des problèmes de dépendance à la drogue (il est relativement semblable aux Alcooliques Anonymes qui s'occupe plus spécifiquement des problèmes d'alcool). Sans professionnels, les Narcotiques Anonymes considèrent que le chemin vers l'abstinence passe par le soutien du groupe de pairs. Une dimension spirituelle assez forte, basée sur l'acceptation, le pardon et la prière, guide ce processus³²². Arnaud a ainsi pris connaissance de l'existence de ce groupe par le biais de la secrétaire du centre médical d'aide à la toxicodépendance, ce qui montre le rôle crucial que le milieu médical (souvent le seul lieu de soin fréquenté par les patients) joue dans la mise en réseau et dans l'orientation des patients vers d'autres ressources d'aide.

³²⁰ Unité du département de psychiatrie qui s'occupe des problèmes de toxicomanie.

³²¹ Le Lexotanil®, composé par le bromazépam est un médicament sédatif-hypnotique anxiolytique de la classe des benzodiazépines.

³²² Pour plus d'informations, voir <http://www.narcotiques-anonymes.ch>, consulté le 15 janvier 2012.

Sauf que la dernière fois que je suis retourné aux urgences c'était pour une question de mobbing. J'étais engagé pour jouer dans une pièce par le nouveau directeur du théâtre H qui est une grosse merde, qui est un tyran qui dénigre les gens. On en avait pourtant discuté. Je lui avais dit 'tu sais, il ne faut pas m'agresser parce que ça ne paie pas. Tu me corriges, ce que tu veux, mais ça ne sert à rien de...' 'Ouais, je ferai, je ferai...' Et en fait c'est quelqu'un qui dénigre les gens, qui te remet en question tout le temps sur ta formation. Il dit 'oui, moi je sais faire ça et ça'. Quelqu'un de tout à fait détestable, qui n'a aucune pédagogie. Extrêmement difficile et j'ai quitté la production 3 jours après la première, ils ont du me remplacer en 6 jours et c'était très difficile parce que c'était un rôle... mais j'ai quitté épuisé et je suis allé aux urgences immédiatement. J'ai été 2 fois. Une première fois, une première alerte pendant les répétitions, je voulais quitter, c'est les comédiens qui m'ont récupéré. Ils m'ont dit 'mais tu sais, t'es super on t'aime bien, sans toi...'. Parce que je suis un bon camarade, drôle machin, les gens m'aiment bien malgré mes défauts. J'ai appelé une première fois depuis l'hôpital en disant je suis à l'hôpital, ça ne va pas et lui m'a dit mais 'oui, je vais faire attention.' Il y a eu un débriefing le dimanche matin : 'mais oui, je suis un vieux con'. Le style 'je suis un vieux con, ça ne change pas, on continue'.

Confronté à une situation qualifiée de mobbing où le metteur en scène a une attitude très dénigrante envers les acteurs, Arnaud va au SUC, afin de demander conseil sur quoi faire avec son travail. On voit comment le fait de consulter en psychiatrie peut avoir un rôle important dans la reconnaissance, de la part de son entourage, de la gravité de la situation dans laquelle se trouve la personne. Il y a une sorte d'effet placebo de la psychiatrie qui peut permettre de reconfigurer les situations et les relations. Dans ce cas, toutefois, cela n'a pas amené le metteur en scène à changer d'attitude, ce qui a justifié une deuxième consultation au SUC.

La deuxième fois je suis parti définitivement, j'ai été au SUC. Je suis passé par la voie bleue, sinon j'étais très emmerdé avec le chômage. Je me suis présenté avec un cutter aux urgences. J'ai dit 'je vous l'amène pour que vous preniez la chose au sérieux.' 'Oui, mais si vous nous le dites...' 'oui, je vous le dit parce que je veux absolument être pris au sérieux, qu'on me diagnostique malade, et hors de question qu'on le remette en doute'. Parce qu'ils te remettent en doute, c'est ça qui est compliqué. Parce qu'ils ne peuvent pas dire 'il y a burn out' 'il y a burning', on ne peut pas, on n'a pas le droit. Il faudrait une investigation plus lente. Et moi je ne voulais pas passer par le procès de mobbing et tout ça. C'est très dur... Ils ont bien vu que j'étais fatigué, mais ils ne voulaient pas me donner le certificat médical. Mais c'est très simple, c'est mon généraliste qui me l'a fait. Burn out, dépression, décompensation. Trois mois de congé maladie. Heureusement que j'avais un généraliste. Ils auraient dû investiguer plus pour pouvoir poser un arrêt de travail. Voir que j'étais fatigué c'est une chose mais prouver... mais moi j'avais amené mon cutter, j'étais prêt à me mutiler... quoi qu'il en soit j'étais dans ce village où on répétait et je me promenais dans la rue, je me tailladais pour faire un acte théâtral et dramatique, pour le faire chier [le metteur en scène]. 'Oui, mais de toute façon, t'as pas besoin de ça, c'est un peu de cinéma...'. Peut-être. Et puis les urgences je suis tombé sur un gars, je l'ai revu deux fois et la fois suivante il m'a demandé si ça

allait bien et j'ai dit 'Ca va très bien ! D'avoir quitté ce travail ça été très bien'. Il faut dire que j'ai fait un travail, j'ai multiplié les séances chez les Narcotiques Anonymes pour essayer de travailler sur la reprise, le pardon et pour ne pas être amer, aigri... ça s'est très bien passé. J'ai fait une très bonne convalescence, je me suis très vite soigné. C'était surtout une très grande fatigue, et surtout le dénigrement.

Ce passage est extrêmement intéressant. On voit premièrement comment Arnaud, confronté à une situation de mobbing, choisit de passer par la « voie bleue » afin d'arrêter le travail sans être pénalisé dans les indemnités du chômage. Face à une situation d'injustice, le fait de passer par une reconnaissance juridique est considéré comme trop dur à supporter, surtout dans l'état de fatigue psychologique dans lequel Arnaud se trouvait. L'obtention d'un arrêt de travail de la part d'un médecin semble être la solution la plus simple. On voit donc comment le contexte actuel semble faciliter l'obtention d'une reconnaissance de type compassionnel par rapport à la situation d'injustice subie. Cet épisode montre toutefois que ce type de reconnaissance n'est pas si facile à obtenir. Les soignants du SUC ne lui ont en effet pas octroyé d'arrêt maladie, ne voulant probablement pas céder à la tentative d'instrumentalisation à laquelle le patient se livrait.

Deuxièmement, Arnaud fait une utilisation instrumentale de la menace suicidaire. Ayant une certaine expérience du milieu psychiatrique, il sait que le suicide y est pris très au sérieux et peut devenir un moyen très fort de reconnaissance de la souffrance du patient. Comme il le dit: « je veux absolument être pris au sérieux, qu'on me diagnostique malade ». Il détourne ainsi cette perception afin de l'utiliser à ses fins : obtenir un arrêt de travail. Il s'agit toutefois d'une mise en scène assez théâtrale, théâtralité qui n'est d'ailleurs pas cachée aux soignants. Cet épisode, malgré son caractère exagéré, révèle ainsi le pouvoir de mobilisation représenté par le suicide, qui est souvent utilisé par les patients afin d'obtenir une reconnaissance plus forte de leur souffrance.

En troisième lieu, on voit que le patient, malgré le fait d'avoir consulté une deuxième fois au SUC après avoir arrêté le travail, ne considère pas que ces entretiens l'aient particulièrement aidé dans son rétablissement. D'un côté, il souligne que « d'avoir quitté ce travail ça été très bien », ce qui montre le lien entre le dénigrement de son metteur en scène et la souffrance psychologique : une fois la cause éliminée, le patient va mieux. De l'autre, le patient s'appuie à nouveau sur les Narcotiques Anonymes afin de dépasser ce moment de crise.

On peut peut-être retourner en arrière, est-ce que vous avez eu à faire à des psychiatres avant ? Oui, j'ai vu un psychiatre entre 7 et 10 ans. J'en ai eu une à l'hôpital psychiatrique. Ensuite j'ai fait des petits essais dans les centres

psychiatriques de jours, c'est toujours des étudiants, ça va pas en général et ils disent toujours si vous n'avez pas vraiment envie vous n'en faites pas une. Il y a beau leur dire qu'on est des êtres contradictoires si on n'a pas envie ça ne veut pas dire qu'on n'en a pas envie. Sinon un sérieux je l'ai vu pendant 8 ans avec qui j'ai fait une analyse qui n'a servi à rien à mon sens. *Quelles étaient vos attentes ?* Aucune. Mais c'était plus de la philosophie, ça n'avancait pas. Ensuite il y en a eu un mais il était sérieux. Ensuite j'ai fait une tentative quand j'allais mal, je me suis douté qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas avec ma dépression, une année avant mon sommet je suis allé chez une cognitivo-comportementale que mon généraliste m'avait envoyé... dans un état... quand elle m'a vu elle m'a dit, 'ça va mal se finir'. Elle a bien vu. Bon, puisque je n'avais pas d'assurance ou elle n'était pas remboursée, elle n'a pas insisté. Après 5-6 ans, je me suis rendu compte qu'elle a vu les choses elle. Peut-être ce n'était pas si difficile à voir, surtout quand je lui ai avoué que je ne me lavais plus beaucoup. Et ensuite j'en ai vu un à l'hôpital. Ensuite je voulais faire une thérapie avec la ponte des cognitivo-comportementaux, elle, c'est les grosses phobies. Les dépressions ou les machins elle veut pas trop en savoir. Les TOC oui. Cabinet très cher... mais ça n'a pas aidé. Elle était trop sévère. C'était la cognitivo-comportementale. On ne parle pas trop de machin, on bosse et puis si vous avez du mal... 'Oui, cette anxiété' 'si vous commencez à dire de la psychanalyse vous allez ailleurs !'. La première fois que j'allais chez elle j'ai été en pantoufles. Bon, je traversais l'hôpital pour aller chez elle, elle était prête à me tuer, évidemment. Petit tailleur... et moi j'arrivais en pantoufles, mal rasé. La deuxième fois, je suis arrivé en chaussures, bien rasé. Et puis elle m'a bien secoué 'vous voulez continuer à boire comme ça longtemps ?' 'Ah oui, ça se voit autant ?' 'C'est évident que ça se voit'. Ensuite j'ai écrit une lettre horrible de 7 pages comme ça en disant qu'elle était un monstre et elle m'a téléphoné comme ça le lendemain et elle m'a dit si on pouvait se voir et on en a parlé. 'Ecoutez, là j'étais un peu conne...' Très intelligente mais très ambitieuse. Elle était juste un peu trop sévère pour moi. Je lui ai dit que j'aurais préféré être son copain que son patient, on aurait plus rigolé. L'arriviste, les cognitivo-comportementaux c'est un peu ça. On y va, on corrige ça et on se secoue. Et puis je ne voulais pas de ça. J'en ai trouvé un pour la bouffe, j'ai beaucoup grossi. Un psychiatre, cinq séances, un téléphone, 2000 francs pour me dire que j'étais une grosse vache mal baisée. Il ne m'a pas dit comme ça mais au fond c'était un peu ça. Enfin, je le savais déjà. Alors j'ai quitté. *Quelle orientation ?* Cognitivo-comportemental. C'est bien eh... mais franchement... c'est un peu la recette, remplissez oui, remplissez non. Deux colonnes, vos impressions quand vous mangez. Voilà. Et maintenant j'ai ce psychiatre qui je ne sais pas ce qu'il est plutôt non conformiste, qui est très bien. *Vous le voyez régulièrement ?* Je l'ai vu 3 fois et puis on va se revoir, il est en stand by. Et là j'avais besoin d'un psy, j'étais au chômage et j'étais très occupé, pièce, écriture, musique, interview avec des anthropologues... (rires)

A travers ce récit, on se rend compte d'un cheminement assez complexe dans lequel Arnaud a consulté une multitude de psychiatres d'orientations différentes. Il dresse un portrait assez mitigé de ces expériences psychothérapeutiques. Alors que l'analyse effectuée sur 8 ans ressemblait selon lui davantage à un exercice philosophique, les thérapies comportementales lui ont semblé avoir une approche trop rationnelle et simpliste de l'être humain. A travers son récit, on voit que ces différentes expériences ont

permis à Arnaud de se familiariser avec le travail psychothérapeutique, ainsi qu'avec les conceptions propres aux différentes orientations. Ceci n'est pas sans lien avec son niveau intellectuel et son statut social, qui lui permettent également de remettre en question d'un point de vue cognitif et relationnel le travail des soignants, n'acceptant pas de manière passive leur autorité (comme en témoignent le ton de son récit et le fait d'avoir écrit une lettre critique à la psychiatre TCC).

Est-ce que vous avez déjà pris des médicaments ? Oui, j'en ai eu des tonnes, c'est l'horreur. Pendant la période de dépression mon médecin essayait des médicaments. Je me battais pour en prendre moins et il disait 'mais oui, il faut essayer, il faut tâtonner'. J'en ai eu, j'ai eu des neuroleptiques, j'ai eu des antiépileptiques, maintenant j'en ai un seul, un stabilisateur, un capteur de sérotonine, un classique, prozac type. Mais je ne prends plus du tout de psychotropes. Chez les Narcotiques Anonymes, on considère qu'il faut être abstinent aussi de ces médicaments, sauf si le médecin... Parce qu'il y a des bigots et des fachos, des extrémistes aussi chez les Narcotiques. Moi j'ai besoin de ça, sans remettre en question ma sobriété. Mais j'en ai eu beaucoup. Ça n'aide pas. Les neuroleptiques, bon, c'est contradictoire, c'est anxiogène. Les neuroleptiques sont anxiogènes. Alors il m'a essayé des trucs et des machins, c'était pénible. Je me battais... 'Mais oui, prenez, c'est bien.' 'Non monsieur, je me sens mal.' Bon... mais il a tâtonné, il a essayé, pas pour essayer mais c'est pour qu'il trouve le bon truc. A l'hôpital aussi. Là aussi c'est par égoïsme, égoïsme. Alors on vous enlève tout et on vous refait une nouvelle médication parce que vous venez chez nous. Et on se retrouve tout à coup avec des trucs dans le sang avec des effets secondaires, ils s'en foutent. Je n'étais pas bien. De nouveaux médicaments qui ne servent à rien. Ils en foutent des médocs. Si ça reste dans les anxiolytiques... mais quand on arrive dans les neuroleptiques, vers les antipsychotiques... il faut tâtonner, ça te mets dans des états bizarres. J'en ai eu que je n'arrivais pas à supporter. Des pour les grands migraineux, un antiépileptique... Donc j'ai eu la période médocs, oui. Si je ne buvais pas ça allait peut-être. Mais comment le médecin pouvait vérifier que je ne buvais pas ou que je ne fumais pas ? J'avais le cerveau en bouillie. J'ai encore des séquelles maintenant, des problèmes de concentration, assurance, mémoire.

L'expérience avec les médicaments psychotropes est dépeinte comme très difficile : « c'est horrible ». La relation de pouvoir entre patient et soignant émerge également dans le rapport aux médicaments. Pour le soignant, il s'agit de tâtonner, d'essayer différents types de médicaments afin de trouver la bonne formule, sans nécessairement s'appuyer sur les tentatives des médecins précédents (en témoigne le changement complet de médication à l'entrée de l'hôpital). Pour le patient, cela correspond à une expérience personnelle où les effets positifs sont souvent moins importants que les effets secondaires négatifs. Chez Arnaud, l'impression que les soignants banalisent la prise de médicaments en ignorant la pénibilité des effets secondaires est ainsi assez forte. Malgré ces expériences et le fait que

les Narcotiques Anonymes considèrent que la prise de médicaments psychotropes est une forme de dépendance, Arnaud continue à prendre un médicament antidépresseur.

Mais fondamentalement je ne veux plus aller chez le psychiatre. Je n'ai plus besoin de psychothérapie, je suis un grand garçon. Et puis maintenant je recherche une aide plus verticale si vous voyez ce que je veux dire. Horizontale et maintenant plus verticale. Et maintenant ça m'arrive de dire 'la providence...'. Il m'arrive de dire 'merci'. Ça aide. J'avais pas du tout avant. Cette dimension spirituelle, sans tomber dans la bigoterie. *C'est à travers les Narcotiques Anonymes que vous avez accédé à ce type de réflexion ?* Absolument. L'ego et les capacités humaines aident jusqu'à un certain point pour s'aider et s'auto-guérir mais que de temps en temps une bonne prière ça ne fait pas de mal, surtout quand il n'y a plus rien à faire. Mais j'ai moins peur de l'avenir, j'essaie de ne plus ressasser, de ne plus être dans le ressentiment, parce que je suis très... parce que ça sert à rien d'être tout le temps en colère. Il y a un nouveau livre qui vient de sortir, *Les méfaits de la pensée positive* ou finalement à force de... je ne sais plus bien, genre 'arrêtez de nous faire chier avec la pensée positive'. Avoir moins besoin du psychiatre. Je pense que c'est bien, ça aide dans des moments où on en a besoin, dans l'urgence, pour un bilan...

La dimension spirituelle présente chez les Narcotiques Anonymes semble ainsi constituer pour Arnaud un pourvoyeur de sens très important. Outre le fait de lui avoir permis de devenir abstinente, ce groupe d'entraide lui a permis de s'engager dans un cheminement spirituel qui semble devenir de plus en plus important pour lui. Lorsqu'il dit « Je n'ai plus besoin de psychothérapie, je suis un grand garçon », Arnaud semble considérer la psychothérapie comme un travail dans lequel patient et soignant rejouent une relation similaire à celle entre enfant et parent. Chez les Narcotiques Anonymes au contraire, tout le monde est à égalité et chacun est encouragé à se responsabiliser, comme des « grands garçons ». On considère également que l'abstinence est obtenue par l'individu lui-même, bien qu'avec l'aide du groupe et de Dieu (selon leur conception). Contrairement à la psychothérapie, il n'y a pas d'expert mais tout le monde partage le même savoir, qui est facilement accessible et compréhensible.

En consultant son dossier, on retrouve les traces de ses deux hospitalisations, ainsi que de ses deux consultations en urgence plus récentes. Concernant la première hospitalisation liée à sa consommation de cannabis et d'héroïne, le diagnostic posé est « dépendances multiples ». On évoque le fait que le patient a été scolarisé en institut médico-pédagogique « pour troubles du caractère » jusqu'à 17 ans et qu'il est au chômage depuis 3 ans. Malgré la pression des soignants à ce qu'il fasse un suivi « addictologique », le patient semble le refuser.

Pour la deuxième hospitalisation, lié à l'état dépressif et à la dépendance à l'alcool, on retrouve un diagnostic d'« Episode dépressif sévère, trouble mixte de la personnalité et

dépendance à alcool, opiacés et cannabis ». La description des symptômes évoquent des « angoisses polymorphes (peur de ne pas mémoriser son texte, inquiétudes financières, phobie du bus, des étrangers, d'être victime d'une agression en ville), une tendance à la procrastination (les factures s'accumulent) et la négligence (ne se lave plus) ». Des informations plus détaillées concernent son enfance, où l'on apprend qu'il avait été abandonné par sa mère à la naissance car incapable de s'en occuper et que le patient avait été abusé par son beau-père, avant d'être dénoncé et incarcéré. L'hospitalisation est décrite comme difficile « en raison du comportement passif du patient et de sa réticence à se confronter à ses problèmes de dépendance ». Son arrêt du suivi avec l'alcoologue est évoqué sans spécification. On retrouve également une note indiquant que le patient a demandé son dossier quelques années après, en disant qu'il va bien et qu'il est abstiné.

Concernant la première consultation au SUC, le diagnostic indiqué est un trouble anxieux et, pour la deuxième, un trouble de la personnalité sans spécification. On évoque quelques éléments de son histoire (notamment les précédentes hospitalisations) et la situation de mobbing. L'épisode du cutter n'est pas cité, on indique uniquement « idées suicidaire *à but d'alerte et vengeance envers son employeur* sans intention de mourir ni de scénario suicidaire ».

Au delà du fait que le dossier ne restitue qu'une partie limitée des échanges qui ont eu lieu entre le soignant et le patient, on peut remarquer le fait que la participation du patient aux Narcotiques Anonymes n'est pas indiquée. Est-ce le signe que le patient n'en a pas parlé (de peur d'être jugé ou pour garder ça dans sa sphère privée) ou que le soignant ne l'a pas indiqué dans le dossier (car perçu comme peu important) ?

On peut remarquer comment tout élément indiquant une possible faiblesse ou faillite de la prise en charge psychiatrique n'est pas indiqué. Aucune mention des effets secondaires des médicaments, du fait que la deuxième hospitalisation n'a pas permis au patient d'évoluer positivement, ni du fait que l'arrêt du suivi avec l'alcoologue était lié à un conflit quant à la prise en charge. Le dossier offre ainsi une image lisse et neutre du travail des soignants. Il indique de manière détaillée les problèmes du patient mais aucune mention n'est faite quant à l'influence possible du rôle des soignants dans la perception de ses problèmes ou dans l'évolution de sa prise en charge. L'objectif est ainsi celui de créer un portrait objectivable du patient, qui, à travers le dossier, puisse permettre à tout soignant de prendre connaissance du patient (et donc de pouvoir substituer le collègue en cas d'absence).

La situation psychologique du patient n'est en outre jamais mise en lien avec une étiologie précise. Plusieurs éléments sont indiqués (comme le chômage, l'abus pendant l'enfance ou l'abandon de la part de sa mère, voire le dénigrement de la part de son employeur) mais aucun lien de cause à effet n'est fixé. Peu d'indications existent concernant l'interprétation du patient lui-même, qui semble ne pas avoir beaucoup d'importance (sauf lorsqu'il peut indiquer un symptôme possible, ce qui n'est toutefois pas le cas concernant cette situation). Ce manque d'indication quant à l'étiologie est donc à interpréter comme une manière de garantir une objectivité dans la description du cas du patient mais laisse ainsi à l'interprétation biologique une place importante, comme on l'a vu dans le chapitre 5 lors de la discussion analysée portant sur la dépression. Il s'agit en effet de l'approche commune à tous les soignants, indépendamment de leur orientation théorique. Le fait d'être au chômage depuis 3 ans, l'impression d'être dénigré par son employeur, la consommation de drogue, etc.... ne sont-ils pas les symptômes d'une pathologie psychiatrique ? Le fait que la mère n'était pas capable de s'en occuper ne laisse-t-il pas suspecter qu'elle était également atteinte d'un trouble qui pourrait donc être d'origine génétique ?

Audrey : « Voilà quoi. L'enfance s'est un petit peu arrêtée là »

Je rencontre Audrey, 31 ans, française d'origine, chez elle, dans une petite villa de la campagne vaudoise recouverte de neige. Le courant passe toute de suite et, sans même que je lui pose une question, Audrey commence rapidement à se raconter et ne s'arrêtera qu'après deux heures et demie. Je reproduis ici seulement une partie de l'entretien. L'ordre des propos a également été modifié afin de donner plus de cohérence, notamment chronologique, à son récit.

Pourriez-vous me parler de votre enfance, de votre adolescence ? Infirmier psy mon papa, infirmière psy maman (rires). Donc les psychiatres et tout ça, c'est de la connerie pour moi, c'est du blabla... *Pourquoi ?* Enfant, quand j'ai redoublé on m'a toute de suite amené chez le psy qui a dit que j'allais très bien. Mon papa ce n'était pas mon papa, ce n'était pas mon géniteur. Un frère de 3 ans plus grand que moi avec qui je m'entends très très bien. (...) Une grand-mère qui m'a quasiment élevée... de la campagne. Je pense quand même déjà à la base une relation avec mon père qui n'était pas claire parce que mon père qui m'élevait, c'était mon père mais en même temps je savais que j'avais un géniteur que je devais trouver. Voilà, c'était déjà là quelque chose qui m'a travaillé longtemps. Quoi dire d'autre... Alors le truc qui fait qui... uff, ça c'est dur... on peut... (retient ses larmes) c'est fou, eh ? C'est réglé mais ce n'est pas réglé. Disons, en fait en faisant la thérapie je me suis aperçue que le gros des problèmes, le gros des nœuds a eu lieu quand j'avais 11 ans, où je suis allée à un bal, c'est de ça qu'on parle. Je suis allée dans un bal populaire, je n'avais pas le droit de sortir, normalement j'avais mon oncle et ma tante qui devaient m'encadrer, j'étais avec mon cousin. Mon oncle et ma tante

venaient d'avoir ma petite nièce, ils sont rentrés et m'ont laissé sous la surveillance de mon cousin et finalement, j'ai bu de l'alcool, j'ai fait tout ce que je n'avais pas le droit de faire parce que j'avais quand même une éducation très... carrée à la maison. Ce soir là j'avais caché une jupe dans mon sac, ma mère m'a dit de mettre un jean mais j'ai mis la jupe, pour finir... il y a eu... comment on dit ça... un viol je crois. Donc avec 5 garçons et puis... voilà un peu... de là j'avais 11 et demi, donc de là c'était un petit peu, c'est là, je me rends compte que j'ai commencé vraiment à dévier complètement et à faire pas mal de conneries, à fumer des pétards, à faire des choses qu'il fallait pas. Les premières idées je pense que tout est un peu lié par rapport à ça. Quand on est une jeune fille et on perd sa virginité de cette façon là, et puis qu'on est en pleine construction, à 11 ans et demi on n'est même pas une préadolescente, on est à peine dans les prémises des choses. Voilà quoi. L'enfance s'est un petit peu arrêtée là.

L'épisode traumatisant du viol pendant l'adolescence constitue ainsi une sorte d'événement fondateur de la vie d'Audrey qui suscitait chez elle une émotion encore très vive. Comme on peut le lire, le récit d'Audrey est fortement marqué par le travail psychothérapeutique effectué. Son récit est jalonné d'interprétations psychologiques de type plutôt analytique, avec un accent mis sur l'enfance ou l'adolescence, ainsi qu'avec le rapport aux parents. Par rapport à son enfance, Audrey souligne les épisodes marquants : d'un côté le viol et, dans une moindre mesure, le fait d'avoir eu un père qui n'était pas son géniteur. Plus tard dans l'entretien, elle évoquera également le fait d'avoir eu une mère très dure et violente. Ces faits lui permettent de donner sens aux problèmes qui ont émergé successivement, l'amenant jusqu'à la tentative de suicide. Comme le dit Audrey : « Les premières idées [suicidaires] je pense que tout est un peu lié par rapport à ça ».

J'ai mon fils qui vient de fêter ses dix ans, je suis heureuse de ne pas avoir des filles parce que je pense que je n'aurais pas été capable d'assumer des filles avant de faire cette thérapie. Je me rends compte maintenant que j'étais un enfant alors que pendant longtemps c'était de ma faute, c'était moi qui avais mis la jupe, qui avait bu, qui avait été dehors avec ces garçons, en dehors de la salle de danse. Donc pendant longtemps... je pense que encore maintenant... j'ai compris qu'on mettait des mécanismes... grâce à la thérapie j'ai compris comment on fonctionnait, c'est ce qui fait que maintenant ça ne va pas trop mal, que maintenant j'arrive à comprendre que si j'ai fait des conneries, c'était un peu lié...

On voit donc qu'un élément important qu'Audrey a retravaillé dans la psychothérapie, c'est le sentiment de culpabilité lié au viol. Grâce à ce travail sur elle-même, elle est donc passée d'une vision de coupable à victime, ce qui lui a permis de comprendre que tout ce qui s'était passé après (notamment la tentative de suicide) n'était pas que de sa faute, mais était lié à ce que cet événement avait représenté pour elle. Les sentiments de culpabilité individuelle et de manque d'estime de soi semblent donc avoir un rôle très important dans le fait de penser au suicide et de passer à l'acte. Pour Audrey, le paradigme

psychothérapeutique semble avoir été un pourvoyeur de sens très important, lui ayant permis de changer sa vision d'elle-même et d'agir dans la vie d'une manière différente.

Pour retourner à son récit de vie, Audrey suit une scolarité où elle obtient de très bons résultats. Malgré son rêve de devenir infirmière, elle rencontre à 17 ans celui qui deviendra son mari et décide d'abandonner l'école.

Je n'avais pas vraiment l'idée d'arrêter l'école mais bon, lui était militaire, il était majeur, il avait un appartement, il gagnait sa vie donc j'envoie un peu promener mes parents et je vais vivre avec lui dans son appartement. (...) Mes parents (...) sont très contents, il était bien, un bon garçon, bien bâti, l'armée, tout droit, tout semblait tellement carré qu'ils ne pouvaient pas s'imaginer ce qu'il y avait derrière. (...) Je pense que j'ai dit oui à sa demande en mariage parce que c'était la première fois... la première fois qu'un garçon qui s'intéressait à comment je réagissais au niveau relationnel et puis qui me disait autant de choses... qu'il m'aimait, qu'il voulait faire sa vie avec moi... incroyable qu'un garçon voulait faire sa vie avec moi, comment un garçon pouvait faire sa vie avec moi... Et puis donc voilà pourquoi les choses ont été très vite. A peine mariée on est partis en voyage de noce et c'est là que j'ai pris ma première gifle. (...) Après j'arrivais pas à faire d'enfants parce que Dino voulait absolument un bébé que je n'arrivais pas à lui faire et cela ne m'aidait pas par rapport à l'image que j'avais de moi-même. De toute façon s'il me tapait dessus c'était normal, de ma faute parce que de toute façon je le méritais, voilà... après j'étais une mauvaise épouse parce que je n'arrivais pas à lui donner un enfant.

A travers son récit, Audrey nous restitue la manière de penser qu'elle avait à cette période : une très faible estime d'elle-même et un sentiment de culpabilité pour tout ce qui lui arrivait de négatif. Mais la manière dont le récit est restitué permet de mettre une distance avec cette période, marquant ainsi le changement qu'elle a pu effectuer quant à la manière de se percevoir.

Après quelque temps, Audrey arrive à avoir un enfant et décide de suivre une formation pour devenir aide-soignante. Les humiliations et les violences continuent.

Plusieurs fois, je me retrouve à la rue avec Lucien, dans des foyers de femmes battues... mais j'ai réussi mes études, l'école d'aide-soignante. Une fois diplômée, j'ai mis des limites à mon mari. On va prendre un appartement chacun, on va apprendre à se redécouvrir, à se respecter mutuellement, je ne veux pas qu'on divorce... c'était insupportable pour lui... j'ai trouvé un job près de ma mère, j'ai pris un appartement. Et puis ça a été l'année la plus magnifique que j'ai passée avec lui, il venait quasiment tous les week-ends, on se faisait des sorties, on faisait des brocantes, visitait des maisons, on vivait super génial. J'avais un boulot où je m'éclatais, j'avais un salaire, j'étais indépendante financièrement, j'avais une super amie, j'ai redécouvert ce que voulait dire d'avoir des amis à moi... Et finalement je tombe enceinte... (...) Et moi je lui dis que je ne veux pas le garder donc je prends rendez-vous et je veux que tu m'accompagnes dans les démarches. On va chez le médecin et le généraliste, il me fait un speech, il me demande pardon, que c'est

notre enfant, qu'on est encore mariés... Donc je décide quand même de le garder la peur au ventre. (...) On part quand même en vacances... pendant ce temps, il annonce à tout le camping qu'il va être papa pour la deuxième fois et je me trouve un peu embêtée avec mon verre de vin rouge et je lui en ai voulu car on ne savait pas trop ce qu'on allait faire et il me dit qu'il s'est décidé... je commence d'envisager ce bébé...

L'indépendance financière semble avoir eu un rôle positif dans l'évolution de sa situation. Elle lui fait acquérir une meilleure estime d'elle-même, lui permettant de poser des limites à son mari, n'acceptant plus de manière passive son comportement violent. En étant très croyante, Audrey considère le mariage comme une union sacrée, ce qui la pousse à vouloir donner une deuxième chance à son mari.

Malgré cette évolution positive et le deuxième enfant qui arrive, Audrey découvre que son mari vit avec une autre femme depuis quelque temps. Le mari décide alors de la quitter et renie l'enfant. Une procédure de séparation commence alors qu'Audrey est au neuvième mois de sa grossesse.

J'ai été à la maternité le jour après pour dire de me provoquer un accouchement car je ne pouvais plus garder cet enfant en moi, de prendre soin de moi. J'avais juste une envie de prendre un calmant et dormir, prendre une cuite, c'était juste horrible. La seule chose qu'il m'a dit à la sortie du tribunal c'était 'moi j'ai refait ma vie, tu n'as qu'à refaire la tienne.' C'était juste le petit... après je suis arrivée à la maternité, ils m'ont mis sous monitoring et ils m'ont dit de rentrer à la maison parce que le bébé allait très bien. Je me suis énervée, je leur ai dit que ce n'était pas parce que le bébé n'allait pas bien, mais la maman ! Je me sens pas bien... je suis partie en colère, je suis rentrée chez moi et j'ai téléphoné à mon amie Samy qui m'avait gardé déjà Lucien et qui m'a soutenue. J'ai recommencé à fumer... j'ai beaucoup culpabilisé car il a fait de l'asthme. Après j'ai accouché dans l'ambulance et je ne réalisais pas ce qui se passait et après quand je l'ai pris dans mes bras la première chose qu'il a fait il m'a regardé, je l'ai regardé et c'est comme si à l'intérieur il y avait une force, un truc, un machin... et je me suis dit, tu vas être forte, tu va être blindée, dure et tu vas te battre pour ce bout d'homme. (...) Après j'ai touché l'aide sociale, 700 euros par mois, je n'avais plus de boulot plus rien.

La naissance de l'enfant donne ainsi à Audrey la force de se redresser et de continuer à se battre. Pendant un certain temps, elle travaille dans un hôpital psychiatrique :

(...) Je découvre ce que c'est la psychiatrie, la pathologie... c'est déjà très violent comme rencontre... *Dans quel sens ?* La violence. Il y avait quand même la contention, il y avait de tout mélangé, aussi bien la personne qui avait fait une tentative de suicide qui ne sont pas de simples tentatives de suicide mais des grosses dépressions chroniques on va dire... et puis tout ce qui est alcoolisme, dépendances de toute sorte, tout ce qui est schizophrène... tout est mélangé dans un service fermé. C'est des crises... il y a vraiment de tout, des repris de justice qui sont enfermés... Je découvre un autre univers et ce que c'est la psychiatrie. Mais je suis du côté soignant. ça va... jusqu'au jour où il y a une jeune femme d'une

trentaine d'années qui vient et qui avait fait une bouffée délirante... (...) face à cette personne j'étais extrêmement mal à l'aise. Je pense que je me voyais. Il y avait un espèce d'effet miroir qui s'est produit (...) Et puis donc là je prends conscience que ce serait bien que je fasse une thérapie parce que j'ai énormément refoulé de choses et que ça serait bien que ça sorte et que je les pose quelque part. Donc je commence à voir une psychiatre en France, mais ça ne dure pas long parce que j'arrive en Suisse, je m'installe avec Fabrice et trouve le travail comme aide-soignante.

L'expérience du travail en psychiatrie a un effet déclencheur pour Audrey. Elle découvre la maladie psychique et surtout, dans un effet miroir, elle commence à reconnaître sa propre souffrance liée à un passé « refoulé ». Elle décide donc d'engager un travail psychothérapeutique qu'elle doit toutefois interrompre en raison de son déménagement en Suisse.

Malgré le fait d'aller habiter avec Fabrice et d'avoir trouvé un travail, la situation commence progressivement à se détériorer.

De fil en aiguille, je découvre que Fabrice n'est pas parfait parce que personne n'est parfait. Je découvre que moi aussi j'ai des grosses déviances, de grosses colères par rapport à certaines situations, des crises de colères démesurées on va dire jusqu'au jour où j'ai fini aux urgences. (...) J'avais déjà mon grand qui devait partir chez son père et puis avec mon conjoint ça n'allait pas fort entre nous et il y a eu un contrat de confiance entre nous qui a été rompu, ce qui m'a amené à me dire que je n'avais plus rien. Je perdais mon fils, le petit, c'était une période où maman, c'était un peu... il s'accrochait à mamie, j'avais plus rien, plus aucun moyen... la vie c'était la fin.

Audrey a le sentiment d'être abandonnée par son fils et son copain, ce qui l'amène à une tentative de suicide. Elle part dans une forêt en voiture et avale des médicaments qu'elle avait trouvés à la maison et sur son lieu de travail. La police la retrouvera inconsciente et la conduira aux urgences.

Ca faisait très longtemps que ça me travaillait dans la tête, avant d'en être arrivée aux urgences. J'étais tombée dans un mécanisme où systématiquement la fuite dans ma tête était : j'ai une possibilité de libération qui est le... ouais... je... disons que dans ma tête c'était comme une issue de secours. Quelque chose qui était présent et qui me permettait d'avancer. Dans ma tête je savais que je pouvais en finir. (...) D'assurance de dire 'ben, si ça va pas je peux me libérer avec ça'. Sans passer à l'acte mais rien que d'y penser simplement. Quelque part... après c'était des grosses dépresses qui passaient, mais c'était quand même présent dans ma tête, c'est ce qui me permettait d'affronter certaines situations plus facilement. (...) C'est après que j'ai conscientisé que ça faisait longtemps que j'y pensais, finalement.

Face aux difficultés de la vie et à la souffrance que celles-ci engendrent, l'idée du suicide devient donc une sorte d'issue de secours, « une possibilité de libération ».

Je sais que ça fait réagir certaines personnes autour. (...) Parce que dans la tête des gens, je suis un peu superwoman, sale caractère et très indépendante et si j'ai quelque chose à dire je le dis. Je ne vais pas m'amuser à faire ce genre de trucs. (...) Après, il y a eu certaines personnes auxquelles je ne pensais pas, parce que je me sentais vraiment seule. Quand j'ai fait ça, j'étais vraiment, quand je dis la vie c'était vraiment qu'elle n'avait plus de sens. Il n'y avait pas d'amis, il n'y avait pas de conjoint, il n'y avait plus d'enfants. Dans ma tête c'était vraiment... Et puis après ça j'ai vu qu'il y avait des personnes qui étaient quand même présentes et qui tenaient à moi. J'étais aimée, voilà.

La tentative de suicide arrive dans un moment où la vie n'avait plus de sens aux yeux d'Audrey, car elle se sentait complètement seule et abandonnée. Ce passage à l'acte a toutefois un rôle mobilisateur dans son entourage, qui se rend compte de sa détresse et lui exprime son affection et son amour, l'aidant à s'en sortir.

Après les urgences somatiques, Audrey est hospitalisée d'office en psychiatrie. A ce propos elle dit : « Je n'avais pas le choix, j'ai pris conscience quand j'étais là bas, quand je commençais... c'était horrible. Je ne souhaite ça à personne ». Cet événement a été pour elle très difficile à vivre. C'est d'ailleurs la première chose dont Audrey m'avait parlé lorsque je l'appelai pour lui proposer un entretien. En définissant de violente et de traumatisante son hospitalisation d'office en psychiatrie, elle avait accepté l'entretien après lui avoir précisé que j'étais extérieure au milieu psychiatrique.

Et là j'ai fini en service fermé où je me suis retrouvée de l'autre côté de la barrière, où j'ai eu des souffrances pas croyables que je n'avais pas forcément avant. J'avais déjà remarqué [lorsqu'elle avait travaillé en tant qu'aide soignante en psychiatrie] mais pas de cette façon là... pas de la même façon où on est là nuit et jour et on n'est pas bien. Là, on se sent observé, il faut qu'on rentre dans le moule. (...) On a l'impression d'être dans un film, on n'ose rien d'exprimer à l'extérieur même si on a envie parce qu'on a peur que ça se retourne contre soi.

Audrey évoque la difficulté de se retrouver dans un service fermé, avec d'autres patients en grande souffrance. Pendant l'entretien, elle évoque plusieurs fois le côté « totalitaire » de la psychiatrie, en référence à l'hospitalisation d'office mais également au savoir psychiatrique qui a le pouvoir de retourner tes paroles et tes faiblesses « contre toi ». Le fait d'être consciente du pouvoir que le discours psychiatrique a face à la parole du patient rend l'hospitalisation d'autant plus difficile. Interrogée sur les consultations médicales, elle dit :

C'est très dur parce que quand on est là bas, on est complètement écorchés. Il y a l'émotion, tout. Un grand livre ouvert, comme là je viens de faire avec vous. On raconte, on déballe, on déballe, on pleure beaucoup... C'était très difficile parce que je déballe et je parlais dans tous les sens et je ne faisais que de pleurer quand j'étais avec lui [le psychiatre qui la suivait]. En même temps, je voulais montrer que

j'étais dure parce qu'il fallait que je puisse sortir. Donc un côté de moi qui me disait 'ressaisis-toi', d'un autre côté une Audrey qui avait besoin qu'on la prenne en charge, mais de ça, je n'étais pas tellement consciente que j'avais besoin de régler tout ça. Donc voilà. Puis enfin mon idée c'était de sortir. Le côté m'empêcher de sortir faisait que je n'avais même pas le temps d'analyser ce qui m'arrivait ni de comprendre pourquoi je pleurais, ni comprendre ce qui était arrivé dans mon passé ou quoi que ce soit.

Dans cette situation de contrainte et d'enfermement, les pensées d'Audrey sont tournées vers le fait de sortir, l'empêchant d'engager un véritable travail psychothérapeutique. Elle refuse d'ailleurs les médicaments qui lui sont proposés régulièrement (dans son dossier, on peut lire à plusieurs reprises que la patiente « refuse toujours » de prendre les médicaments). A ce propos, elle dit :

Et puis je ne voulais pas prendre des médicaments parce que je ne voyais pas l'intérêt de prendre du Temesta³²³ alors que je venais d'en avaler je ne sais pas combien avant d'arriver chez eux. Je pense que si j'avais pris un Temesta à ce moment là j'aurais vu des éléphants roses... Donc pour moi c'était débile.

Audrey critique d'ailleurs très fortement les infirmiers qui ne discutaient pas de manière informelle avec les patients et qui ne lui ont jamais proposé d'entretien individuel : « La seule chose qu'ils faisaient c'était la police. Couper le téléphone, passer à table, donner des médicaments... ».

A sa sortie, elle commence un suivi individuel avec le psychologue qui réalisait des entretiens de couple avant l'hospitalisation.

Et vu qu'il ne pouvait pas faire les prescriptions, j'ai dû aller chez un généraliste qui s'occupait de ça et que lui m'a mis sous médicament pendant une période. *Quel type de médicaments ?* Un neuroleptique léger et un antidépresseur. (...) Donc les médicaments m'ont aidé mais en même temps j'ai vite arrêté parce que, pareil, pour moi prendre des médicaments régulièrement et à long terme ça représentait vraiment la maladie, la pathologie. Et en même temps c'était contradictoire parce que par la suite quand on m'a dit qu'est-ce qui tournait pas rond chez moi et qu'on a mis des mots c'était comme un soulagement puis ça me permettait de dire, non, je ne veux pas être comme ça, de travailler encore plus sur ce que j'étais. *Ils vous ont posé un diagnostic ?* C'était bien plus tard. Je ne sais pas si on peut parler de diagnostic mais... comment est-ce que c'est ? Les gens qui ont du mal à gérer leurs émotions... Ehm... alors c'est pas bipolaire non, maniaco-dépressif non plus... *Troubles de l'humeur ?* voilà, les troubles de l'humeur, c'est ça. Ce n'était pas ça tout à fait mais dans cette catégorie là.

On voit ici le rapport ambigu entretenu avec le cadre psychopathologique. D'une part, le fait d'être considérée comme malade a un caractère enfermant et limitant qu'Audrey

³²³ Le Temesta® est un anxiolytique de la famille des benzodiazépines.

conteste. De l'autre, il y a un aspect positif car il donne sens à son vécu, ses comportements lui permettant ainsi d'être reconnue dans le rôle de victime. On retrouve là une des contradictions centrales propre aux paradigmes psychiatriques : si la catégorie psychopathologique permet de « mettre des mots », il risque également d'enfermer la personne dans ces mêmes catégories. Sa dimension performative est donc double et contradictoire.

Le psychologue qui suivait Audrey part « du jour au lendemain », ce qui conduit Audrey à recontacter Maxime, le médecin assistant qui l'avait suivie à l'hôpital et qui, à ce moment-là, travaillait au SUC³²⁴. Elle réalisera 9 séances dans le cadre d'un suivi de crise.

Ces suivis psychothérapeutiques permettent ainsi à Audrey de faire un « travail sur soi » qui l'amène à se comprendre elle-même de manière différente :

Et puis j'ai appris à me connaître, à me pardonner beaucoup de choses, à vivre avec. Je pense qu'inconsciemment j'en avais envie mais tant que je n'avais pas posé tout et je n'avais jamais vraiment pris le temps de pleurer sur moi... et puis on me l'a donné, c'était le psychologue qui avait commencé avec ça, que j'avais le droit de pleurer sur ce qui m'était arrivé. Que j'avais le droit de uff. (...) J'ai compris ce que c'était la psychiatrie. La résilience, je ne savais pas ce qui voulait dire. (...) Un soir il y avait le brouillard et je me suis rappelée de cette chose que le docteur Maxime m'avait dit [à propos de la résilience] et je me suis dite 'oh, il faut que je travaille encore plus fort, je vais encore y arriver mieux, vivre encore mieux, et profiter de la vie encore plus...'. Etre bien quoi et oui, quand on a travaillé, je comprenais et toutes ces images qui me parlaient. D'un côté, il y avait le parallèle avec des choses extrêmement fortes et de l'autre j'arrivais à m'en prendre... à me dire j'en prends un petit bout... c'était comme si le médecin permettait de prendre cette part sur moi. Et de dire 'vous en êtes capable'. Ce n'était pas minimiser ce qui s'était passé, mais aussi de trouver une solution à comment je pouvais faire. Qu'il y avait quelqu'un d'autre qui l'avait fait et que ça s'appelait comme ça. Je pense que j'avais vraiment besoin de mettre un vocabulaire, des mots. Qu'on m'explique. Aborder la psychiatrie et de comprendre un peu certains mécanismes et que ça fonctionne de cette manière là. Qu'une petite fille pleine en découverte de son corps, son adolescence, qu'est-ce que c'est pour une femme d'avoir sa virginité enfin d'avoir le droit de le pleurer et dire on me l'a volé ce truc aussi précieux, comprendre que j'avais le droit d'être en colère. (...) Comme le symptôme abandonnique maintenant je sais ce que c'est. Avant, j'avais toute de suite tendance à jeter avant qu'on me jette... au niveau du couple ça aide quand même pas mal... mais il y a encore pas mal de choses... (...) C'est ça aussi que j'ai appris, que j'avais droit à l'erreur et à ne pas être parfaite. J'ai découvert ce que c'était un homme aimant, le respect de l'autre. Je ne savais pas ce que c'était un homme qui respecte une femme et je l'ai trouvé.

³²⁴ A ce propos, il y a une confusion qui existe en comparant l'entretien et le dossier. Selon le dossier, Audrey a consulté au SUC en urgence, sans que soit mentionné si elle y avait été en sachant que Maxime était là. Dans l'entretien, Audrey ne parle pas de cette consultation, en évoquant uniquement le fait d'avoir repris contact avec Maxime.

On voit ainsi que malgré le fait que ces suivis n'aient pas été très longs et fréquents, Audrey semble avoir intégré une partie de ces principes et de ces concepts, qui font sens et lui ont permis d'avancer dans son travail thérapeutique.

Le passage où Audrey dit : « à me dire j'en prends un petit bout... c'était comme si le médecin permettait de prendre cette part sur moi » est très intéressant. Avant d'entreprendre un travail thérapeutique, Audrey se considérait comme totalement responsable de ce qui lui arrivait. Le poids de la culpabilité étant trop lourd, il lui était impossible de « travailler sur soi ». C'est donc au moment où elle a compris que tout n'était pas de sa faute (grâce à la lecture psychologique) qu'elle a pu « travailler sur soi », prendre des responsabilités quant à ses comportements et essayer de les modifier.

Elle reste toutefois relativement critique envers certains aspects plus médicaux, comme la catégorie psychopathologique, la prise de médicaments et l'hospitalisation. Malgré le temps qui est passé depuis l'hospitalisation, Audrey reste très remontée contre l'hospitalisation d'office qu'elle ne comprend toujours pas :

Je comprends ce que c'est un psychiatre. Mais je ne comprends pas l'hospitalisation. Je pense qu'on ne me l'a pas assez clairement expliqué. (...) J'aurais pu très facilement glisser vers ce genre de choses. Parce qu'on me tendait la perche. On me tendait les bras de la psychiatrie grands comme ça. Et puis de me dire : 'maintenant je ne me bats plus, je me repose sur la psychiatrie. J'ai le droit de me déprimer, de faire des tentatives de suicide à gogo, et puis j'ai le droit de rester enfermée chez moi...'. C'est moche ce que je dis mais je pense que si je n'avais pas eu cette force intérieure (...) à l'heure d'aujourd'hui je ne me serai pas loupée. Parce que soit dans ma tête c'était 'je ne retournerai pas là bas'. Et si je dois en arriver à passer à faire un acte, je ne me louperai pas cette fois. Et c'était clair et net. Dans ma tête c'était clair : 'ils m'enfermeront pas et cette fois si je passe à l'acte je passe à l'acte pour de bon.' (...) Pour quelqu'un de plus faible c'est dur de reprendre surface, reprendre la vie de tous les jours. (...) Parce que ça fait du bien de ne rien faire, ne pas faire à manger, ne pas payer les factures, ne pas avoir à penser à l'éducation des enfants... on n'en a plus à cirer de rien. (...) C'est horrible ce que je dis mais j'aurais pu tomber dans un truc de vouloir retourner à l'hôpital. A la sortie, c'était dur mais c'est grâce au fait que j'avais un soutien extérieur qui a fait que j'ai réussi à me sauver de tout ça. Et le travail que j'ai fait avec le psy et tout ça. C'est grâce aux psy et grâce à moi. Mais l'hospitalisation, je suis sûre qu'elle peut être très destructrice pour d'autres personnes. J'en suis convaincue. Peut-être je me trompe. Mais qu'ils m'expliquent le pourquoi et le comment et qu'est-ce qui m'a apporté réellement. Je pense qu'il y avait d'autres méthodes et puis... après est-ce que je suis inconsciente, je me voile la face. Peut-être, ça m'a permis de me conscientiser que j'étais malade, oui, effectivement. Mais je ne vois pas l'intérêt. Je n'ai pas bien compris. Qu'on m'oblige à voir un psychiatre, commencer à travailler sur certaines choses aurait pu être fait sans l'hospitalisation, avec un contrat, une obligation de suivi. (...) Mais bon voilà... pour moi la vie après ça a été un gros décalage, c'était très difficile de me remettre dans

la vie de tous les jours. C'est clair et net. Je n'arrivais pas à me défaire de l'idée que j'étais une grosse malade, une folle. Et tout le monde me voyait comme une folle. Mais ce n'est pas le bon terme. Comme un malade mental, mais c'est quoi un malade mental ? Je me découvrais plein de pathologies, quelle pathologie j'avais, dans quelle catégorie me placer... *Les psychiatres ne vous l'avaient pas dit ?* Non, on m'a rien dit. Ils ont dit que c'était une cellule de crise. C'était une période de crise qu'il fallait compter 15 jours à 3 semaines et qu'au bout de 15 jours on sortait de la cellule de crise et qu'on allait voir après. Pendant cette période, on ne pouvait rien dire, on ne pouvait pas diagnostiquer une personne... parce que la personne, toutes ses émotions sont à vif... on est hyper faible aussi. Mais je n'ai pas bien compris non plus. Je leur en veux beaucoup.

On voit donc comment l'hospitalisation constitue un moment de grande fragilité où le fait de pouvoir « se poser » comporte le risque de ne pas réussir à réintégrer une vie normale, avec ses responsabilités et difficultés. Ce moment constitue donc une bifurcation qui peut amener à une chronicisation de son état de détresse. L'expérience de l'hospitalisation a donc été pour Audrey un véritable cauchemar dont elle n'arrive pas à comprendre le sens et la valeur thérapeutique. Il s'agit d'un témoignage poignant car Audrey arrivait à se dire que le suicide était finalement préférable à une autre hospitalisation.

Chez Audrey, on peut en outre remarquer un véritable besoin de comprendre ce qu'elle vit, la prise en charge dont elle fait l'objet, les concepts utilisés par les thérapeutes... Ceci reflète un besoin de donner sens à ce qu'elle vit et d'être active dans sa prise en charge, refusant ainsi de devenir une victime du pouvoir psychiatrique. Mais son attitude n'est pas non plus une simple rébellion vis-à-vis de la psychiatrie. Ses réflexions reflètent de très grandes capacités d'analyse et d'évaluation. D'ailleurs, les objections qu'elle avance se retrouvent souvent dans la littérature critique vis-à-vis du pouvoir psychiatrique. C'est d'autre part probable que l'orientation systémique de Maxime, traditionnellement plus sensible aux approches critiques, ait joué un rôle dans l'adhésion d'Audrey au dispositif thérapeutique mis en place et aux outils psychothérapeutiques proposés³²⁵.

Son sens critique s'exprime d'ailleurs également face à la spiritualité qui a joué un rôle dans son rétablissement, lui permettant de donner un certain sens à la souffrance, tant la sienne que celle qu'elle avait rencontré chez les autres patients de l'hôpital.

Est-ce que l'expérience que vous avez eue vous a amené à aller vers des médecines complémentaires ou vers la spiritualité ? Oui, Dieu. Il est présent quelque part, on a fait plus ou moins la paix (rises). Plus ou moins... disons que je sais que c'est important d'y croire, de la transmettre aux enfants, je pense qu'elle m'a permis de tenir pendant des années. Après croire les yeux fermés non. Mais les gens qui

³²⁵ Aucune information nous a toutefois été donnée quant à l'orientation théorique du psychologue qu'elle voyait avant.

croyaient ont énormément de chance parce que je pense que c'est beaucoup de bonheur de croire, bien-être intérieur. Moi je n'ai pas ce bien-être intérieur. (...) Cette fameuse fois où j'ai été à la chapelle et j'ai prié, j'ai eu comme une entre guillemets une révélation (rires) attention à ne pas m'enfermer... (rires) (...) Pendant longtemps j'allais à l'église et je ne comprenais pas ces gens qui se mettaient à genoux devant le Seigneur, qui faisaient le signe de la croix, je ne comprenais pas. Je ne comprenais pas Jésus sur sa croix, les péchés, qui nous pardonnait nos péchés et qu'il s'était fait tuer pour nous... et dans cette chapelle j'ai eu l'impression... je lui disais merci. Et j'avais juste une envie, de m'agenouiller. (...) Dans ma tête je priais et je lui disais 'merci d'être mort sur la croix pour tous nos péchés' parce que dans ce milieu là il y avait une fille qui s'était faite violer par son père, des trucs enfin... des histoires d'abus, j'en avais entendues plein, du sale, du mauvais, tout ce qu'il peut y avoir de mauvais dans certains êtres. Il y avait un être qui était mort sur sa croix pour laver ces péchés et je comprenais enfin ce sens.

Plusieurs expériences différentes permettent ainsi de répondre à ses questionnements et de situer la souffrance dans un système de sens, souvent complexe, contradictoire, mais qui devient cohérent par rapport à l'expérience de vie qui lui est propre.

Dans le dossier on retrouve le résumé de l'hospitalisation, qui a duré une semaine. L'hospitalisation y est motivée ainsi : « Au vu de la persistance d'idées suicidaires avec l'impossibilité de s'engager dans un contrat de non-passage à l'acte (la patiente a fugué pour aller voler des médicaments), nous avons organisé une hospitalisation sur un mode d'office, le risque suicidaire étant élevé avec une urgence élevée et une dangerosité faible ». On y découvre également d'autres éléments concernant l'histoire d'Audrey. Fabrice, son compagnon, était dépendant à l'héroïne et une rechute de sa part, vécue comme une trahison, avait entre autre provoqué la tentative de suicide de sa compagne. Selon son compagnon, Audrey aurait également fait l'objet d'une convocation de la part de la protection de l'enfance et aurait eu un passé de toxicomane. Les diagnostics posés sont « trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive, probable trouble de la personnalité de type borderline, lésions auto-infligées par alcool hypnotiques et sédatifs ». Au moment de son hospitalisation, la patiente présente une « thymie triste avec des idées suicidaires scénarisées. Regrette d'avoir raté ». A la sortie de l'hôpital, on lit « La thymie est triste avec des idées suicidaires scénarisées, le désir de mort est quelque peu calmé depuis son tentamen ». Les notes cliniques évoquent le fait que la patiente parle beaucoup de son « passé douloureux » (notamment une tentative de suicide à 18 ans où elle avait passé trois jours dans le coma, suite au décès de son beau-père) et qu'elle reconnaît la nécessité de suivre une psychothérapie. Les soignants s'arrangent pour qu'à la sortie de l'hôpital, elle soit suivie par son thérapeute de couple qui la connaissait déjà. Elle commence un suivi

individuel mais, après quelques mois, le psychologue s'en va subitement. Elle retournera ainsi au SUC afin de reprendre un suivi avec le docteur Maxime qui l'avait déjà connue lors de l'hospitalisation.

Le récit d'Audrey nous montre que le type de lecture qui a fait sens pour elle et qui lui a permis de travailler sur elle-même, a été celle psychothérapeutique. A partir d'une lecture socio-anthropologique, on peut toutefois interpréter son histoire par le prisme du genre. L'événement fondateur du viol pendant l'adolescence (réitéré au travers des violences conjugales) semble avoir marqué de manière très forte son identité de femme, induisant un sentiment de dévalorisation qui influencera largement sa trajectoire de vie. Le viol peut en effet être interprété comme un instrument extrêmement puissant de la domination masculine. S'il est aujourd'hui considéré comme une violence condamnée par la justice, le viol constitue toujours un acte légitimant et légitimé par la domination des hommes sur les femmes. Ces représentations s'expriment ainsi dans le sentiment de culpabilité d'Audrey, qui considérait que cela était de sa faute (sentiment que l'on peut retrouver très souvent chez les victimes de viol, d'où leur réticence à dénoncer l'agression). Des événements successifs viendront réaffirmer cette domination, lui renvoyant toujours une image négative d'elle-même dans son être femme : elle n'arrive pas à avoir des enfants, elle est battue et trompée par son mari qui l'abandonne finalement au terme de sa deuxième grossesse. Dans toutes ces situations, Audrey est humiliée en tant que femme et finit par occuper une position d'opprimée qu'elle croit mériter. Le cas d'Audrey n'est pas isolé et constitue une condition malheureusement partagée par beaucoup d'autres femmes. Le viol constitue toujours une violence très répandue³²⁶ envers les femmes et rarement dénoncée et condamnée (Jaspard, 2005).

Le travail psychothérapeutique semble lui avoir permis de réaliser que « ce n'était pas de sa faute », mais le travail a été réalisé au niveau individuel. Réaliser que son histoire reflétait une condition d'opprimée inscrite dans un rapport de pouvoir entre genres aurait pu, outre le fait d'atténuer son sentiment de culpabilité, lui permettre de réaliser la dimension collective de son histoire.

L'interprétation en termes de genre n'émerge toutefois pas du discours d'Audrey. Il est fort probable qu'aucun thérapeute ne lui ait suggéré une telle lecture. Le monde psy est en effet souvent méfiant envers ce type d'interprétations, car il considère qu'elles induisent une sorte de sentiment d'impuissance et de victimisation des femmes. Le caractère

³²⁶ En France chaque année, environ 50'000 femmes seraient violées (Jaspard, 2005).

potentiellement enfermant de cette lecture est toutefois balancé par le pouvoir de changement et de subversion que celui-ci comporte. Ceci n'est toutefois pas le cas des catégories psychopathologiques, qui sont tout autant enfermantes, mais qui offrent un potentiel de changement s'appuyant uniquement sur l'individu. Dans le cas d'Audrey, le travail vise ainsi à ce qu'elle développe une meilleure estime d'elle-même l'amenant à ne plus tolérer la violence et les humiliations³²⁷. Deux interprétations et approches distinctes qui peuvent, dans une certaine mesure, se rejoindre (dans le fait d'amener un changement) mais qui se basent sur une vision différente de l'individuel et du collectif, mais pas incompatibles. On pourrait en effet penser à une prise en charge qui combine les deux, permettant au patient de disposer de plusieurs interprétations qui peuvent l'aider à donner sens à sa trajectoire de vie.

Aurélié : « Dès que je suis tombée malade, c'est comme si le monde vous tombe sur la tête. Comme un tremblement de terre. Après, il n'y a plus rien »

J'ai rencontré Aurélié, 43 ans, à deux reprises, toujours dans le même café du quartier où se trouve le service de psychiatrie ambulatoire où elle se rend régulièrement pour des consultations. C'est d'ailleurs avant une consultation la première fois et après pour la seconde qu'ont eu lieu nos rencontres. Aurélié est visiblement dans un état de détresse qui s'exprime par sa manière de parler, par son regard, ainsi que par ses paroles de désespoir jalonnées de larmes. Je suis très touchée par son récit et mon attitude glisse assez régulièrement, comme discuté dans le chapitre 3, vers le rôle d'aidante, en essayant de la reconforter et de la soutenir. Son histoire et l'interprétation qu'elle en fait, très liée au mobbing qu'elle a subi sur son lieu de travail, me poussent ainsi à m'engager dans une légitimation de sa souffrance au travers de ce paradigme, convaincue de son pouvoir thérapeutique et consciente du fait qu'il s'agit d'une lecture souvent niée par les psy. Aurélié prend également plusieurs médicaments psychotropes qui contribuent sûrement à modifier son état psychologique et donc la relation qui peut s'établir entre nous.

J'ai grandi au Brésil et passé toute mon enfance au Brésil. Je suis venue ici en Suisse à la fin des années '90. (...) Je me suis mariée. Mon fils allait à l'école et j'ai commencé à travailler toute de suite. J'ai travaillé comme aide de cuisine dans une maison de retraite, j'ai travaillé comme fonctionnaire dans une entreprise (...) Ensuite j'ai été engagée dans une grande entreprise d'alimentation. C'est moi qui cherchais une place fixe. Le dernier travail que j'avais eu c'était temporaire. Jusque

³²⁷ C'est intéressant à ce propos de voir, dans le récit d'Audrey, que lorsqu'elle obtient son diplôme et devient indépendante financièrement, elle n'accepte plus les violences de son mari et va vivre ailleurs avec son fils.

là c'était bien. J'ai fait la formation de prof pour l'école enfantine au Brésil, j'ai travaillé 10 ans (...). J'ai abandonné mon travail là bas quand j'ai décidé de rester en Suisse. C'est normal, je n'avais pas une bonne formation qui était reconnue ici. J'étais obligée de travailler comme ménagère, caissière, aide cuisine. Comme ça. Quand j'ai trouvé le travail dans cette entreprise, j'ai commencé à travailler à la caisse. Je me suis retrouvée avec une politique de travail tout à fait nouvelle pour moi. *De quel type ?* C'est le mobbing. Je ne savais même pas ce que voulait dire ce mot, je ne savais même pas que ça existait des choses pareilles. Après avoir été engagée j'ai commencé à être persécutée par ma cheffe. *Dans quel sens persécutée ?* D'être 24h sur 24h sur moi, si je faisais des erreurs, si j'étais tout le temps au travail, si je bougeais toute le temps, si je faisais les tâches qu'elle me demandais. Même si c'était correct ça m'a arrivé plusieurs fois la cheffe me faire refaire à nouveau jusqu'à me dire 'voilà, c'est moi qui commande'. Ou elle me disait que j'étais nulle, que je travaillais comme un singe. Devant les clients, devant les autres collègues de travail. Ça commençait à me déprimer petit à petit. En même temps j'ai eu une bagarre avec mon mari, on a été au tribunal pour se séparer. Et puis, après ça, ça continuait encore pire au travail parce qu'ils savaient que j'avais pas de pension alimentaire, j'avais encore mon fils qui était petit, qui avait 11 ans et il était à ma charge. Comme je n'avais pas de pension alors j'étais obligée de garder cette place de travail. Voilà, à supporter tout. J'ai supporté tout jusqu'en octobre 2005. Quand j'ai... excusez-moi, j'ai pété un câble. J'ai fait ma deuxième tentative de suicide. Là j'ai été hospitalisée en psychiatrie deux mois. Et depuis là, je n'ai plus jamais travaillé. Je suis restée 15 jours à la maison, 2 mois à l'hôpital. Ou vice-versa. 2 mois à la maison, 3 semaines à l'hôpital. Voilà. C'était comme ça jusqu'à maintenant. Maintenant je fais chaque jeudi la thérapie avec un psychologue et un infirmier qui me donne les médicaments parce qu'il ne me donne pas en grande quantité, il me donne par semaine. Parce que j'ai essayé encore trois fois de me suicider. Essayé de couper les veines, une autre fois c'était avec les médicaments mélangés avec alcool. Voilà. En gros c'est ça.

C'est donc le récit d'une dégringolade progressive d'une situation de « normalité » vers un état de dépression chronique avec des tentatives de suicide à répétition. L'analyse que fait Aurélie de sa situation est claire : ce qui l'a amenée à cet état de souffrance psychologique est le fait d'avoir subi du mobbing sur son lieu de travail.

Pendant l'entretien, j'essaie de reprendre son histoire pour mieux comprendre l'agencement des différentes étapes l'ayant amenée jusque là. Qu'à-t-elle fait confrontée à la situation de mobbing ? A-t-elle cherché des solutions avant de passer à l'acte ?

J'ai essayé de me renseigner par rapport à ce qui s'est passé avec mon travail. Si c'était normal. (...) J'ai parlé avec une assistante sociale. Elle m'a indiqué une psychologue (...) je lui ai expliqué ce qui s'est passé. Elle m'a dit : 'ça c'est du mobbing. Ça, c'est amoral. Il faut que vous trouviez des moyens pour vous défendre mais avant vous allez vous renseigner au bureau du travail.' J'ai été me renseigner, il me disaient quand j'ai discuté là bas, ils m'ont dit que c'est une question que je dois régler avec l'entreprise. Parce que si vous allez dans le tribunal c'est toute de suite perdant, l'entreprise a la possibilité de payer des avocats et a

plus de moyens. (...) Il y a un chef d'un autre secteur qui m'a conseillé de ne rien faire parce que là bas le gérant était bien protégé... j'ai rien fait. Je préfère mourir.

Confrontée à cette situation d'injustice et de dévalorisation, Aurélie a donc été chercher un appui à l'inspection du travail où une psychologue a reconnu que la manière dont la cheffe la traitait était assimilable à du mobbing. Face au géant de l'alimentation, on lui conseille de régler la question à l'interne mais sa cheffe semble être couverte par la hiérarchie. Aurélie se trouve dans une situation d'impasse, où elle a l'impression de ne rien pouvoir faire face à cette situation d'injustice. Elle est d'ailleurs rongée par la culpabilité qui lui empêche de s'engager dans une démarche visant à défendre ses droits et à dénoncer l'injustice subie. Aurélie affirme en effet :

J'avais la culpabilité toujours sur moi. La cheffe me traite comme ça parce que c'est ma faute. J'ai commencé à cumuler une culpabilité que, au bout d'un moment je n'arrivais plus à supporter. (...) On se sent impuissant par rapport à ce qui se passe. On se sent nul. On se sent coupable. Alors ces trois choses ensemble, ça fait quelque chose qui perd le sommeil pour une semaine.

Il est en effet assez difficile de démontrer l'existence du mobbing, surtout si l'on ne bénéficie pas d'un soutien extérieur, comme par exemple de la part d'un syndicat. Aurélie s'est donc retrouvée seule face à sa situation et complètement impuissante. C'est intéressant de confronter cette histoire avec celle d'Anne, qui a vécu une expérience similaire. Travaillant pour une grande entreprise de distribution suisse, elle a également subi un mobbing assez fort de la part de la hiérarchie, qui essayait de la dévaloriser, la poussant implicitement à démissionner, suite à des réformes managériales³²⁸. Syndicalisée et bénéficiant d'un certain soutien de la part de ses collègues, elle a donc engagé un procès qui s'est conclu avec l'octroi d'une indemnisation et d'une retraite anticipée à 50% (qui s'est transformée en un 100% après quelques années). Cela ne lui a toutefois pas empêché de développer une souffrance psychologique très forte caractérisée par des angoisses, des crises de panique, l'ayant amenée à être hospitalisée à plusieurs reprises en psychiatrie.

Plusieurs auteurs ont analysé les dynamiques de mobbing et les conséquences désastreuses sur la psyché des victimes, dont l'effet traumatique peut être comparé à celui des victimes de guerre ou des camps de prison (Leymann et Gustafsson, 1996). C'est d'ailleurs les mots qu'Aurélie utilise pour décrire son vécu : « tout ce qui m'est arrivé ici c'est quelque chose un peu traumatisant je dirais ». La situation d'humiliation subie est ainsi décrite par

³²⁸ Parfois, le mobbing découle d'une véritable politique d'entreprise qui vise à ce que les employés démissionnent, dans le but d'éviter des licenciements, souvent assez coûteux pour l'entreprise, notamment lorsqu'il existe un contrat de travail collectif. Le cas d'Aurélie ne semble toutefois pas lié à des politiques managériales. Il semble que cela soit plutôt lié à la dynamique relationnelle instaurée avec la cheffe.

Aurélié : « J'ai été abusée, trahie, pas du tout respectée comme un être humain. Une cheffe n'a pas le droit de dire devant les clients 'tu travailles comme un singe' ça c'est pas rigolo. Peut-être les gens trouvaient ça drôle, même ils rigolaient. Mais pour moi ce n'étais pas rigolo ».

La situation d'Aurélié s'insère d'autre part dans un contexte de dévalorisation sociale, lié au fait d'être passée d'un statut d'éducatrice de la petite enfance (elle avait également suivi une année d'université en pédagogie) à celui d'employée non qualifiée (femme de ménage, caissière, ouvrière). A cela s'ajoutait la séparation de son mari, qui la mettait dans une situation de fragilité économique rendant plus délicate une éventuelle démission de son travail.

Aurélié fait donc une première tentative de suicide qui l'amène aux urgences somatiques, pour ensuite être hospitalisée d'office en psychiatrie.

Comment s'est passée l'hospitalisation ? Ça a été un choc complet. Dans un monde qui n'avait rien à voir avec moi jusque là. Rien à voir avec ce que j'ai ressenti. En dehors de ma réalité. Des gens drogués, de gens suicidaires,... Vous aviez eu des soins ? Des médicaments. On voyait le psychiatre chaque deux jours. Chaque deux jours le psychiatre il vient, on dialogue, comment ça évolue. Mais je suis restée beaucoup de temps là-bas. (...) De quoi parliez-vous pendant ces entretiens ? De ce qui s'est passé au travail (...) ils ont profité pour un peu plus... Je pense que l'importance que ça a eu le problème de mobbing, etc.... Ça c'était mis de côté. Ils ont commencé à chercher autre chose, si j'avais des antécédents psychologiques dans l'enfance. Mais j'ai eu une enfance normale. J'étais un enfant battu comme tout le monde. C'est qui, qui n'a pas été puni pour une bêtise ? Mais voilà. A cause de cette situation catastrophique que j'ai vécu maintenant c'est à cause du travail. Vous avez l'impression qu'eux, ils ont mis de côté le problème du travail et qu'ils ont trouvé plus important de travailler... Ils m'ont accusé d'utiliser l'alcool etc. Bien sur, je n'avais pas d'antidépresseurs, je plongeais dans l'alcool. Je buvais quelques verres pour me soulager un peu. Aujourd'hui, je ne bois pas du tout et l'angoisse, la tristesse, le désespoir, c'est toujours là.

Le récit d'Aurélié témoigne du manque de légitimation que les psychiatres de l'hôpital ont donné à son récit et à la place que le mobbing a eu sur son état psychologique. Il y a eu une véritable psychologisation et pathologisation de son cas où les aspects contextuels ont été évacués au profit d'une interprétation psychopathologique liée à une enfance difficile ou à la consommation d'alcool. Du témoignage d'Aurélié émerge comment ce manque de légitimation peut avoir un impact dévastateur sur son état psychique, s'ajoutant ainsi au traumatisme du mobbing³²⁹. La culpabilité sur laquelle s'appuyait le mobbing a donc été

³²⁹ On peut faire un parallèle avec le viol. Lorsqu'il n'y a pas de reconnaissance (sociale ou juridique) de la violence subie, l'état psychologique de la personne s'aggrave considérablement.

renforcée par le manque de reconnaissance de la part des soignants en psychiatrie quant à l'injustice subie, induisant une situation psychologiquement intenable. Le suicide est donc apparu à Aurélie comme le seul moyen de s'en sortir. Ce geste reflète ainsi le sentiment que tout est de sa faute : pourquoi continuer à vivre dans ces conditions ?

Les soignants, dans le fait d'explorer la piste psychologique individuelle, entendaient aussi déculpabiliser Aurélie en trouvant une explication à sa situation par une enfance difficile. Cela répondait ainsi aux compétences propres aux soignants, plus enclins à interpréter les situations en termes psychologiques que contextuels. C'est d'ailleurs l'objet des consultations thérapeutiques effectuées avec la psychologue qui la suivait au moment de l'entretien : « [la psychologue] essaie justement de me soulager de la culpabilité, que je suis nulle, je ne suis plus capable de faire quoi que ce soit ». Pour Aurélie, toutefois, cette clé interprétative ne faisait pas beaucoup de sens et ne l'a pas, selon elle, aidé à aller mieux.

L'interprétation divergente entre Aurélie et les soignants quant à sa consommation d'alcool est aussi intéressante. Alors que pour elle il s'agit d'une utilisation rationnelle visant à atténuer ses souffrances (comme peut l'être la consommation de médicaments), cette consommation devient pour les soignants un signe pathologique, un symptôme qui ne fait qu'ajouter une pièce à l'hypothèse psychopathologique.

Le discours d'Aurélie est très marqué par un sentiment de révolte, mais également par un manque de reconnaissance quant à son vécu. Par le biais d'autres ressources, elle essaie de faire un lien entre sa situation individuelle et un système de travail considéré comme inhumain.

C'est un problème social très grave. Le fait que les entreprises maintenant sont devenues des fabriques de malades. (...) J'ai regardé une émission à la télé où une journaliste s'était faite passer pour un chercheur d'emploi et elle a tenu une semaine. Elle était dans un supermarché et elle avait le rayon de nourriture pour les chats et les chiens. Il avait des palettes de choses qu'elle devait mettre sur les rayons, en plus contrôler... arranger. Elle avait deux heures pour faire ça. Elle ne pouvait pas se plaindre avec le chef du fait qu'elle n'avait pas de temps. Au bout d'un moment, elle a commencé à poser des questions plus détaillée pour voir s'il y avait un syndicat, etc. et il y avait un chef qui a dit à elle que si elle arrêta de poser les questions il pouvait l'engager définitivement, mais elle devait fermer sa bouche. Elle a dit 'mais vous n'avez pas de place'. Il a dit 'ça c'est facile parce qu'il y en a une qui est toujours malade, qui est toujours dépressive, qui reste toujours à la maison, elle fait une rechute. Je pense qu'on va bientôt la foutre dehors.' Moi je pars en crise quand je vois ça. *Ça vous rappelle...* toute suite à moi.

La souffrance d'Aurélié est donc devenue chronique (les tentatives de suicide et les hospitalisations se répétant régulièrement depuis 2005), finissant par rendre l'appui médical indispensable.

Pendant les périodes où vous avez été hospitalisée, ça se passait comment ? Un jour oui et un jour non, je voyais le psychiatre. J'ai été hospitalisée 8 fois, j'ai passé dans 8 unités différentes, 8 psychiatres différents. *Equipes différentes ?* Oui, et on doit toujours recommencer. Même questions bêtes : 'Vous vous sentez comment ?' Je sens rien. 'Si vous voulez sortir, acheter quelque chose...' je dis non. Aucun plaisir. (...) La dépression c'était une maladie dont je n'ai jamais entendu parler. Je n'ai jamais imaginé que ça existe. Et aujourd'hui, je cohabite avec ça déjà depuis 4 ans. C'est horrible de ne pas sentir aucun plaisir, de ne rien faire. Avoir le plaisir de regarder une vitrine, de sortir avec une copine pour boire un café, d'aller au cinéma. De vivre. Moi je suis toujours à la maison. Je ne fais rien. Je n'ai aucun plaisir. (...) *Qu'est-ce qui me tient encore c'est le médicament.* Je prends régulièrement des médicaments mais si j'arrête les médicaments c'est la catastrophe. (...) *Qu'est-ce que vous prenez comme médicaments ?* Temesta, le Stilnox³³⁰ pour dormir, le Remeron³³¹ et Cipralax³³² et des fois échanger à la place du Cipralax, le Seroquel³³³. (...) *Là vous suivez toujours avec une psychiatre deux fois par semaine ?* Aujourd'hui je vois une psychologue, et jeudi c'est la psychiatre. *Toutes les semaines ?* La psychiatre c'est chaque 2 semaines. Plutôt son rôle est de contrôler la médication. Si un médicament ne va pas elle change. La thérapie vraiment je fais avec la psychologue.

Le discours d'Aurélié reste ainsi très marqué par la détresse, le manque d'espoir et l'envie de mourir.

Comment vous voyez-vous dans 5 ans ? Ça justement je... j'arrive pas à imaginer. Je ne sais pas déjà ce qui vient demain. Parce que déjà je n'ai pas... c'est comme si je n'avais pas d'avenir. Aujourd'hui, aujourd'hui, demain, demain... *si vous pensez au passé, quels sont les moments les plus heureux de votre vie ?* Quand je n'étais pas malade. Quand je suis venue en Suisse, je me suis mariée, boulot, j'ai aidé ma famille. J'avais des projets, on partait en vacances, voilà. Mais dès que je suis tombée malade, c'est comme si le monde est tombé sur ma tête. Comme un tremblement de terre, après il n'y a plus rien. On ne sait pas dans quelle direction aller.

Le bilan reste très sombre et Aurélié sera à nouveau hospitalisée quelques mois après l'entretien.

³³⁰ Le Stilnox® est un sédatif-hypnotique de la classe des imidazopyridines, dérivé des benzodiazépines.

³³¹ Le Remeron®, composé de mirtazapine, est utilisée principalement comme antidépresseur (antidépresseur tétracyclique).

³³² Le Cipralax®, composé par la molécule d'escitalopram, est un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine. Il est utilisé dans le traitement de la dépression et de l'anxiété.

³³³ Le Seroquel®, composé par la molécule quétiapine, est un antipsychotique atypique utilisé pour soigner la schizophrénie et d'autres troubles nerveux dont les troubles bipolaires et les psychoses.

Si on regarde du côté des dossiers médicaux, on retrouve les dossiers des hospitalisations, ainsi qu'une consultation au SUC pendant le mois X (d'où le fait qu'elle ait été contactée pour l'entretien). Dans le dossier de sa première hospitalisation, on découvre d'autres éléments liés à son passé. Elle aurait grandi dans une famille où le père, alcoolique, était très violent envers sa mère. A 18 ans, elle est violée par son patron et à 23 ans, enceinte au 5^{ème} mois, elle est quittée par son compagnon. L'homme qu'elle avait épousé en Suisse aurait également exercé de la violence envers elle.

Le diagnostic posé se répète lors des hospitalisations : trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique. Le « syndrome de dépendance à l'alcool » est plusieurs fois mentionné, ainsi que l'aspect « lésion auto-infligée par un couteau ou aux psychotropes » ou « intoxication aiguë à l'alcool » lors des tentatives de suicide. Lors de la dernière hospitalisation, on peut même lire que la patiente présente une « personnalité borderline ». On décrit également les nombreux conflits qu'elle vit avec son entourage (ses sœurs vivant en Suisse et son fils) et le manque de volonté de sortir de sa situation et de se prendre en main. Le motif de la première hospitalisation évoque que la patiente « dit être harcelée moralement par sa cheffe dans une grande entreprise d'alimentation, depuis 5 ans ». Lors de la discussion et du suivi, on décrit une patiente présentant une « attitude régressée, insistant sur les préjudices subis sur le lieu de travail ». Lors de la deuxième hospitalisation, on décrit la patiente comme présentant « des ruminations centrées sur le travail ». Quelle place a occupé la question du mobbing dans la prise en charge ? Quelle lecture en ont donné les soignants ? Quel poids a été donné aux éléments individuels ou contextuels dans l'explication de sa souffrance ? L'argument du mobbing était vu comme un moyen pour la patiente de ne pas faire face à des problèmes psychologiques qui étaient prioritaires ? Difficile à dire avec précision, d'autant plus que des soignants différents ont eu à faire à la patiente. Au vu de la manière dont la situation a été décrite dans son dossier et de la culture psychiatrique telle que j'ai pu la connaître au cours de mon enquête, il est toutefois probable que l'hypothèse psychologique a été prise en compte comme étant déterminante dans la situation de souffrance d'Aurélié, la situation de mobbing ayant passé au deuxième plan.

S'il est assez probable qu'il y a eu, dans la situation d'Aurélié, une médicalisation et une individualisation d'une situation à la base contextuelle, il est toutefois difficile d'évaluer le poids effectif des dimensions individuelles dans l'émergence de la souffrance. Ce qui est toutefois assez clair, c'est que la lecture psychopathologique n'a pas permis à Aurélié de donner un sens à ce qui lui arrivait et les dispositifs psychiatriques (que ça soit les

médicaments ou l'hospitalisation) et psychothérapeutiques proposés n'ont pas donné des résultats positifs (sinon celui de stabiliser périodiquement son état). Si la lecture psychiatrique tend à attribuer cela à un manque de volonté ou de capacité du sujet souffrant pour s'en sortir, on peut se questionner sur les alternatives en termes de lecture et de thérapie à travers lesquelles cette situation aurait pu être prise en charge.

Alban : « Il y avait presque un côté 'je veux l'hospitalisation' pour pouvoir dire 'je ne vais pas bien, regardez, on me met à l'hôpital psychiatrique' »

Je rencontre Alban, 24 ans, au bistrot de la gare. Le lieu, ainsi que le cadre informel de l'entretien le mettent toute de suite à l'aise et, vers la fin, l'échange s'ouvre sur une discussion plus générale sur l'homosexualité, la psychiatrie et le travail sur soi.

Ayant suivi environ une année de psychothérapie après sa tentative de suicide, son discours révèle cette influence dans la manière de parler de son histoire et d'expliquer son parcours.

J'ai eu une enfance plutôt tranquille, famille, parents, on est 4 enfants, moi je suis le plus jeune, j'ai deux frères et une sœur aînés. (...) Je suis issu d'une famille chrétienne très pratiquante, un milieu évangélique très posé, très carré, qui évolue... mais la génération de mes grands-parents c'est encore très fermé. Par rapport à l'enfance, j'ai rien de particulier. C'est plutôt vers l'âge de 12 ans c'est ma mère qui est partie faire de l'aide humanitaire en Afrique. (...) Avant c'était des voyages, ils partaient 3 semaines les premières années, 3 fois par année. A la longue les voyages se sont prolongés, un mois, deux mois... après chaque fois de plus en plus (...) Ils se sont loués une villa et elle a commencé à faire de l'aide humanitaire, soutenir les enfants pour aller à l'école (...) J'ai eu ce départ de ma mère où les premières années à 12 ans (...) mais après arrivé à 16-17 ans ma mère n'était plus du tout présente, donc l'abandon de ma mère. J'ai vraiment beaucoup souffert. (...) Mon père voyageait aussi beaucoup mais il avait aussi son boulot ici. Lui avait d'autres activités que ma mère. En gros, j'ose dire c'est que le départ de ma mère en Afrique (...) c'était un peu un divorce mais sans qu'il y ait un divorce officiel qui aurait fait un scandale dans la famille. Famille chrétienne comme ça. En plus de ça ma mère, alcoolique... alors on a vu ça tard. On grandit et on voit. J'ai essayé de discuter après coup de l'alcoolisme de ma mère et on ne sait pas trop pourquoi, de quoi ça a commencé. Elle était toujours dans sa cuisine, était mère au foyer, était aussi mère de jour. C'était le côté de l'enfance qui m'a toujours un peu aussi ... c'était pas facile pour moi. Il y avait toujours beaucoup d'enfants que ma mère gardait et j'avais toujours l'impression que les enfants qu'elle gardait étaient plus importants que ses propres enfants. Ce qui était aussi un ressenti qui n'était pas facile. J'avais une mère très bordélique, mais bordélique de chez bordélique. Donc on a toujours eu... j'ai toujours vécu jusqu'à l'adolescence dans une magnifique villa pas du tout entretenue, un merdier, il n'y a pas d'autres termes. On n'invitait jamais la famille parce qu'ils ne pouvaient pas y mettre les pieds.

Quand quelqu'un sonnait à la porte, on ne le faisait jamais rentrer, ça ne se faisait pas.

Alban reconstruit ainsi son histoire en mettant en évidence certains éléments marquants de son enfance, surtout liés à sa mère. Il y a donc une forte impression d'abandon et de négligence qui émerge de ce rapport qu'Alban met implicitement en relation avec les problèmes auxquels il sera confronté plus tard.

Ma mère est revenue en automne 2006, deux mois. Ça faisait une année qu'on ne l'avait pas revue. (...) Et là c'était un peu la crise de l'adolescence. J'ai vraiment, je lui ai tout dit, je l'ai traitée de tous les noms, c'était vraiment très négatif et très fort. On a quand même pu se mettre l'un en face de l'autre et discuter. Puis il y avait quand même un petit, enfin pas vraiment mais un nombre de pardons en admettant ses erreurs et en gros moi je lui ai dit 'je n'accepte pas encore tes excuses parce que je n'ai pas l'impression que tu as vraiment compris ce que j'ai vécu et l'abandon que j'ai eu'. (...) En 2006, je me suis affirmé dans mon homosexualité, ça a été un grand pas dans ma vie. J'ai longtemps lutté, c'est aussi quelque chose qui était dur, j'ai longtemps lutté contre mon homosexualité. J'ai fait beaucoup de trucs dans l'église... relation d'aide. Trucs qui m'ont encore plus... Je n'étais pas bien dans ma peau. En 2006, je me suis affirmé homosexuel. A la fin de 2006, j'ai rencontré mon copain actuel et puis avril 2007, j'ai pris mon appartement, j'ai pris mon indépendance. J'ai réussi à tourner une page dans ma vie, j'avais le projet d'aller voir ma mère en Afrique et de dire je tourne une page de ma vie, le passé est passé, maintenant je vais de l'avant, il faut regarder en avant. Je me disais, il faut que j'aille la voir en Afrique, là j'aurais peut-être fini un dialogue qui avait commencé l'année d'avant. En automne, c'était très fort, il y avait une demande de pardon que je n'ai pas réussi à faire. Et puis le truc c'est que fin août 2007, l'état de santé de ma mère qui n'était déjà pas très bonne s'est aggravé très rapidement, l'alarme. (...) Elle est arrivée le vendredi soir aux soins intensifs à Genève et le lundi matin elle est décédée.

A 22 ans, Alban vit un tournant dans sa vie : il s'affirme dans son homosexualité et confronte sa mère quant à son départ lorsqu'il était adolescent. La découverte de son homosexualité est d'abord vécue de manière très honteuse. Le mouvement chrétien auquel il appartient l'interprète en effet comme une déviance, condamnée par les textes bibliques, qu'il faut guérir à travers la prière. Des programmes d'aide sont ainsi proposés au sein de l'église, se basant notamment sur des livres écrits par des ex-homosexuels « guéris » grâce à leur foi³³⁴.

Cette affirmation de soi passe également par le fait de confronter sa mère quant à l'abandon vécu. Toutefois, le décès de sa mère vient interrompre brutalement ses espoirs quant à une possible réconciliation avec elle. Cet événement est difficile à vivre d'autant

³³⁴ Il s'agit notamment d'un programme basé sur le livre de l'américain Andrew Comiskey (1989).

plus qu'Alban, employé non qualifié dans la culture maraichère, doit travailler le matin même de l'enterrement.

Et puis il y a tout qui est ressorti. Quand il y avait aussi ce but d'aller vers ma mère, de tourner une page, ça, ça n'a pas pu se faire. Ça été vraiment un trou noir, je ne sais pas comment l'exprimer. Puis ce que je n'ai pas dit, c'est que très jeune j'avais un penchant pour l'alcool. J'avais 18-20 ans j'ai dit là ça devient grave, là j'ai suivi les séances des Alcooliques Anonymes qui m'ont beaucoup aidé et j'ai fait une période sans boire une goutte d'alcool et après quand il y avait quelque chose qui n'allait pas j'avais tendance à repartir un peu dans l'alcool, comme au décès de ma mère. Maintenant j'arrive à boire un verre volontiers sans problèmes, pas de problèmes avec ça. Mais c'était aussi quelque chose de pas facile à vivre.

Le décès de sa mère et les conditions dans lesquelles cela s'est passé plongent Alban dans un état de souffrance, et c'est une période où il recommence à consommer de l'alcool.

Et puis en fait en novembre de la même année du décès de ma mère, il y a eu une crise dans le couple, mon copain est parti et le soir même... bon, c'était la grosse dépression, je suis vraiment parti assez bas et le soir même j'ai fait le con, j'ai avalé tous les médicaments que je trouvais. Bon, c'est rien, c'était rien du tout mais le geste était là. Le lendemain matin je me suis réveillé un peu tout dans... je suis allé au boulot, le patron a vu le sale état, il m'a renvoyé à la maison. Je suis allé chez mon médecin, que j'avais déjà vu quelques semaines auparavant pour un état dépressif que je sentais. Et là avec ce que j'avais fait, il m'a dit 'moi j'attends pas, je vous envoie directement au SUC'. J'ai débarqué le jour même.

Le décès de sa mère, ajouté à la consommation d'alcool et à la crise qui éclate dans son couple mettent Alban dans une situation de crise. L'ingestion des médicaments, qui se situe dans une période qualifiée de « dépressive », fait que son médecin généraliste l'envoie au SUC. Le passage à l'acte devient ainsi le signe qu'Alban se trouve dans une situation très grave, ce qui pousse le médecin à relayer le cas aux soignants en psychiatrie.

Est-ce que tout au début on vous a parlé d'hospitalisation ? Alors, moi je n'en avais pas peur. Il y avait presque un côté 'je veux une hospitalisation'. Je veux être pris en charge et montrer à mon entourage et à ma famille 'je ne vais pas bien, regardez, on me met à l'hôpital psychiatrique'. Donc j'y serai allé sans problèmes. Ça aurait vraiment voulu dire que... parce que franchement, ce que j'ai fait c'était plus un appel au secours, là il faut faire quelque chose. *Ce n'était pas une volonté de mourir ?* Sur le moment oui, mais je pense que si on veut vraiment le faire, ce n'est pas cette technique... En plus de ça, en rigolant avec des amis qui m'ont dit la prochaine fois tu coupes dans l'autre sens... déjà la technique c'est pas tellement... Et les médicaments que j'ai pris... je n'ai rien eu, je suis solide, mais j'aurais pu me trouver des trucs beaucoup plus forts aussi. Je n'avais pas d'alcool, j'ai bu de l'alcool à bruler, c'est tellement dégueulasse que je n'en ai pas bu en grandes quantités. Après selon ce que j'aurais eu à la maison comme alcool ça se mélange et ça aurait pu être pire. Ils ont pas jugé le... ils ne m'ont pas hospitalisé, ils m'ont pas proposé. Je n'en ai peut-être même demandé 'vous voulez m'hospitaliser ?' mais je crois que non, ils n'ont pas jugé que c'était vraiment nécessaire.

Alban considère ainsi son geste plutôt comme un appel au secours que comme une volonté de mourir. Il exprime bien cette volonté de donner un signal qu'il n'allait pas bien avec cette volonté d'être hospitalisé. Il s'agissait ainsi d'un message adressé à son entourage, notamment à sa famille, pour qu'ils prêtent attention à lui et à sa détresse. Le fait de consulter en psychiatrie, bien que pouvant avoir un aspect stigmatisant, ne lui pose d'ailleurs pas beaucoup de problèmes.

J'ai fait une année de suivi quoi. Alors, j'ai fait 3 ou 4 mois d'urgences, suivi d'urgence par le docteur Marcel. Et après la chance... la chance c'est qu'après 3 ou 4 mois, on nous proposait d'autres psychiatres soit dans un cabinet, soit dans la consultation de Chauderon, mais pas forcément avec le même, vu qu'on change de département. Sauf que le docteur Marcel partait dans un autre service ambulatoire juste après et donc j'ai eu la chance de le retrouver et de faire tout le long avec lui. Comme ça c'était très positif. Je n'ai pas dû recommencer, il me connaissait. En gros voilà mon parcours.

Alban a donc eu « la chance » de poursuivre une psychothérapie, une année durant, avec le même psychiatre. La nécessité d'interrompre le suivi après les trois mois au SUC n'est en effet pas vécue de manière très positive par les patients. Si on entend continuer une psychothérapie, il s'agit en effet de « tout recommencer » avec un nouveau thérapeute. Ceci fait que beaucoup de patients interrompent leur travail psychothérapeutique à ce moment-là.

Avec Marcel, de quoi avez-vous discuté au début ? La même chose que là, je racontais ma vie. En gros c'est ça, je racontais ma vie. La première fois c'était vraiment un blabla, je n'arrêtais pas. Chaque fois c'était ma vie, et puis il y a ça, il y a ça... je revenais à chaque fois sur des petits détails. Au début, les premiers mois c'était ça, j'arrivais à parler. Et puis après plus rien. J'ai eu une longue période l'été dernier, j'ai loupé pas mal de fois... pas très envie... je savais pas ce que je foutais chez un psychiatre. Lui il m'a dit que c'était normal. Il m'a expliqué que c'est souvent le cas d'une remise en question, qu'est-ce qu'on fait du truc. Après j'avais de la peine à savoir quoi dire. Je pense qu'il y avait beaucoup de choses... je n'arrivais même pas à le dire à moi même, je ne pouvais pas le dire si je ne pouvais pas le dire à moi même. Mais... oui, j'ai raconté ma vie. (...) *En quoi ça vous a aidé de faire cette thérapie ?* ça m'a aidé à vraiment me regarder dans le miroir quoi. Puis à essayer par moi même d'analyser les choses, c'est un gros mot. Et souvent je parlais de certaines choses et c'était dans la semaine qui suivait que les choses travaillaient. Et c'est là que ça faisait effet, je dirais. (...) Ça m'a apporté, vraiment, de me regarder, il a réussi à jouer un peu... comme si je me parlais à moi même. Faire revenir les choses contre moi. Ça a bien marché. Peut-être qu'il y avait aussi des choses que je n'arrivais pas à dire à moi même, j'ai réussi... C'était déjà pas mal de me le dire à moi même déjà. (...) *Pouvez-vous dire que vous vous connaissez mieux à travers cette thérapie ?* Oui. Je peux dire que je me connais plus, d'une autre manière, je suis plus ouvert à me connaître plus. Pas avoir peur à dire les choses, je suis plus... je sens que si j'ai besoin je ne vais pas hésiter à appeler quelqu'un.

Pour Alban, la psychothérapie lui a donc donné la possibilité de raconter sa vie au thérapeute. Cela lui a permis de mieux se connaître, d'avoir un regard analytique sur son vécu, sa personnalité et son expérience. La psychothérapie est ainsi devenue une manière de dialoguer avec soi-même et de reconnaître en soi certaines choses, permettant ainsi une meilleure connaissance de soi. Ce cheminement personnel a ainsi rendu Alban plus ouvert à demander de l'aide à un tiers en cas de difficulté.

Toutefois, Alban évoque également une dimension plus décevante de la psychothérapie, notamment par le fait que le thérapeute ne parlait pas beaucoup pendant les consultations.

Parce que moi je cherchais... je lui ai souvent reproché de dire voilà, c'est bien joli de vous causer comme ça. Je viens, je m'assois, 50 minutes, je vous parle. Voilà. Vous ne pouvez pas me donner des pistes ? Moi je pensais que voilà... il m'a quand même donné des images comme ça, comme quoi c'est pas comme... il a essayé avec des images... 'Je suis une béquille', ça m'aide à marcher, à ne pas me casser. Ça m'a aidé à aller plus loin. C'était dur à voir qu'est-ce qui réellement... moi je peux aller voir un pote, comme nous là, parler de ma vie et puis voilà, j'aurais dit la même chose. Je cherchais un peu plus que lui m'apporte quelque chose. *Il ne réagissait pas tellement à vos propos ?* Oui, de temps en temps, d'après ce que j'ai compris, je ne connais pas tellement la psychiatrie, mais il y a plusieurs techniques de psychothérapie et de ce que j'ai compris il a pris une technique où c'est 'mmh, mmh'. Parce qu'au début il posait beaucoup de questions. Je lui parlais et il me demandait qu'est-ce que j'avais ressenti là... il y avait un peu un dialogue. Après ce que j'ai compris il a pris une technique, il m'a dit 'je ne vais plus tellement parler'. Ça ne m'a pas convenu. Je pense qu'il l'a compris. Après il a commencé un peu un dialogue... *Vous en avez parlé avec lui ?* Oui, je l'ai presque insulté. (...) Enfin, ben après j'ai loupé plusieurs fois les rendez-vous. Je n'avais pas du tout envie. *Mais quand même vous êtes retourné...* oui, parce que j'avais vraiment coupé comme ça au milieu. On m'a... plusieurs personnes, une amie à moi qui a aussi fait une dépression et elle se sentait mieux ne savait pas trop pourquoi et elle a coupé de voir son psychiatre. Et après quelques années elle a dit, j'aurais peut-être du m'accrocher, continuer et aller plus loin là-dedans parce que là elle aurait bien aimé retourner voir un psy. Et là j'ai dit il faut que j'aille jusqu'au bout. Ça ne veut pas dire que c'est terminé. Je connais ce que c'est un psychiatre. Si je ne suis pas bien je prends le téléphone et je vais voir un psychiatre et continuer. Il m'a dit que les psychothérapies peuvent durer deux, trois, quatre ans. Je ne sais pas ce qu'on peut faire en trois, quatre ans... Puis ça peut se faire deux ans, quelques années rien et puis encore deux ans. Alors moi je n'y crois pas trop mais bon... pourquoi pas de temps en temps... Mais plus de trouver un psychiatre où il y a un dialogue, qu'on puisse parler, qu'il me pose des questions. Parce que aller puis parler franchement ça ne m'avait pas convenu... peut-être trouver une technique que le psychiatre a pour que lui intervienne plus. Après coup, je me dis ce n'était pas si mal parce que les réponses je les cherchais par moi-même. Je parlais, je parlais et puis deux ou trois mots qu'il me disait quand même.

On voit ainsi une volonté de comprendre le sens de la psychothérapie et l'attitude du psychiatre. Malgré l'impression que ça ne lui sert plus à grande chose, il y retourne afin de

continuer le travail commencé. Toutefois Alban reste avec une forte impression que l'attitude thérapeutique de Marcel ne lui convient pas. Il exprime ainsi un besoin plus fort d'engager un dialogue avec le thérapeute et de recevoir des « pistes » permettant de mieux s'orienter dans son cheminement personnel. L'attitude taciturne du thérapeute, typique de l'orientation analytique, a souvent été critiquée par les interviewés. En effet, ceux-ci ne comprenaient pas le sens d'aller parler à quelqu'un qui ne disait rien. Outre le manque de compréhension des principes psychothérapeutiques utilisés dans ces cas, les interviewés doutaient parfois des capacités du thérapeute et de l'utilité d'une psychothérapie de ce type. Cette vision, plus forte chez les personnes ayant un niveau d'instruction plus bas, relève la dimension culturelle de la psychothérapie, en particulier de l'analytique. N'étant pas abordable à tous par ses principes et ses outils, elle reflète ainsi une accessibilité plus grande pour les personnes appartenant à des classes sociales plus élevées. Pour les classes sociales plus basses, l'accès à un travail sur soi peut ainsi être limité par la technique utilisée, augmentant les abandons en cours de route et diminuant la possibilité pour ces personnes d'effectuer un travail psychothérapeutique. Est-ce que les autres techniques, notamment cognitivo-comportementales ou systémiques sont elles plus accessibles à des personnes appartenant à des classes sociales plus défavorisées ? Ce qui est certain, c'est que l'implicite culturel et éthique de chaque approche psychothérapeutique, peut se trouver plus ou moins en accord avec les schémas culturels des différentes classes sociales.

Dans son entretien, Alban évoque également la difficulté à comprendre le langage psychiatrique, et ce malgré son intérêt.

Vous avez demandé au psychiatre ce que c'est la dépression, vous avez eu envie de savoir au niveau médical ? Oui, j'essayais un peu de chercher... je crois que... mais ils ont quand même de la peine à expliquer... après ils ont des termes... mais ça veut dire quoi ? Bipolaire voilà, mais qu'est-ce que ça veut dire ? C'est ce qu'ils vous ont dit ? Oui, que j'avais un côté bipolaire. Parce que j'ai vu le rapport pour l'assurance. Parce que pour l'assurance maladie après tant de rencontres... mais, ils le présentent d'abord au patient. Moi j'ai lu le rapport. Il fait un rapport de fin que j'ai envoyé à mon médecin traitant. Je trouve intéressant. Après il y a des termes que c'est... il essayait un peu d'expliquer. C'est un peu ce côté que dès que quelque chose ne va pas on part toute de suite dans le négatif, dans la déprime. Ça c'est un comportement qui a son nom. Qu'est-ce que ça vous a fait de lire un rapport d'un médecin sur vous... pas grande chose. Parce qu'on ne comprends pas grande chose. Vous pouvez poser des questions mais après on ne sait forcément quoi demander, après ils nous expliquent... c'est pas facile à comprendre. Voilà puis bon, c'est des termes techniques... une jambe cassée c'est une jambe cassée et on la répare comme ça, mais dès que c'est la psychiatrie chacun a son vécu et ça doit vraiment être très complexe. Si je me lance dans la médecine un jour je ne me lancerait pas dans la psychiatrie, ça c'est clair. (rires) (...) Il y a un côté aussi qu'on cherche, lui

qu'il nous apporte quelque chose. Si c'est un médecin qui donne quelque chose c'est plus... moi je veux un remède, c'est ça ce que je cherchais. Alors un médicament oui, mais le médicament va m'aider à faire mieux le travail. Au fond c'est ça le médicament. C'est pour aller mieux, pour être posé. Le problème est toujours là mais on est mieux dans sa tête. En gros ça sert à ça. Peut-être après il y a des cas qu'ils doivent prendre ça plus longtemps, toute leur vie. Mais chez moi c'est là, ce qu'on a vécu, les blessures de la vie... je pense que... moi je suis... j'ai arrêté mais je dis... si je ne suis pas bien dans ma tête, j'irai chez un psychiatre. Peut-être qu'avec ça je ferai encore mieux. Ce qui ne m'a pas convenu avec l'autre psychiatre... mais moi j'ai besoin d'un dialogue... mais voilà dans 10 ans je n'aurais jamais vu un psychiatre ou peut-être dans quelques mois... une fois qu'on y est. Mais moi je me souviens, c'était le regard qu'on avait sur le psychiatre, c'était dans un hôpital psychiatrique. C'était un regard de peur quoi. Mais quand on a passé... quand on a connu ça on est plus ouverts.

Par ce témoignage, on perçoit une forte impression que la psychiatrie et ses concepts ne sont pas facilement accessibles. Un fort clivage est ainsi perçu entre le patient et le psychiatre, qui fait figure d'expert. Cette attitude renforce la dépendance du patient vis-à-vis du psychiatre en accentuant le rapport de pouvoir entre les deux. Ceci fragilise et délégitime le point de vue du patient, notamment lorsqu'il ne comprend pas le sens du travail effectué ou doute de la relation thérapeutique instaurée avec son thérapeute. Finalement, le patient peut finir par se dire : « Si je ne comprends pas le travail psychothérapeutique que je suis en train de faire, c'est parce que je n'ai pas les connaissances suffisantes. Je n'ai qu'à m'en remettre au thérapeute ». Cette incompréhension est souvent évoquée par les patients interviewés qui expriment ce tiraillement entre l'incompréhension et la confiance. Les suivis thérapeutiques se basent souvent sur cette ambiguïté et les patients expriment parfois leur contentement à avoir poursuivi la thérapie malgré les doutes et l'incompréhension (comme c'est le cas d'Audrey, mais en partie aussi celui d'Alban). D'autres fois, l'arrêt du suivi correspond à une prise de confiance du patient. C'est notamment le cas d'Anne, confrontée à une grande détresse liée à une situation de mobbing où son psychologue la décourageait d'entreprendre une démarche légale à l'encontre de son employeur : « Mais après même le psychologue j'ai dit non. J'ai dit au psychologue : 'la différence entre vous et moi c'est que vous avez un diplôme et moi je ne l'ai pas.' A la fin ça ne m'apportait plus rien. Je ne sais pas si c'était ce psychologue là. Je sentais qu'il m'écoutait, il me répétait tout le temps la même chose. Et après quand on commence à entendre toujours la même chose... (...) Après j'ai dit, 'vous ne servez à rien'. Après j'ai changé et après j'ai arrêté. Plus de psychologue parce que je sentais que je pouvais y aller tout seule ». La prise de confiance en soi a donc amené à une rupture avec son thérapeute.

Pour retourner à l'entretien effectué avec Alban, celui-ci évoque la manière dont la psychothérapie lui a permis de réaliser sa difficulté à gérer les problèmes de la vie.

Avec lui, avez-vous parlé de votre tentative, enfin des blessures que vous vous étiez faites ? Au début, mais après on est même pas restés là-dessus. On a vraiment parlé de ma vie. Au début oui mais après... c'est un truc que je n'arrivais pas vraiment à parler. En gros c'était, maintenant je le dis fort volontiers que c'était un appel au secours. C'était le seul moyen de me dire comme ça on va m'envoyer chez un psy. Presque de m'envoyer dans un hôpital psychiatrique. Au début je ne le disais pas... mais je n'arrivais pas trop à en parler. Et puis j'aime trop la vie pour... très vite moi... c'est là aussi que... j'ai aussi découvert que moi quand tout vas bien, j'ai un boulot, financièrement ça va bien, que j'ai des amis, que dans la famille ça se passe bien... je suis en pleine forme, je mange, je vis. Dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas uff. C'est ça qu'il essayait aussi de me dire, il faut anticiper les choses. Pas partir dans le noir dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas. C'est ça aussi qu'il m'a fait remarquer. *Après vous avez réalisé cette manière...* m'a fait réalisé cette manière de fonctionner. Je ne sais pas ce qui va m'arriver dans la vie... là ça va bien, j'ai un boulot pendant l'hiver, je travaille, je n'ai pas trop de soucis, je ne suis pas trop inquiet pour la suite. Donc... financièrement ça ne va pas trop mal. Mais si d'un coup j'arrive à la fin de mon contrat puis que je n'ai rien et le chômage arrive à la fin et mes finances font comme ça... ça galère un peu et je vois que... il faut que je travaille là-dessus. Le truc ce serait de voir un psychiatre et de travailler là-dessus. Ce côté... bipolaire je crois... c'est ça. Ce côté où... un jour ça va très bien et l'autre très mal. Mais encore maintenant des fois je suis un peu fatigué. La fatigue me touche très vite. Je suis un grand dormeur. Dès que je suis fatigué je suis vite nerveux et déprimé. Puis il y a des moments, je vis tout seul. J'ai mes chats, mes chats c'était encore mieux qu'un psychiatre. Heureusement que j'ai des chats. Je rentre à la maison et j'ai mes deux chats à nourrir, à caresser... d'ailleurs le premier chat que j'ai pris c'était juste après le grand bout de ma dépression. Ça m'a beaucoup aidé, d'avoir une présence.

Ces propos évoquent le lien entre ses difficultés psychiques, l'ayant conduit à la tentative de suicide, et le contexte dans lequel il vit. On perçoit la prise de conscience des différents facteurs qui influencent sa santé psychique, comme le fait d'avoir un travail ou de s'occuper de ses chats. Le travail psychothérapeutique (réalisé et qu'il envisage éventuellement de reprendre avec un nouveau thérapeute) lui permettrait ainsi de mieux faire face à ses problèmes et de mieux puiser dans ses ressources.

La tentative de suicide et la prise en charge psychiatrique qui a suivi ont en outre permis un changement dans les relations familiales.

Du fait que par la suite il y a eu un suivi avec un psychiatre, vous en avez parlé avec votre copain, famille, amis... alors oui, moi j'en ai parlé facilement. (...) Je crois qu'il ont à peu près tous su que j'avais fait un peu une tentative, ça n'a pas été trop loin mais ce geste là il s'est rendu compte... moi ce que je voulais montrer c'est que le fait d'avoir perdu ma mère m'a permis de retrouver mon père. Parce que j'ai vraiment eu... il est venu à la maison, on a vraiment... après j'ai fait mon permis de

conduire, on a beaucoup roulé et ça, ça été des moments vraiment... peut-être que si je n'aurais pas eu ma dépression voilà, on aurait roulé et voilà... mais là il y a eu un dialogue, ça m'a apporté beaucoup avec mon père. Et toute la famille savait, était très content de dire... puis mes grands-parents, ma grand-mère m'a dit 'tu sais après mon deuxième enfant j'ai fait une dépression'. Ça nous tombe dessus. Elle comprenait et était contente que je fasse les démarches, de voir quelqu'un. Toute la famille je crois elle était contente de ça, de voir l'évolution, contente de voir que j'étais à Leysin...

Finalement, ce qui s'est passé a permis à Alban d'être reconnu dans sa souffrance par les membres de sa famille et de nouer un lien plus fort et profond, notamment avec son père : c'est souvent ce qui est fait d'habitude lorsqu'il y a une tentative de suicide dans l'approche systémique. En considérant que la tentative de suicide d'un individu exprime un problème du groupe, il s'agit ainsi de provoquer un changement dans l'équilibre familial à travers une thérapie de groupe. Chez Alban, cela est arrivé de manière spontanée et le fait d'en avoir parlé avec son entourage a également modifié son attitude.

La question de l'homosexualité émerge toutefois régulièrement dans le parcours de vie d'Alban.

Après il y a eu, quand j'ai fait mon coming out. Toute la famille a su à l'enterrement de ma mère, ma famille plus proche savait mais les autres ont su là. Mes grands-parents qui ont super mal réagit... un drame... pendant une année je n'ai plus eu de nouvelles. Quand je me suis quitté avec lui, ma grand-mère a recommencé à m'appeler. Maintenant je travaille 6 jours et un jour de congé, elle m'appelle toujours. Mais elle ne sait pas que je suis à nouveau avec. Je ne sais pas comment ça va être. Là bon... en gros je ne cherche pas à leur dire. Je ne le cache pas mais... c'était aussi voilà. (...) Oui, le regard des autres c'est... mais là... je suis aussi dans mon homosexualité je veux dire... je me retrouve à Leysin, en peu de temps toute la boîte ils savaient... moi aucun problème. Mais c'est pas facile parce que quand j'ai été demander le pass³³⁵... mon copain venait. Je sais que si on est mariés et qu'on a des enfants, ils ont automatiquement l'abonnement comme moi j'ai la saison d'hiver. Après si c'est de la famille... et si c'est un copain ou copine... mais d'aller voir, c'était tout au début, je ne connaissais pas bien les gens de la caisse. (...) 'Vous faites un prix pour mon compagnon ?' il m'a regardé comme ça... 'Je suis gay'. Il m'a renvoyé plus haut. (...) J'aurais dit 'il y a ma nana qui vient' il n'y aurait pas eu de problèmes... mais là ils ont dit 'va voir plus haut'. (...) Et puis moi je n'ai aucun problème avec ça. Comme ça c'est clair toute de suite. Après entre mecs ça parle de nana... et on sait pas quoi dire... moi j'aime bien comme ça... et ils parlent de leur expérience... moi je vais dire quoi... autant le dire toute de suite. Je suis gay, n'ayez pas peur... il y a un collègue qui était un peu choqué au début mais pas de problèmes après. *Ça montre aux autres aussi qu'on peut le vivre de manière sereine.* Oui. Je suis membre de l'association Vaud-gay. Très active dans le milieu associatif... (...) Moi je n'ai jamais perdu ma foi. Je me suis battu contre mon homosexualité mais après j'ai dit non. J'avais mal de me battre. Je cherchais une

³³⁵ Alban travaillait à ce moment-là dans une station de ski.

guérison ou une délivrance et je l'ai trouvé le jour que je me suis affirmé homosexuel, c'est là la guérison. Mais c'est difficile. Il y a beaucoup de gens qui souffrent comme moi au niveau de leur foi chrétienne. J'en ai rencontré deux ou trois. J'ai le projet cette année de créer un groupe d'homosexuels chrétiens. (...) C'est dur de pouvoir trouver sa place. Je suis plus du côté de l'église réformée parce que eux ils ont réussi à accepter officiellement l'homosexualité, alors ils sont passés jusqu'à la question du mariage homosexuel mais ils ont refusé. Alors moi je n'ai rien contre. Je veux dire... si je veux faire un truc religieux je pourrais toujours trouver quelqu'un qui fasse une cérémonie même si ce n'est pas officiel. Mais sinon ils acceptent, les pasteurs homosexuels, les diacres homosexuels. (...) J'ai eu aussi une bible posée dans ma boîte aux lettres avec des post-it avec indiqué tous les versets qui condamnent l'homosexualité. C'est pas à nous de juger...

Derrière ce témoignage, on voit les difficultés auxquelles Alban est confronté en raison de son homosexualité, mais aussi la détermination et la confiance avec laquelle il arrive à y faire face. Son expérience militante, par le fait d'appartenir à une association d'homosexuels ou d'avoir témoigné dans un journal, lui a permis de mieux assumer son orientation sexuelle. La dimension collective joue ainsi un rôle important dans son vécu comme en témoigne sa volonté de créer un groupe d'homosexuels chrétiens. Sa foi chrétienne est d'ailleurs toujours déterminante dans son existence et dans son identité, malgré l'expérience négative vécue avec le programme pour « guérir » son homosexualité.

Dans le dossier qui résume la prise en charge effectuée au SUC, le diagnostic posé est d'« Episode dépressif sans précision, syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstiné, Trouble de la personnalité sans précision ». Malgré le fait qu'aujourd'hui Alban en soit complètement guéri, on voit ainsi que les problèmes d'alcool vécus pendant l'adolescence déterminent toujours sa désignation diagnostique. La banalisation de la tentative de suicide d'Alban et les épisodes de sa vie qu'il avait relaté pendant l'entretien sont évoqués dans le dossier. La description du travail effectué avec le patient se concentre surtout sur les antidépresseurs donnés, leur augmentation et les effets sur l'état psychologique du patient. Les médicaments sont ainsi utilisés pour contrer les symptômes dépressifs et les idées suicidaires. On peut en effet lire : « Au vu de la persistance des symptômes dépressifs avec une idéation suicidaire toujours présente, nous avons décidé d'augmenter le traitement de 15 à 30 mg de Remeron ».

Un document résumant la prise en charge effectuée par le médecin Marcel en dehors du SUC évoque la fin du suivi évoqué par Alban. Il est ainsi intéressant de comparer son discours à la vision du médecin. Celui écrit : « Après environ 8 mois de suivi, le patient ne s'est plus présenté régulièrement aux entretiens pour finalement mettre fin de lui-même au suivi. Le suivi a également été marqué par de fréquents questionnements sur le rôle

d'une psychothérapie, ses objectifs, sur son déroulement et son achèvement, passant parfois par des propos dénigrants, ramenant la psychothérapie à une simple discussion de « café », nous font penser que le patient a probablement mis fin au processus thérapeutique face aux angoisses de perte d'objet et à son corollaire de lutte contre la dépendance. Le patient a d'ailleurs argumenté son désir de mettre fin à sa psychothérapie en raison de l'éloignement de son nouveau lieu de travail ainsi qu'à la suite de son investissement dans une toute nouvelle relation sentimentale ». On voit comment les critiques d'Alban vis-à-vis de la psychothérapie ne sont pas prises au premier degré, mais interprétées selon le langage psychiatrique, à savoir le reflet d'un mécanisme de défense « face aux angoisses de perte d'objet et à son corollaire de lutte contre la dépendance ». D'ailleurs, selon le docteur Marcel, cette explication (liée à l'angoisse de perte d'objet et à la lutte contre dépendance) est renforcée par le fait que l'arrêt du suivi s'est fait au moment où Alban s'investissait dans une nouvelle relation sentimentale et déménageait loin du psychiatre. L'interprétation psychologique semble ainsi devenir une sorte de contre-argumentation aux propos d'Alban quant à l'inutilité de la psychothérapie effectuée et à la technique utilisée. On retrouve là une forme de « disqualification psychiatrique » (Landry, 2006) visant à déconstruire les propos critiques du patient. Cette attitude, invalidant les propos d'Alban (bien qu'ils ne soient pas nécessairement explicités dans la consultation), s'insère dans un rapport de pouvoir entre thérapeute et patient, contribuant ainsi à le renforcer. On peut d'ailleurs interpréter l'arrêt du suivi comme un geste d'indépendance vis-à-vis du thérapeute. Celui-ci intervient en effet au moment où Alban se sentait mieux, aidé notamment par le fait d'avoir trouvé un travail et d'avoir noué une nouvelle relation sentimentale. En n'étant plus dans une situation de détresse et donc de dépendance vis-à-vis du thérapeute, il a ainsi pu mettre fin à une relation thérapeutique qui n'avait plus beaucoup de sens à ses yeux. On peut évidemment interpréter cela comme un résultat positif du travail thérapeutique effectué avec le soignant (l'ayant amené vers une plus grande indépendance), mais ce n'est pas l'interprétation que le psychiatre Marcel donne dans le résumé de la prise en charge.

Explications et expériences de vie

Ces récits de vie montrent des parcours de vie très différents, dont le dénominateur commun semble être le fait d'avoir été confrontés à des problèmes qui ont induit une souffrance psychologique intense et qui les a amenés à consulter en psychiatrie. Par rapport à la question suicidaire, il y a des situations très diverses. Certaines personnes

expliquent clairement d'avoir recherché la mort, d'autres considèrent que leurs idées ou comportements suicidaires étaient plus orientés vers un appel à l'aide ou à une mobilisation de l'entourage. La problématique de la souffrance comme catégorie d'appréhension générale est donc une constante dans le discours des patients.

De quelle manière les patients interviewés considèrent-ils l'explication de leur souffrance ou de leurs comportements suicidaires ? Concernant les idées ou les comportements suicidaires, il semble que leur explication ne constitue pas l'objet d'un questionnement spécifique. L'explication qui est donnée est considérée comme aller de soi : c'est la situation de souffrance intense qui a amené aux idées ou aux comportements suicidaires. Ceux-ci se justifient, à leurs yeux, par les situations difficiles auxquelles ils étaient confrontés et qui ne semblaient pas mener vers d'autres voies de sorties.

Au contraire, ce qui fait l'objet d'une travail d'explication est la situation de souffrance psychologique à laquelle la personne s'est retrouvée confrontée. Pourquoi la personne a commencé à avoir des crises d'angoisse, à déprimer, à « péter les plombs », à ne plus voir de sens à sa vie ? Les explications sont souvent plurielles chez les interviewés. Différentes explications, parfois divergentes, peuvent coexister dans un même récit. On peut toutefois constater que trois paradigmes explicatifs principaux se retrouvent dans le récit des patients, donnant sens à leur souffrance.

Parfois les personnes se rattachent à une explication biologique de leur souffrance, explication liée aux discours des médecins consultés. C'est le cas d'Alice, qui dit « ça pouvait arriver n'importe quand [l'envie de se suicider], sans explication, sans lien avec des événements de la vie, difficile à comprendre comment j'ai pu avoir ça. C'est pour ça que mes médecins ont vraiment pensé à une pathologie, un dysfonctionnement du cerveau ». Alexandre, qui vivait un moment difficile, développe des idées suicidaires après avoir commencé à prendre un antidépresseur³³⁶ : « Juste avant la fin des vacances, j'ai pris ce médicament, commencé par une demie-dose. Je l'ai pris pendant deux jours et la nuit du deuxième jours je me suis réveillé pendant la nuit et c'est là vraiment d'un coup... j'étais vraiment... comment dire, avant j'étais psychologiquement déjà atteint mais il me semblait pas ou je déprimais peut-être mais je n'avais pas d'envies suicidaires avant. Mais là je me suis réveillé, tout est fichu, tout est foutu, il n'y a plus aucun avenir, il ne me reste plus aucune solution c'est de me foutre en l'air ». Derrière cette explication, on trouve une

³³⁶ Il s'agit d'un phénomène assez connu : la prise de certains antidépresseurs augmente, dans un premier temps, le risque qu'une personne se suicide, car cela peut avoir un effet désinhibant (voir à ce propos Jick et al., 2004; Hättenschwiler et al., 2007).

dimension déculpabilisante. Finalement, le patient se dit que ce n'est pas en raison d'une défaillance personnelle que cela est arrivé, mais en raison d'un dysfonctionnement biologique, duquel il ne peut pas être considéré comme responsable.

D'autres personnes relient la souffrance psychologique qu'ils ont vécue à leur enfance ou à leur adolescence. Comme on l'a vu, c'est le cas d'Audrey et d'Alban, mais aussi celui d'Aude et d'Alain. Ayant fait des tentatives de suicide dans un contexte de crise de couple, Aude considère que sa souffrance était également liée à une faiblesse qui s'était établie lors de son enfance. Elle parle d'une « famille déchirée », en raison de l'émigration de ses parents, laissant elle et son frère aux soins des grands-parents. La chute de sa petite sœur du deuxième étage provoque également un choc qui la marque toujours. Alain, au contraire, considère que le fait d'avoir grandi avec une mère alcoolique l'a beaucoup fragilisé, expliquant la crise qu'il vit lorsque sa copine le quitte, l'amenant à faire une tentative de suicide. Chez ces personnes, l'influence de la psychothérapie de type analytique et systémique est assez claire. Il s'agit d'ailleurs de personnes ayant construit un lien assez fort avec leur psychothérapeute, bien que le suivi n'ait pas toujours été très long. Selon ces explications, si une souffrance émerge à un moment de la vie, c'est en raison d'une faiblesse psychologique qui s'est construite lors de l'enfance, en particulier dans le rapport aux parents. Là aussi, cette explication montre une dimension déculpabilisante qui met plus en cause les parents que l'individu lui-même.

Enfin, d'autres patients relient leur souffrance à une situation sociale difficile, notamment en lien avec les conditions de travail. C'est le cas d'Arnaud, d'Aurélié et d'Anne. Cette dernière avait également vécu une situation de mobbing l'ayant amené à développer des crises d'angoisse et à faire des tentatives de suicide. Dans ce type d'explication sont en cause les conditions de travail et le lien avec les supérieurs. Dans ce paradigme, la fragilité de l'individu résulte finalement d'une condition sociale et/ou relationnelle qui dépasse la responsabilité de l'individu. Ce paradigme, contrairement aux deux précédents, est marqué par une posture contestataire vis-à-vis de la psychiatrie. Il s'agit en effet d'une explication ayant souvent été explicitement remise en cause par les psychiatres ou les psychologues rencontrés. Les patients, en défendant cette posture, s'opposent ainsi au discours psychiatrique dominant. S'affirmer dans une posture marginale demande ainsi une certaine personnalité apte à s'opposer au discours dominant et ayant les moyens intellectuels pour le faire. Arnaud, Aurélié et Anne correspondent ainsi à ce profil : ils ont une conscience

sociale assez forte, ils n'ont pas peur de s'opposer au discours des médecins³³⁷ et ils ont une capacité intellectuelle d'argumenter leur posture et d'invalider celle psychiatrique (ou certains aspects de celle-ci). Il s'agit en outre de personnes n'ayant pas eu des expériences très positives avec les soignants, aspect qui les a empêché de nouer un lien de confiance avec ceux-ci.

On voit ainsi que lorsque la personne entre en contact avec une prise en charge psychiatrique, l'explication qu'elle donne à sa souffrance se rapporte forcément à ce paradigme dominant, que ça soit en y adhérant ou en s'y opposant. Toutefois, comme le souligne Demailly, l'adhésion à ces paradigmes ne traduit pas une position de dominés : c'est dans le sens d'une appropriation que les patients intègrent le paradigme psychiatrique dans la compréhension de leur situation personnelle (Demailly, 2011: 89). En ce sens, on peut parler de « internally persuasive discourse » (Bakhtin, 1981), dans la mesure où le discours psychiatrique n'est pas imposé de l'extérieur mais agit au travers du sujet lui-même.

A côté de ces trois paradigmes, d'autres facteurs personnels et contextuels sont utilisés par les patients afin d'expliquer de manière plus précise leur souffrance, voire le moment dans lequel une tentative de suicide avait par exemple été faite. C'est notamment le cas pour les problèmes de couple, évoqués par Aude, Alain ou Antoine, qui mettent souvent en scène des conflits où le partenaire est présenté comme quelqu'un les ayant profondément blessés (des histoires de trahison ou de séparations sont souvent en cause).

Toutefois, il est intéressant de remarquer que ces explications donnent une image de la personne souffrante comme étant une victime de facteurs qui la dépassent, fussent-ils d'origine biologique, familiale, relationnelle ou sociale. Il semble donc que ces personnes veuillent prouver, d'une certaine manière, leur innocence, répondant ainsi implicitement aux discours contemporains axés sur la responsabilité individuelle et l'autonomie, considérant la souffrance psychique comme liée à une défaillance et à une faute individuelle. Par rapport au comportement suicidaire, il y a donc une revendication morale importante dans ces discours où la personne, tout en étant consciente de la souffrance induite aux proches par son geste (notamment pour ceux qui ont fait une tentative de suicide), se considère avant tout comme une victime. Le comportement suicidaire est ainsi considéré comme résultant du mal que « l'autre » (le destin, la famille, le partenaire) leur a infligé et constitue le signe visible de cette souffrance. On retrouve ici une logique des

³³⁷ Par exemple, en parlant de son psychologue qui disqualifiait son discours, Anne affirme : « J'ai dit au psychologue : 'la différence entre vous et moi c'est que vous avez un diplôme et moi je ne l'ai pas.' ».

explications profanes où le suicide est toujours expliqué au travers des dimensions morales qui l'associent à ce qui est considéré comme relevant du négatif, voire du « mal ».

Mobbing et souffrance psychique : un lien à interroger

En adoptant un regard un peu plus éloigné vis-à-vis des explications propres aux personnes interviewées, on peut constater que la souffrance psychologique intense qui peut culminer avec des idées ou des comportements suicidaires et une consultation en psychiatrie, survient de manière concomitante à d'autres difficultés, qu'elles soient économiques, relationnelles, sociales, etc. Ces problématiques se traduisent ainsi en une souffrance psychique qui peut amener jusqu'à vouloir se suicider. Ce lien, loin de constituer une évidence, mérite d'être interrogé et approfondi pour voir de quelle manière il est façonné par le contexte moral contemporain et par la prise en charge psychiatrique. A ce propos, la question du mobbing, rencontrée à trois reprises dans les entretiens, semble être assez intéressante et emblématique de ce lien entre conditions sociales et souffrance psychique. La question de la « souffrance au travail » fait d'ailleurs l'objet, ces dernières années, d'une grande attention médiatique, scientifique et politique dans le milieu francophone suite aux nombreux suicides très médiatisés dans certaines grandes entreprises françaises³³⁸.

J'ai déjà approfondi l'histoire d'Arnaud, confronté à un metteur en scène ayant une attitude dénigrante envers les acteurs, ainsi que celle d'Aurélié, travaillant avec une cheffe qui l'humilie régulièrement et qui se trouve parallèlement dans une situation sociale difficile. Anne, quant à elle, est une femme d'origine brésilienne qui travaille pour une grande entreprise de distribution suisse. Après plusieurs années de travail, elle est confrontée à de nouvelles pratiques managériales qui mettent les employés sous pression, espérant ainsi des démissions volontaires afin d'éviter les charges dues aux licenciements. Anne décrit ainsi des tests psychologiques très compliqués dont les résultats ne pouvaient pas être discutés, des entretiens humiliants effectués devant tous ses collègues, etc. Elle développe ainsi des crises d'angoisse, une grande anxiété et un état dépressif assez important, qui l'amènent à être hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie. Anne décide ensuite de porter plainte contre son entreprise afin d'être reconnue en tant que victime de mobbing. Grâce au fait d'être syndicalisée, elle reçoit un soutien juridique et moral dans sa lutte. Elle continue à être suivie psychologiquement, ce qui lui permet notamment de

³³⁸ A partir de la moitié des années 2000, plusieurs entreprises françaises (dont Electricité de France, Renault et France Télécom) sont touchées par plusieurs suicides intervenant sur le poste de travail ou directement liés à des événements survenus au travail, souvent dans le contexte de nouvelles politiques managériales (Dejours et Bègue, 2009; Moreira et Prolongeau, 2009; Clot, 2010).

prendre des médicaments afin de gérer sa détresse psychologique. Toutefois, comme chez Aurélie, le psychologue qui la suit la décourage dans ses démarches juridiques :

Quand je parlais avec les psychologues ils me disaient : 'Vous vous battez contre un mur, ça va rien donner' des trucs comme ça. Ils n'étaient pas très encourageants. (...) A l'époque j'ai acheté des livres sur le mobbing, je voulais savoir, approfondir par rapport à ça. (...) Ils disaient que ça ne servait à rien que je me battais contre une grande entreprise, que j'allais perdre. 'Vous perdez de l'énergie...'. C'est clair, j'étais très stressée. Je disais : 'si je fais rien à la fin je n'aurais pas l'impression que j'aurais fait quelque chose.' Comme d'autres que j'ai rencontré qui n'étaient pas dans mon équipe mais qui travaillaient dans d'autres équipes qui étaient harcelées quelque part, ils ont abandonné. Il ne m'encourageaient pas. Il me disaient plutôt que moi j'abandonne. Et ben, je ne pense pas que c'est le but. Il faut épauler les gens pour qu'ils puissent s'en sortir de là. Après j'ai dit, 'vous ne servez à rien'. (...) Pour me dire tout le temps la même chose... je n'ai pas besoin de payer en plus pour ça. Ça ne vaut pas la peine. Je sais ce que je dois faire. Je veux me battre. Je suis quelqu'un de battant. Je ne lâche jamais prise. Même si c'est à long terme, si je laisse un peu mes plumes ça ne fait rien. Après je peux dire que je suis contente de moi. J'ai pu m'en sortir. C'est une bataille que j'ai gagnée. Que ça soit travail ou sentimental. J'ai toujours été comme ça. Je ne lâche jamais prise. Je vais jusqu'au bout. Après je suis contente. Je m'encourage, je dit 'bravo Anne, t'a fait tout juste...' (Entretien Anne)

Finalement, grâce au soutien du syndicat, Anne obtient une indemnisation et une retraite anticipée à 50%, qui se transformera en 100% après 3 ans. Malgré que cela lui ait donné une grande satisfaction et un regain de confiance en elle, elle reste psychologiquement très affectée. Cela l'empêche de retrouver un travail et l'amène, dans un contexte de rupture sentimentale, à faire une tentative de suicide quelque temps après. Comme Aurélie, elle décrit le sentiment de culpabilité lié à la situation de mobbing et à sa détresse psychologique. Chez Anne, le besoin de comprendre ce phénomène d'un point de vue social et collectif est également fort :

Après ça, il y a eu beaucoup d'émissions sur des gens qui commençaient à parler de mobbing. Parce qu'il y a mobbing sexuel et mobbing au travail. Et là j'ai vu beaucoup de gens. Il y avait même une cheffe de la police, en 2003, qui était harcelée aussi par son patron. Les gens commençaient à oser parler de ça. Parce que c'était tabou. Et les gens ne savaient pas qu'ils étaient harcelés. Ils ne comprenaient pas. Ils pensaient qu'ils étaient des fautifs. Mais après ça a commencé. Je trouvais ça bien que les gens puissent s'exprimer. Mais ça peut gêner professionnellement. On a peur après avec des années de travail, même si tu travailles ailleurs, tu te mets toujours en question. Mais ça c'est quelque chose qui travaille beaucoup, mentalement. (Entretien Anne)

Les liens entre la situation au travail et la détresse psychique ou le suicide ne sont pas nouveaux et caractéristiques du monde occidental contemporain. Il suffit à ce propos d'évoquer le travail de Durkheim sur l'augmentation des taux de suicide lors des crises

économiques, ou les suicides massifs des paysans indiens confrontés au déclin du monde paysan. Toutefois, aujourd'hui, le langage de la santé mentale est devenu une manière pour parler du monde du travail et notamment pour dénoncer certaines situations problématiques. La question du mobbing, ou harcèlement moral, est à ce propos emblématique. Le harcèlement moral est un concept très récent, créé notamment par Marie-France Hirigoyen, psychiatre et psychothérapeute française, en 1998 (Hirigoyen, 1998). Popularisé dans les années 2000, le terme de mobbing est devenu aujourd'hui une catégorie populaire qui rassemble des situations très variées, dont la définition, d'un point de vue scientifique et juridique, pose toujours problème (voir à ce propos Salah-Eddine, 2008)³³⁹. Au delà de savoir si les situations rencontrées peuvent être effectivement définies comme étant du mobbing, il est intéressant de voir que c'est ce type de langage qui est utilisé pour parler des difficultés vécues au travail. La référence qui est faite, notamment par Anne et par Aurélie, aux émissions télévisuelles et aux livres lus sur la question, montre que l'appréhension de leur situation personnelle est construite en interaction avec le contexte socioculturel. Plusieurs auteurs (Durand, 2004; De Gaulejac, 2005; Salah-Eddine, 2008) dénoncent toutefois le fait que la notion d'harcèlement moral (et notamment dans la définition qui en est faite dans la loi française impliquant la présence d'un individu pervers à l'origine du harcèlement) reflète une psychologisation de la souffrance au travail. Au lieu de poser les difficultés des travailleurs en terme de question collective liée à une organisation du travail et des rapports de pouvoir, elles deviennent une question individuelle. Selon Salah-Eddine, la notion de harcèlement moral fait écran au social, au sens où il efface la dimension collective sous-jacente aux situations de souffrances vécues au travail : « L'idéologie de la modernité tend à ramener l'événement ou les situations sociales vers des déterminants psychologiques, et l'idéologie libérale, en produisant des valeurs telles que l'individuation, l'autonomie, l'internalité, l'avènement d'un sujet défini par son auto-fondation, consolide l'idée que c'est dans l'individu que se trouve la clef de ses réussites comme de ses échecs » (Salah-Eddine, 2008: 351).

Cette critique ne nie pas le fait que le mobbing puisse résulter d'agissements d'une personne particulièrement perverse. Ces situations ne seraient toutefois que marginales et s'expliqueraient la plupart des fois par le contexte dans lesquelles elles émergent. Les situations d'Aurélie et d'Anne se retrouvent bien dans cette analyse. Les entreprises pour

³³⁹ Hirigoyen donne notamment cette définition : « toute conduite abusive qui se manifeste notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychologique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci ou dégradant le climat social » (Hirigoyen, 1998: 55).

lesquelles elles travaillaient (parmi les plus gros employeurs suisses) sont confrontées à des restrictions budgétaires et à des politiques de gestion du personnel basées sur les nouvelles politiques managériales néolibérales, poussant les valeurs d'autonomie, de rendement et de compétition à l'extrême. Dans les histoires de ces deux femmes, on voit toutefois que cette interprétation collective est relativement absente. Même dans le cas d'Anne, la démarche juridique est faite à titre individuel (l'avocat du syndicat pousse d'ailleurs Anne à accepter l'indemnisation, considérant qu'un procès aurait été difficile à gagner). D'autre part, les deux récits évoquent le fait que plusieurs psys rencontrés n'ont pas encouragé une démarche juridique (en allant parfois jusqu'à la décourager), renforçant ainsi l'individualisation et la psychologisation de ces situations. Pour Anne, le fait d'être syndicalisée lui a toutefois permis de traduire sa souffrance personnelle en terme de justice, alors que pour Aurélie, cette forme de reconnaissance n'a pas eu lieu, continuant par conséquent à constituer une source de souffrance très grande.

Les situations évoquées ici s'insèrent dans un contexte où les conditions de travail se dégradent progressivement en raison de la situation économique difficile et de la précarisation du monde du travail. L'individualisation du rapport au travail renforce cette situation, car l'individu se considère comme personnellement responsable de la situation, des problèmes et des difficultés auxquels il est confronté. Bien que ces changements touchent progressivement toutes les catégories professionnelles, ce sont surtout les classes sociales défavorisées qui subissent le plus cette situation. C'est là que se situe l'oppression, car la personne se trouve dans une position d'opprimé, sans possibilités d'agir et de changer sa situation. Cette oppression résulte également du fait que les individus ne réalisent pas la dimension politique de leur situation et l'interprètent en termes individuels ou relationnels. Dans un contexte où les démarches collectives, politiques, syndicales ont perdu leur légitimité et leur force sociale et politique, il semble que la souffrance psychique soit la seule qui permette d'exprimer cette condition, d'être écoutés et d'être reconnus en tant que victimes d'une injustice. Toutefois, la prise en charge psychiatrique (qui découle le plus souvent de cette forme d'expression), bien que donnant à l'individu une certaine reconnaissance compassionnelle, nie 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.

L'impuissance des opprimés

Au delà de la question spécifique du travail, les problématiques suicidaires surgissent à un moment où la personne se trouve confrontée à sa propre impuissance. On retrouve ici les analyses de Giddens et de Côté, définissant le suicide comme une « pathologie de l'exercice du pouvoir » (Côté, 2006: 78). Les idées et les comportements suicidaires surviennent lorsque le pouvoir d'action sur sa situation est considérablement affaibli. Les difficultés au travail, de couple, familiales, économiques ou physiques semblent s'imposer à l'individu, sans que celui-ci ait le pouvoir de véritablement les changer.

Les personnes interviewées expriment souvent cette impuissance et le sentiment qu'elles subissaient tout ce qui se passait autour d'elles sans avoir la possibilité de réagir. Alice, Antoine, Alain et Aude sont ainsi quittés par leur compagnon ou compagne, sans qu'il leur soit possible de récupérer la relation. Audrey est également confrontée à une configuration familiale où tous ses proches semblent l'abandonner. Aurélie et Anne se trouvent dans une situation de travail difficile où elles ont l'impression de ne pas pouvoir s'en sortir. Alban et Agnès vivent la mort d'une personne qui leur était chère (pour le premier il s'agit de sa mère, pour la deuxième c'est une grand-mère). Adrien vit, avec une personne connue sur internet, une relation de manipulation et de chantage à caractère sexuel où il perçoit sa situation comme étant sans issue possible³⁴⁰.

Giddens (1966), en mettant en lien la question du pouvoir avec celle du suicide, distingue le pouvoir de l'individu qui se rattache à l'autonomie du pouvoir de la société lié à l'appartenance au groupe social. C'est notamment lorsque le pouvoir individuel semble être écrasé par le pouvoir social que les situations suicidaires apparaissent. Toutefois, contrairement à la lecture qu'en donne Giddens, le pouvoir n'est pas uniquement une propriété objective mais dépend de la manière dont les individus perçoivent ses rapports et équilibres par le biais d'un cadre interprétatif particulier. Le sentiment d'impuissance résulte d'une interaction complexe entre attentes, idéaux, situations objectives et vécu subjectif. Chez Aurélie par exemple, l'impuissance découle du fait qu'elle ne voit pas d'alternative à sa situation. Dans sa vision des choses (étrangère, divorcée et avec un fils à sa charge), elle n'a d'autre choix que de subir des conditions de travail humiliantes. La seule alternative à cela semble être le suicide. L'exemple d'Anne (bien que les deux situations soient très différentes sous plusieurs points de vue) montre comment, avec le soutien des

³⁴⁰ Adrien, ne sachant plus comment s'en sortir, accrocha une corde dans son bureau dans le but de se pendre. L'arrivée d'un collègue lui empêcha de passer à l'acte et, par la suite, il décida d'en parler à sa copine, de consulter en psychiatrie et de dénoncer le manipulateur à la police.

collègues et du syndicat, elle a pu agir sur la situation de mobbing qu'elle vivait, en arrêtant le travail tout en engageant une procédure juridique à l'encontre de l'employeur. Le parcours d'Anne se situe toutefois dans une posture de contestation, ayant recours au syndicat malgré le découragement de la psy et de plusieurs collègues. L'histoire d'Aurélié, en revanche, semble être relativement conforme à l'« expression morale des sentiments » (Maus, 1921), caractéristique de notre époque.

Le contexte socioculturel actuel agit également sur l'équilibre existant dans la perception de ces deux types de pouvoir. Aujourd'hui, plus que jamais, l'autonomie est érigée en valeur suprême, attribuant ainsi au pouvoir individuel une importance et une place déterminante. La réussite, tout comme la faillite (que ce soit d'un point de vue professionnel, privé, économique ou social), sont ainsi considérées comme étant le résultat des capacités (ou incapacités) individuelles. L'existence de rapports sociaux, de pouvoir, de classe et de genre est ainsi largement minimisée. De plus, le contexte socioéconomique devient de plus en plus contraignant : limitation du droit au chômage, augmentation du chômage, diminution de la mobilité sociale, restriction dans les politiques de migration, augmentation des inégalités sociales, etc. Une contradiction fondamentale émerge donc entre le pouvoir qu'est censé posséder l'individu (très grand) et les conditions objectives permettant l'actualisation de ce pouvoir (relativement limitées, notamment pour les classes défavorisées).

Les patients qui consultent au SUC proviennent en majorité des classes sociales défavorisées et sont d'autant plus confrontés aux difficultés sociales sur lesquelles il leur est difficile d'agir. Les personnes interviewées décrivent cette contradiction vécue entre l'idéal d'individu autonome et le sentiment d'impuissance. La détresse psychique (très souvent de nature anxio-dépressive) décrite au moment où les idées et les comportements suicidaires émergent, reflète cette impuissance et la sensation de faillite personnelle, caractérisée par la perte de l'estime de soi, par la culpabilité et par la honte.

Dans ce contexte, la volonté de mourir et le passage à l'acte suicidaire peuvent être vus soit comme un moyen d'affirmer son pouvoir individuel, soit comme le résultat de cette perte de pouvoir. Le suicide peut en effet intervenir comme une tentative de se réapproprier du pouvoir sur sa propre situation face au pouvoir social qui semble l'écraser. Il s'agit toutefois

d'un pouvoir destructeur qui vient finalement actualiser la condamnation sociale perçue face à ses propres échecs³⁴¹.

A travers ces analyses, on voit ainsi comment le pouvoir vécu individuellement présente plusieurs facettes. Il est influencé par les rapports de pouvoir macrosociaux mais reflète également la situation individuelle ou interindividuelle. La perception du pouvoir et des rapports de pouvoir est également façonnée d'un côté par les idéologies macrosociales et de l'autre par le regard que l'individu peut développer sur sa situation (qui peut être influencé par d'autres paradigmes présents dans l'espace social). La richesse de combiner l'approche interprétative avec une réflexion macrosociale (dans ce cas appuyé par les statistiques) est celle de ne pas considérer ces deux niveaux (micro et macro) comme étant séparés, mais ayant un lien continu. Dans le vécu individuel, on retrouve les rapports de pouvoirs globaux qui s'expriment différemment selon le contexte individuel.

L'oppression entre condition et perception

A partir de ces analyses, on voit comment l'oppression peut être appréhendée à partir de deux aspects. D'un côté, l'oppression est liée à une réalité structurelle oppressante. Les classes sociales défavorisées subissent cette oppression en raison de la position sociale qu'elles occupent : ceci a pour conséquence un accès plus limité aux capitaux économiques, sociaux, culturels et symboliques. A cette analyse de type marxiste-bourdieusien s'ajoute une lecture plus globale, qui réfléchit en terme de système où tant les classes sociales défavorisées que supérieures sont soumises à des contraintes liées à des logiques de rentabilité économique, de compétition et d'exploitation. Cette dimension, surtout présente dans le monde du travail, se répercute également sur d'autres sphères de l'existence en raison de la centralité du travail propre au contexte contemporain. C'est principalement contre ce type d'oppression, qui semble s'accroître de plus en plus, que luttent les mouvements politiques critiques qui dénoncent l'augmentation de l'écart entre riches et pauvres, voire qui luttent de manière plus générale contre l'impérialisme économique.

Parallèlement, l'oppression est également influencée par un environnement moral, idéologique et culturel particulier mettant en avant l'individu comme étant responsable de sa condition. L'individu qui se trouve dans une situation de vie difficile a tendance à

³⁴¹ En ce sens, le phénomène des suicides des détenus peut aussi être compris par ce statut d'oppression qui, dans une prison, prend un sens bien plus « physique ». Le suicide devient ainsi une manière pour reprendre le pouvoir sur son existence que l'enfermement nie au détenu. Voir à ce propos l'ouvrage de Bourgoin, qui s'intéresse aux suicides en prison en adoptant une perspective similaire (Bourgoin, 1994).

interpréter cette réalité comme étant de sa faute et comme n'ayant finalement aucun moyen de la changer. C'est l'impuissance et la culpabilité auxquelles se réfèrent les personnes interviewées pour qui le suicide devient une manière pour exprimer cette situation, voire pour agir sur et dans cette situation. Comme l'écrit Martuccelli (2004), à moins que la domination ne soit imposée par la force, celle-ci se reproduit grâce à l'adhésion des individus à la dimension idéologique de cette domination. C'est la situation analysée ici, où les individus considèrent qu'ils se trouvent dans une situation d'impuissance, qu'ils en sont personnellement responsables et que la souffrance ou les comportement suicidaire constituent un moyen d'expression (voire le seul moyen) permettant de formuler de manière légitime leur situation.

Choisir de parler d'oppression revient ainsi à rompre avec la dimension idéologique renforçant l'oppression et la souffrance. Il s'agit d'affirmer la dimension politique de la domination en offrant un langage qui permette d'exprimer la situation vécue dans des termes d'injustice collective. Outre le fait de constituer un discours visant à rendre compte de la condition des personnes interviewées dans ce contexte, l'analyse en termes d'oppression comporte aussi une dimension performative, mettant à disposition des acteurs sociaux une interprétation qui puisse rompre idéologiquement avec cette domination.

En ce sens, la lecture et l'explication que donnent les personnes interviewées à leur situation ne sont que rarement associées à une situation d'oppression. Cela est strictement lié à la logique propre de l'oppression, qui est celle de nier cette oppression. On pourrait ainsi considérer que cette analyse sur-interprète le vécu et le discours des personnes interviewées. En ce sens, on pourrait voir dans cette analyse une mise en avant d'un savoir expert venant « invalider » le savoir profane et l'expérience subjective. D'une part, comme évoqué au début de ce chapitre³⁴², la différence que ce type d'analyse présente par rapport au discours expert de type médical, est qu'il se base sur l'expérience des individus. C'est en mettant en avant ces interprétations et en étudiant leurs logiques et leurs implicites que se fait l'analyse. D'autre part, l'objectif n'est pas celui de substituer l'interprétation des sujets à l'analyse socio-anthropologique. Il s'agit au contraire d'une lecture complémentaire, visant au niveau théorique ou idéologique, l'« émancipation » des individus. Je ne suis toutefois pas certaine que chez toutes les personnes confrontées à des problématiques suicidaires cette interprétation ait, en soi, un effet thérapeutique. Le risque est aussi qu'il soit perçu comme un discours expert venant sur-interpréter son expérience, induisant ainsi

³⁴² En particulier au sous-chapitre *Trajectoires de vie et valorisation du « savoir des gens »*.

un sentiment de perte de pouvoir sur soi. Pour éviter cela, je pense qu'il soit extrêmement important de légitimer toute lecture qui peut être donnée à une expérience de vie et de proposer l'analyse socio-anthropologique en tant qu'élément supplémentaire venant s'ajouter à l'expérience.

De plus, je suis persuadée que le fait de redonner le pouvoir aux individus ne peut pas se limiter à offrir un espace de parole aux sujets afin de donner une légitimité à leur récit et à leur expérience. Il s'agit d'une première étape après laquelle le chercheur doit pouvoir mettre à disposition des sujets son savoir qui est le fruit non pas de sa propre expérience, mais des expériences de plusieurs personnes auxquelles s'ajoutent d'autres recherches et théories enrichissant et complexifiant la problématique étudiée. Si on se limitait à rapporter l'expérience des sujets, cela reviendrait à adopter une position relativiste, tout en négligeant le poids que le discours relaté et ainsi validé par les sciences sociales peut avoir sur la réalité.

Dans notre cas, si les individus interviewés, en expliquant leur situation, parlent de souffrance, voire de troubles psychiatriques, peut-on se limiter à cette lecture, en validant implicitement une lecture médicale ou psychologique de leur situation ? Consciente de la dimension sociale, structurelle et idéologique de leur situation et interprétation, je considère que ma tâche de chercheuse est celle de situer l'expérience et le discours des acteurs au sein d'un contexte social, idéologique et économique particulier. A cela s'ajoute le fait qu'à partir de mon analyse, l'interprétation psychiatrique ne permet pas, à elle seule, une émancipation des sujets, mais peut au contraire contribuer à renforcer leur domination. Dans un tel contexte, une lecture orientée idéologiquement vers une émancipation des acteurs dans une appréhension collective est ainsi davantage souhaitable.

S'en sortir : pouvoir individuel et pouvoir collectif

Si l'on retourne aux personnes interviewées, on voit que malgré la situation d'impuissance vécue les ayant amenés vers des idées ou des comportements suicidaires, la situation de la majorité d'entre elles a évolué vers une situation positive. Ce cheminement a pu se faire au travers d'une reprise de pouvoir sur sa situation, son histoire, soi-même (*empowerment*). Dans certains cas, cela s'est fait par le biais de la prise en charge psychothérapeutique. C'est le cas d'Audrey, qui est confrontée à un fort sentiment d'impuissance résultant de la contradiction entre le « tout devoir faire » et le « rien pouvoir faire ». En retravaillant sur son histoire, elle arrive à comprendre que « tout n'était pas de sa faute », Cela lui permet

du coup de sortir de la situation d'impuissance et d'acquérir plus de pouvoir sur les aspects liés à sa subjectivité qu'elle est censée pouvoir changer.

Le chemin de la prise en charge psychothérapeutique passe ainsi par une certaine acceptation des contraintes et un renforcement des ressources individuelles, où les notions d'autonomie et de responsabilité individuelle sont centrales. Au sein du SUC, ce cheminement est encouragé et proposé par les soignants (infirmiers, psychologues et psychiatres) aux patients. Il est parfois accompagné par une prise en charge sociale, qui s'intéresse toutefois prioritairement aux questions pratiques (logement, subventions, aide sociale, etc.) et non thérapeutiques.

Ce cheminement d'inspiration « psy » peut donc être vu comme un outil de libération ou d'émancipation (Demailly, 2008). Il permet en effet à l'individu de faire un « travail sur soi » et d'engager ainsi un processus de subjectivation, censé le rendre plus affranchi vis-à-vis des contraintes psychologiques ou relationnelles, voire sociales. C'est d'ailleurs le cas d'Audrey ou d'Alain, qui, à travers la prise en charge psychothérapeutique, ont pu mûrir en tant que sujets et mieux prendre conscience de leur trajectoire individuelle.

Vis-à-vis de cette approche, des critiques pointent le fait de dépolitiser les problématiques sociales et de contribuer à mieux adapter et soumettre les individus au système néolibéral (Otero, 2003; Demailly, 2008; Ehrenberg, 2010). L'action thérapeutique ciblée exclusivement sur l'individu finit en effet par omettre les dimensions politiques, historiques et sociales sous-jacentes à sa situation. La position sociale défavorisée occupée par la majorité des patients n'est pas questionnée et mise en lien avec la souffrance de l'individu. C'est notamment le cas du SUC, où aucune problématisation sociale ou politique ne sous-tend l'intervention, qui se limite à la prise en charge psychothérapeutique individuelle.

Ce type de cheminement thérapeutique vise en outre à l'intériorisation des normes individualistes d'autonomie et de responsabilité individuelle, ce qui contribue à rendre le patient plus adapté aux exigences de la société et du monde du travail contemporains. En effet, paradoxalement, l'action thérapeutique s'appuie sur les mêmes valeurs individualistes qui participent à l'émergence de la souffrance psychique. Son pouvoir thérapeutique repose toutefois sur une distinction assez subtile entre ce qui est du domaine de la contrainte et ce qui est lié aux libertés individuelles. Contrairement à l'idéologie contemporaine donnant à l'individu un pouvoir quasi illimité, l'idéologie psychiatrique limite ce pouvoir à la gestion et au développement de la subjectivité. Il y a ainsi une vision plus retrainte de ce qui relève de la liberté et du pouvoir individuel.

Toutefois, ce cheminement n'est pas accessible et compréhensible pour tout le monde car les valeurs qu'il véhicule relèvent plutôt des classes dominantes. L'intérêt et la capacité à développer sa subjectivité ou à devenir autonome dépendent en effet des ressources sociales, culturelles et économiques qui sont plus restreintes parmi les classes défavorisées. C'est d'ailleurs le cas pour Alma et Agathe, toujours en crise malgré les années de suivi psychothérapeutique individuel. Ces patientes n'ont donc pas réussi à s'engager dans ce type de cheminement en renforçant le pouvoir individuel en raison d'une certaine distance « culturelle » aux principes d'individualisation véhiculés par leurs soignants.

Chez d'autres personnes, le parcours les ayant amenées à sortir de la situation d'impuissance et de souffrance psychique est passé par un élargissement de la notion de pouvoir individuel vers celle de pouvoir collectif³⁴³. C'est en dehors des outils proposés par le SUC (et parfois en opposition à ce qui était préconisé par les soignants) que ce cheminement a été entrepris. Par ce biais, l'individu, en replaçant son histoire personnelle dans un contexte social partagé avec d'autres, réalise qu'il existe un pouvoir collectif qu'il s'agit de renforcer et sur lequel on peut s'appuyer en tant qu'individu. Il s'agit également d'une manière d'agir sur le contexte contraignant, essayant par ce biais de contribuer à créer des conditions objectives où le pouvoir individuel puisse être mieux défendu. Pour Alban, cela est passé par son engagement dans un mouvement de défense des homosexuels. Chez Anne, le soutien juridique du syndicat lui permet d'obtenir une reconnaissance quant à l'injustice vécue dans le cadre de l'entreprise qui l'employait. Dans d'autres contextes, par exemple chez des femmes victimes de violence, cela peut se traduire par un engagement dans des mouvements féministes afin de lutter pour une meilleure reconnaissance juridique des violences sexuelles ou conjugales. Sans nécessairement avoir une connotation militante ou politique, le collectif peut aussi s'exprimer dans des groupes réunissant plusieurs personnes confrontées à une même situation, où les participants peuvent comprendre la dimension collective et partagée de leur situation. En contribuant à soulager la personne du sentiment de culpabilité individuelle, cela permet non seulement de partager le vécu mais également les possibles solutions qui existent face aux difficultés et aux injustices.

Ce type de cheminement est toutefois marginal et ne bénéficie pas de beaucoup de considération dans le milieu psychiatrique. Il est en effet souvent perçu comme s'opposant à un travail individuel. Le fait de vouloir agir « sur le monde » est considéré comme un signe

³⁴³ On pourrait également parler d'*empowerment* individuel et d'*empowerment* social ou collectif (voir à ce propos Ninacs, 1995).

que la personne n'accepte pas les contraintes propres à sa situation, élément fondamental pour suivre un cheminement de type individuel. De plus, le pouvoir du collectif est considéré dans le milieu psychiatrique comme étant très faible, ce qui risque de donner de grandes déceptions aux individus qui se lancent sur ce chemin, renforçant, selon ce point de vue, leur détresse. Alors que le cheminement individuel est en adéquation avec les valeurs individualistes contemporaines, le cheminement collectif se pose en une posture critique envers ces valeurs.

De mon point de vue, ces deux « voies » ne sont toutefois pas nécessairement en opposition, au contraire. Ce qui semble déterminant pour que la personne retrouve un bien être psychique, c'est qu'elle reprenne le pouvoir sur elle-même, que ça soit par le biais du collectif et/ou de l'individuel. Chez les personnes interviewées, en effet, ces deux chemins étaient souvent suivis en parallèle. Anne est suivie par un psychothérapeute pendant une certaine période, tout comme Alban. Arnaud, qui sort de ses dépendances grâce aux Narcotiques Anonymes, avait auparavant suivi plusieurs années de psychothérapie³⁴⁴.

La situation observée au cours du terrain montre ainsi que le travail effectué au SUC est principalement basé sur le renforcement du pouvoir individuel. La question du pouvoir collectif est négligée et il n'existe pas de réelle problématisation des questions sociales et politiques sous-jacentes à la détresse des patients se référant au service. Le contexte français est assez différent : le développement de ce que certains auteurs appellent la « clinique psychosociale » (qui s'adresse à une population avec des problématiques très similaire à celles du SUC) découle d'une critique du système néolibéral et des inégalités sociales croissantes qui s'en suivent (Colin et Furtos, 2005). Il y a donc une posture politique qui sous-tend la conceptualisation d'une clinique dont l'objectif est « de restaurer les capacités d'actions détruites par un effondrement narcissique d'origine sociale » (Ehrenberg, 2010: 306). Toutefois, les outils thérapeutiques employés dans ce contexte se rapprochent de ceux observés au SUC, visant à aider les individus à devenir les sujets de leur propre existence au travers d'une approche individuelle. La dimension collective est

³⁴⁴ Sous-jacents aux deux cheminements (individuel et collectif) mis en évidence à partir du terrain étudié se trouvent des discours experts, qu'ils soient psychiatriques ou sociopolitiques. Les deux types de discours peuvent avoir une fonction à la fois libératrice ou contraignante, selon la manière dont ils permettent ou pas cette reprise de pouvoir de l'individu sur lui-même. Comme le met en évidence Foucault, ces savoirs risquent de « minoriser le sujet parlant » lorsqu'ils nient à l'individu la possibilité de construire librement sa propre subjectivité. En effet, les discours donnant une lecture collective des problématiques de souffrance psychique risquent également de devenir minorisant, car ils peuvent instituer, comme au sein du dispositif psychiatrique, un cadre normatif contraignant à travers lequel lire les situations. Toutefois, ce type de lecture reste minoritaire et marginale au sein du système de soin, les personnes y ayant accès souvent par défaut ou par le biais de rencontres fortuites. D'autre part, l'intention de ce type de discours est justement celle d'une libération de l'individu (si on considère par exemple les écrits de Freire, 1980).

ainsi uniquement présente au niveau de l'explication de l'émergence de cette souffrance, qui est nommée « souffrance sociale ».

Néanmoins, face aux critiques adressées à la psychologisation des rapports sociaux et dans un contexte où la demande de soutien psy est très forte, de nouveaux lieux se développent, essayant de concilier les dimensions collectives et individuelles. C'est notamment le cas des lieux étudiés par Demailly et Bresson (2005), appelés *dispositifs interstitiels*, qui offrent des services se trouvant à l'intersection entre le travail social et la santé mentale. Les auteurs montrent comment des consultations portant sur les questions socioprofessionnelles, juridiques, éducatives ou liées à l'aide sociale sont réalisées parallèlement à une prise en charge psychothérapeutique individuelle. Le soutien psychologique est donc utilisé au bénéfice d'une émancipation du sujet, non pas seulement en tant qu'individu isolé qui doit faire preuve d'adaptation et d'autonomie, mais en tant qu'acteur social inséré dans un contexte, un système, des relations de pouvoir et de classe.

En Suisse, ce genre de cadre proposant des prises en charges joignant la dimension collective et individuelle est plutôt rare. L'association Appartenances, qui intervient dans le domaine de la migration, est malgré tout un exemple allant dans ce sens. La prise en charge psychothérapeutique proposée aux personnes migrantes se fait en mettant une attention spéciale au contexte social, politique et culturel qui sous-tend leur détresse psychique. Dans cette association travaillent en effet des équipes multidisciplinaires dont l'approche est en grande partie tournée vers l'ethnopsychiatrie. A partir du regard privilégié que l'association pose sur les problématiques touchant la population migrante, il y a une forme d'engagement politique et social qui se développe, en participant au débat touchant aux problématiques de l'asile et de la migration (voir à ce propos Goguikian Ratcliff et Strasser, 2009).

Comme on l'a vu, les services psychiatriques et en particulier le SUC, sont, dans le contexte vaudois, les lieux les plus facilement accessibles aux personnes en souffrance psychique. C'est là que convergent, surtout dans un premier temps, la plupart des demandes d'aide psychologique. Toutefois, face à la détresse et aux problématiques suicidaires, le cadre psychiatrique semble proposer le chemin de la psychothérapie individuelle comme le seul pouvant amener à un rétablissement. Cela délégitime souvent (comme on l'a vu dans les entretiens) d'autres chemins que les personnes peuvent emprunter pour reprendre le pouvoir sur elles-mêmes et sur leur situation. Les sens et les chemins pluriels que les individus peuvent investir de par leurs particularités socioculturelles, individuelles ou morales, sont ainsi partiellement dévalorisés dans ce cadre particulier. Beaucoup de

patients abandonnent ainsi le suivi psychothérapeutique parce que le chemin unique proposé dans ce cadre n'a pas de sens pour eux.

A partir des témoignages des patients et du regard anthropologique qui est le mien, ce n'est pas tant l'approche psychothérapeutique individuelle en soi qui semble poser problème au sein de la prise en charge psychiatrique observée au sein du SUC. Celle-ci peut en effet être un moyen utilisé par les patients afin de donner sens à leur expérience de souffrance et, à travers le travail sur soi proposé dans ce cadre, sortir de la situation de détresse psychique et de l'impuissance. Le problème est plutôt que la psychothérapie individuelle est le seul chemin thérapeutique qui est proposé aux patients qui consultent, notamment au SUC. De plus, d'autres solutions thérapeutiques semblent être négligées et dévalorisées par les soignants. En délégitimant les significations différentes que les patients donnent à leur vécu et à leur détresse, les soignants compromettent ainsi la reprise du pouvoir du patient dans laquelle le processus de signification est partie intégrante.

Enfin, compte tenu de la population qui consulte dans ce service et des types de problématiques de santé psychique qu'elle présente, une intégration plus réfléchie de la dimension collective devient indispensable (Rossi, 2010). Cela n'a pas uniquement un aspect pratique, permettant de mieux appréhender les situations individuelles, mais peut également être performatif. Il permet ainsi de renforcer le pouvoir collectif, afin que l'intervention psychiatrique n'ait pas uniquement une fonction adaptative, mais puisse contribuer, par son regard privilégié sur les situations de détresse psychique, au changement social.

L'analyse des entretiens avec les patients nous a permis de mettre en évidence les différentes trajectoires ayant amené ces personnes à développer une détresse psychologique, ainsi que des idées ou des comportements suicidaires. Des pistes se sont également ouvertes quant aux différents cheminements ayant pu les amener vers un rétablissement. La relation patient-soignant a été abordée partiellement à partir du travail des soignants dans le chapitre 4 et en rapport à l'expérience des patients au chapitre 5. Il s'agit maintenant d'approfondir la relation qui s'instaure entre les patients consultant en psychiatrie pour des problématiques suicidaires et les soignants.

Comment et selon quels facteurs cette relation se noue-t-elle ? Comment le type de relation influence la modalité de prise en charge et le déroulement de celle-ci ?

6. De la relation thérapeutique

Depuis plusieurs années, on assiste, dans les pays occidentaux, à une progressive reconnaissance des droits des patients. Ceux-ci, défendus principalement par les associations de patients, exigent avant tout un meilleur respect de la volonté et de l'autonomie du patient et une plus grande prise en compte de son consentement aux soins. Ces revendications s'insèrent dans une critique plus large de la relation thérapeutique de type paternaliste gardant le patient dans une position subordonnée et utilisant la contrainte comme principal outil thérapeutique.

Face à ces critiques, la psychiatrie a vu son travail et son discours évoluer, en accordant aux patients une place plus importante dans la prise en charge. On est ainsi passé progressivement d'un modèle paternaliste de la relation patient-soignant basé sur la contrainte et l'autorité, à une relation de type délibératif (Emanuel et Emanuel, 1992) privilégiant l'autonomie du patient et son consentement au dispositif thérapeutique (Rameix, 2000). Toutefois, la réalité de la pratique est bien plus complexe et contradictoire. La contrainte, par exemple au travers de l'hospitalisation d'office, reste une pratique courante bien que moins fréquente qu'il y a quelques années. Elle trouve sa justification en tant qu'outil thérapeutique et instrument de contrôle social, afin de mettre à l'abri, selon le discours psychiatrique, le patient et la société de la violence qui pourrait découler d'une pathologie psychiatrique. Au delà de l'exemple de la contrainte, le rapport patient-soignant se base sur un rapport de pouvoir, d'influence et de dépendance dans lequel il faut appréhender la question du consentement du patient. Enfin, la capacité à consentir du patient et son aptitude à être autonome peuvent être considérablement affectés par la détresse psychologique, voire la pathologie psychiatrique. On voit ainsi que la question de la relation entre patient et soignant est plus complexe que ce qu'elle semble au premier abord.

Dans le cas des patients présentant des idées ou des comportements suicidaires, les questions du consentement du patient et de la contrainte sont particulièrement problématiques. Le moment où les patients consultent en urgence au SUC et le moment où une décision concernant l'option thérapeutique doit être prise constitue ainsi un instant crucial où s'exprime souvent cette tension entre la volonté du patient et les exigences thérapeutiques.

Après avoir approfondi le regard psychiatrique et la manière dont sa pratique conduit vers une médicalisation des situations qui se présentent au SUC et après avoir analysé l'expérience de personnes confrontées aux problématiques suicidaires, il s'agit à présent de se pencher sur l'interaction entre les soignants³⁴⁵ et les patients. L'évaluation de la gravité du patient et la décision de sa prise en charge sont ainsi influencées par l'interaction qui a lieu entre patients et soignants au moment de la consultation réalisée en urgence. Différents intérêts et enjeux sous-tendent ce moment³⁴⁶, éléments qu'il s'agira d'approfondir dans ce chapitre³⁴⁷.

La volonté du patient

Une des particularités du SUC est celle d'être principalement un service où les gens s'y adressent de manière volontaire pour recevoir de l'aide. A l'exception des patients amenés en ambulance ou par la police³⁴⁸, les soignants répondent à une demande spécifique des patients venus consulter. Demailly (2009) considère que la principale caractéristique distinguant les pratiques relationnelles de type professionnel est le fait de répondre à une *demande* ou à un *mandat*. Dans le cas du SUC, la demande est, dans un premier temps, déterminante. Toutefois, du moment que le patient entre dans le cadre psychiatrique et que sa situation relève de la responsabilité des soignants, le caractère mandataire de l'intervention peut devenir prioritaire (lié au mandat de soin et de sécurité dont la psychiatrie est chargée). La possibilité d'hospitaliser d'office constitue ainsi un type d'intervention extrême où le travail des soignants répond à leur devoir professionnel tout en contredisant la demande du patient (contraire à l'hospitalisation ou ne pouvant pas y consentir). Comment peut-on dès lors analyser la manière dont la relation thérapeutique instaurée entre patients et soignants du SUC jonglait entre les demandes du patient et le mandat dont le soignant est chargé ?

³⁴⁵ Dans ce chapitre, j'analyse surtout le travail des médecins assistants et des infirmiers. La prise en charge des personnes avec des problématiques suicidaires était majoritairement réalisée par ces soignants. Les entretiens avec les psychologues et les assistants sociaux n'ont en effet pas permis de recueillir des éléments significatifs par rapport à cette problématique.

³⁴⁶ Dans ce chapitre, les variations liées au genre (que ce soit du côté des patients ou des soignants) n'ont pas été prises en compte de manière spécifique. Il s'agit d'un choix visant à privilégier l'analyse en terme de statut au sein de la relation. Cela va sans dire que des différences et des influences existent en ce sens, déterminant la relation soignant-patient et la prise en charge.

³⁴⁷ Certaines parties du chapitre 6 sont reprises de l'article « Accompagner un patient suicidaire », *Pensée Plurielle* (Canevascini, 2009).

³⁴⁸ Selon des statistiques établies à partir d'un mois, 12% des patients sont amenés par la police et 1% en ambulance. Toutefois, pour les patients ayant été hospitalisés après une consultation au SUC, cette information manquait. Il est ainsi probable que dans la réalité le nombre de personnes ayant été amenées par l'ambulance (à la suite par exemple d'une tentative de suicide avec des séquelles somatiques) soit plus élevé.

Lorsqu'un patient se présentait aux urgences du SUC pour une problématique suicidaire, les soignants disposaient de plusieurs options afin de faire face à la situation : l'hospitalisation, le suivi de crise ou l'absence d'indication de suivi. Le choix d'une de ces options visant en premier lieu à éviter que le patient ne passe à l'acte résultait de l'interaction complexe entre plusieurs facteurs.

Plusieurs soignants interrogés à ce sujet affirmaient que ce qui guidait leur décision était avant tout la volonté du patient :

Dans la consultation au SUC, on pose le diagnostic médical et on essaie de faire au mieux une compréhension de la situation et de là déduire une attitude de travail. Ça peut aller de 'on revoit plus jamais le patient', jusqu'à 'on hospitalise d'office'. Après c'est vraiment graduel. La maxime qui nous guide là dedans c'est toujours l'envie du patient, le truc le plus important. (Entretien Michel, médecin chef de clinique)

Derrière cette vision, on retrouve une conception de la relation patient-soignant qui donne une grande importance à l'autonomie du patient et à son consentement aux soins. L'implication du patient dans sa prise en charge est en effet considérée comme déterminante pour une bonne évolution thérapeutique.

De manière plus générale, la prise en compte de la perspective du patient en psychiatrie est devenue, ces dernières années, une exigence incontournable. Selon Velpry (2008b), des raisons à la fois pratiques et morales justifient l'inclusion du point de vue du patient. Si d'un côté cela donne accès à des informations relevant de l'expérience de la maladie utiles à la démarche thérapeutique, il permet, de l'autre, de respecter les droits du patient tout en accordant plus de légitimité au discours du praticien. Alors qu'en psychiatrie le point de vue du patient est considéré comme une donnée objective, Velpry montre comment celui-ci résulte d'une évolution historique et culturelle et comment son expression est façonnée par les conditions sociales permettant son émergence. Elle n'est donc pas indépendante du cadre dans lequel elle surgit. L'ambiguïté fondamentale, en psychiatrie, se situe dans le fait que la parole du patient peut être interprétée comme un symptôme de la pathologie et, en tant que tel, son expression constitue un indicateur de l'état de santé du patient. Le point de vue du patient n'est donc pas appréhendé uniquement au premier degré, mais devient pour les soignants une donnée à inclure dans l'évaluation thérapeutique.

Les situations suicidaires constituent un exemple intéressant permettant de mettre en évidence la prise en compte paradoxale du point de vue du patient. Alors que les soignants insistent sur le fait de mettre en avant l'envie du patient, comment considèrent-ils cet élément lorsque le patient exprime la volonté du mourir ?

Effectivement, l'envie de mourir du patient est en premier lieu considéré comme un symptôme d'un trouble psychiatrique car elle est d'emblée appréhendée comme étant pathologique³⁴⁹. Toutefois, la majorité des soignants prennent en compte cet élément de manière plus complexe. L'envie suicidaire est considérée comme étant ambiguë : l'instinct de survie du patient persisterait toujours d'une manière ou d'une autre en filigrane à l'envie suicidaire. C'est à partir de cette ambivalence fondamentale que se construit le travail du soignant et se base la légitimité de son intervention. Le fait de se référer à un service de psychiatrie est en ce sens considéré un signe que la personne n'est pas complètement fermée à l'aide. On peut retrouver cette dimension contradictoire dans le discours des patients concernant l'intentionnalité de leur geste ou de leurs idées suicidaires :

Comment décrivez-vous ce geste : un appel à l'aide ou vous vouliez mourir ? Les deux. Mais je ne pense plus mourir. Parce que je me souviens le premier truc avec les psys... ils m'ont demandé 'est-ce que vous regrettez votre geste ?' Je l'ai regardé et ça je me souviens que j'étais sous médicaments : 'Non, je ne regrette pas'. C'est la réponse que je lui ai faite. C'était sur un coup de tête mais en même temps... (Entretien Antoine)

La tentative de suicide répondait-elle à une volonté de mourir ? Sur le moment oui, mais je pense que si on veut vraiment le faire, ce n'est pas cette technique. En plus de ça en rigolant avec des amis qui m'ont dit 'la prochaine fois tu coupes [les veines] dans l'autre sens'. Déjà la technique c'est pas tellement... et les médicaments que j'ai pris. Je n'ai rien eu, je suis solide, mais j'aurais pu me trouver des trucs beaucoup plus forts aussi. Je n'avais pas d'alcool, j'ai bu de l'alcool à bruler, c'est tellement dégueulasse que je n'en ai pas bu en grandes quantités. Après selon ce que j'aurais eu à la maison comme alcool ça se mélange et ça aurait pu être pire. (Entretien Alban)

La question de l'ambivalence face à la volonté de mourir a été rencontrée chez la majorité des personnes interviewées. Cela était plus marqué chez les patients ayant consulté à partir d'une démarche volontaire. Pour ceux qui sont arrivés en ambulance ou avec la police, cette ambivalence est plutôt une hypothèse de travail des soignants, les aidant à instaurer une démarche thérapeutique³⁵⁰.

³⁴⁹ Voir à ce propos le chapitre 4.

³⁵⁰ Cela ne signifie toutefois pas que cette ambivalence est présente chez toutes les personnes qui ont des idées suicidaires, font des tentatives de suicides ou se suicident. Il s'agit d'un trait important de la population qui a composé mon échantillon, constitué de personnes ayant eu des idées ou des comportements suicidaires importants et ayant eu un suivi plus ou moins fort avec un psychothérapeute. En ce qui concerne les personnes qui ont par exemple fait un suicide complété, l'ambivalence serait probablement présente de manière moins marquée, la volonté de mourir ayant pris une place plus importante par rapport au désir de vivre. Il est également probable que cette ambivalence résulte de la prise en charge psychiatrique où le travail avec le soignant a pu faire émerger l'« instinct de vie » du patient.

Lors de la consultation en urgence, le soignant interroge ainsi le patient sur ses intentions suicidaires. A-t-il des idées suicidaires ? De quel type ? Entend-il passer à l'acte ? Quand ? Par quel moyen ? Le patient sait pertinemment que le soignant est là pour lui venir en aide et l'empêchera de mettre en pratique ses éventuelles intentions au travers d'une hospitalisation par exemple. Pourtant, les soignants posent ces questions et considèrent que le patient y répond la plupart des fois de manière relativement sincère.

Souvent et ce qui m'étonne, c'est la grande sincérité des gens avec des idées suicidaires. Mais on peut facilement imaginer quelqu'un qui est suicidaire et puis qui veut que son projet réussisse. Ils nous rassurent : 'non, je ne suis pas suicidaire'. Nous rassurer pour pouvoir se suicider. Mais je n'ai jamais vu ça. Et c'est... ça m'a toujours impressionné. *Pourquoi selon vous ?* Je pense que l'être humain a pas mal d'instinct de conservation. Et si quelqu'un est suicidaire, il reste franc aussi par instinct. On est nés pour vivre. Et je pense que c'est très fort, c'est ancré très profondément. Il y a des gens qui essayent de se suicider et qui mettent en échec leur tentative de suicide aussi. Ils sabotent la réussite de leur passage à l'acte. En envoyant un SMS à un proche en disant 'adieu'. C'est vrai qu'ici il y a une cohorte qui ne réussit normalement pas à se suicider. Ça, je ne peux pas vous répondre par rapport aux gens qui réussissent. On dit que jusqu'au dernier moment, jusqu'au passage à l'acte, il y a une ambivalence face au passage à l'acte. Et cette ambivalence est très forte. Parce qu'il y a cet instinct de vie qui lutte contre l'idéation suicidaire. (Entretien Martin, médecin assistant)

Les soignants n'interprètent toutefois pas la sincérité des patients quant à leurs idées suicidaires comme un simple appel à l'aide. Cela témoigne, selon eux, de l'envie du patient d'entrer en relation avec le soignant de manière authentique (authenticité qui passe par le fait de ne pas nier ses envies suicidaires), reflétant son désir de vivre. Les soignants ne peuvent malgré tout pas exclure la possibilité que le patient mente afin d'éviter d'être hospitalisé. Comment cette question est-elle prise en compte ?

Qu'est-ce qui guide l'hospitalisation d'office ? Une impossibilité de reconnaître son état de maladie actuel, ce serait une condition qui doit être remplie, être incapable de se rendre compte à quel point ça ne va pas. (...) C'est la présence d'une mise en danger immédiate de soi-même ou d'autrui. Si on a des bonnes raisons... si la personne dit 'je veux toujours mourir, je ne veux pas aller à l'hôpital et puis pour toujours mourir je vais me tirer une balle dans la tête dès que je sors de l'hôpital', c'est relativement facile. Après les personnes qui veulent toujours mourir mais qui ne nous le disent pas, c'est difficile. Mais on ne peut faire qu'avec ce que le patient nous dit. L'idée de mensonge ne joue pas de rôle en psychiatrie. Le mensonge n'existe pas. *Dans quel sens ?* Dans le sens que ce que les patients nous disent est la réalité que nous on va noter comme telle, si quelqu'un nous dit, 'non, je rentre à la maison, je ne veux pas me faire du mal, je vais bien et puis je n'ai pas l'intention de me tirer une balle dans la tête aujourd'hui' je note comme ça et je ne peux pas mettre en doute. Là où je dis, on a des arguments d'office, c'est là où les gens me disent, oui, je vais bien maintenant, je veux sortir, parce que je veux moi-même décider de mettre fin à ma vie ou comme ça... aujourd'hui. Où il y a une

immédiateté de la dangerosité, là ce serait un potentiel argument d'office s'il y a d'autres arguments qui vont avec, la maladie mentale. Il faut toujours les deux.

(...) Il pourrait y avoir une situation où le patient ment et ne veut pas avoir à faire à la psychiatrie, sait bien montrer ou cacher ses intentions et qui finalement passe à l'acte. Oui, mais on n'est pas au-dessus de ça. Ça on doit l'accepter, on doit accepter que dans un service de psychiatrie d'urgence parfois il y a des gens qui se suicident. C'est comme à l'hôpital psychiatrique. La pensée contraire c'est qu'à l'hôpital psychiatrique les gens sont en sécurité, ce qui est aussi faux parce que beaucoup de personnes se suicident à l'hôpital psychiatrique et on sait que l'hospitalisation en soit peut être un facteur précipitant pour un passage à l'acte. On ne va pas prétendre de mieux savoir gérer les réactions de l'autre en le mettant à l'hôpital et en le précipitant à un passage à l'acte. La mise à l'abri n'est finalement pas la priorité absolue. Non, disons que si c'était une véritable mise à l'abri absolue mais les gens peuvent se taper la tête contre le mur jusqu'à la mort. S'il y a une intentionnalité absolue, on ne peut rien y faire. On n'attache pas les gens. C'est les limites de la médecine.

(...) Et on sait aussi dans ces situations où les personnes nous mentent, il faut accepter le mensonge rien que comme principe déontologique, rien que pour dire que les gens nous disent la vérité. Si on part du principe que les gens nous mentent, ça crée aussi le précédent que le médecin il est complètement arbitraire dans ses décisions, ce qui est absurde aussi. On ne peut pas prétendre savoir ce qui se passe dans la tête de l'autre. On peut prétendre savoir si l'output ne fonctionne pas, s'il est obnubilé par la maladie mentale. On a cette expertise et c'est aussi pour ça que servent les psychiatres, pour pouvoir trancher là dedans. Mais en dehors de ça, le patient qui va bien et qui a juste l'intention de mourir,... (Entretien Mathys, médecin chef de clinique)

Derrière les propos de Mathys, on perçoit l'influence de son orientation théorique de type cognitivo-comportementale. Il prend en effet la parole du patient au premier degré, sans que des idées ou intentions sous-jacentes ne soient nécessairement supposées. Chez d'autres soignants, notamment d'orientation psychanalytique, la parole du patient fait plus facilement l'objet d'une interprétation. L'intention ou l'envie du patient est ainsi considérée comme révélant d'autres aspects (notamment l'envie de vivre ou d'être aidé). Indépendamment de l'orientation, les soignants du SUC sont plutôt prompts à penser que le patient est sincère quant à ses envies suicidaires et le mensonge y est considéré comme un risque possible reflétant les limites propres au travail psychiatrique. Le fait de croire aux propos du patient devient ainsi la condition première permettant d'établir une relation avec lui. En ce sens, l'évaluation du risque suicidaire et la pratique psychiatrique se basent en grande partie sur la parole du patient, qui devient ici une source d'informations permettant également d'envisager le suivi.

Dans la décision de la solution thérapeutique à entreprendre, l'envie du patient joue un rôle ambigu.

Dans l'alternative entre faire un suivi de crise et hospitaliser, quels sont les éléments qui pèsent ? L'envie du patient. Si le patient dit je ne veux pas aller à l'hôpital et nous on n'a pas de critères pour dire 'il n'a pas de discernement sur cette question', ça va être un suivi de crise de toute manière. C'est la question qui tranche, l'envie du patient. Les situations plus compliquées, c'est les situations où le patient veut aller à l'hôpital et nous on pense que bof... il n'y aurait pas besoin, on pourrait faire ça en ambulatoire. Peut-être un peu anxieux, évitant, caractériel, il veut aller à l'hôpital... pour marquer le coup. Là c'est plus compliqué mais en général on est assez... c'est rare... là toujours où c'est conflictuel c'est où nous on veut l'hospitaliser et lui ne veut pas et puis après il faut vraiment trouver les questions ou les points qui justifieraient une hospitalisation d'office et après il faut aussi se le justifier à soi-même aussi, souvent on est nous mêmes dans l'inquiétude et c'est pour ça qu'il y a la supervision dans ces situations très bateau où on va clairement contre l'envie du patient d'un côté ou de l'autre. Là c'est normalement des situations qui sont supervisées, discutées. Il y a environ un tiers de situations comme ça, de situations qui vont contre le gré du patient. Tant qu'on est en accord avec le patient, on peut tout faire. On pense que ça serait bien qu'il soit hospitalisé et il veut être hospitalisé, on y va ! On pense que ce serait bien s'il revient en suivi de crise et lui il veut rester en dehors de l'hôpital, ça va bien. Les situations où les gens ne veulent rien après, ce qui est rare, c'est aussi très compliqué. Il y a un passage à l'acte suicidaire, l'intentionnalité est difficile à déterminer... s'il y a eu lettre d'adieu et tout le tralala, on aura de la peine à nier l'intentionnalité, mais on a aussi des patients qui disent 'c'était rien, ça va mieux, je ne veux plus rien, plus rien à voir et à faire avec la psychiatrie', ce sont des situations plus compliquées. Parce que l'envie des patients prime, la capacité de discernement ils l'auront peut-être encore, si on n'est pas face à un patient dépressif dans l'opposition. Les patients sont très habiles, disent non, là ça va mieux, et puis pour nous mêmes que les gens restent maîtres de leur vie c'est très difficile de dire : nous on ne va pas faire de plus, on respecte ce que vous avez envie... la pensée qui nous console c'est que c'est peut-être ça qui nous console c'est peut-être ça qui permet aux gens de revenir s'ils en ont vraiment besoin parce que si on décide pour un acte violent, pour moi une hospitalisation d'office reste un acte de violence d'une manière ou d'une autre. Il faut avoir de très bonnes raisons, c'est ça qui guide notre choix. (Entretien Marc, médecin chef de clinique)

Ces propos montrent que la prise en compte de la volonté du patient est plutôt paradoxale. Même si elle est très mise en avant (*l'envie du patient prime*), les soignants la respectent pleinement lorsqu'elle correspond à ce qui est préconisé par l'évaluation du soignant. Ce qui prévaut est en effet toujours l'exigence thérapeutique du soignant. Dans les situations conflictuelles, le point de vue du patient est respecté pour autant que la situation ne soit pas considérée comme très grave, autrement c'est le soignant qui prend la décision d'hospitaliser, mais ce à condition de pouvoir poser un diagnostic psychiatrique.

Puisque la prérogative thérapeutique semble être prédominante, la valorisation du point de vue du patient servirait-il de faire-valoir moral, dans un contexte où la figure du soignant imposant sa volonté ne serait plus admissible ? Il s'agit là d'une lecture possible, qui n'invalide toutefois pas la démarche qui consiste à donner une place déterminante au patient dans les décisions quant à sa prise en charge. On peut toutefois également affirmer que dans les décisions concernant le suivi thérapeutique, la responsabilité du soignant face à l'intégrité du patient est toujours déterminante par rapport à la volonté du patient. En effet, du moment que ces personnes entrent dans le cadre psychiatrique, c'est l'aspect mandataire et donc les exigences du soignant, qui deviennent déterminantes, orientant le type de relation qui est entrepris avec le patient³⁵¹. Le point de vue du patient, valorisé par les soignants, se situe ainsi dans le cadre d'une intervention psychiatrique, avec ses prérogatives et ses limites.

Avant d'en arriver à une imposition autoritaire de l'hospitalisation d'office lorsque le patient refuse toute prise en charge, les soignants explorent souvent d'autres voies plus « douces » afin d'amener le patient à consentir aux soins. Plusieurs soignants évoquent la manière dont ils essaient, par le biais du pouvoir de persuasion, de susciter l'adhésion du patient à la perspective thérapeutique proposée.

C'est qu'en général, on aime bien responsabiliser le patient. On essaie de dire 'bon, moi je vois ça. Est-ce que vous êtes d'accord ? Oui, non ? Pour moi, une solution serait l'hospitalisation, est-ce que vous êtes d'accord ?' En jouant presque un peu avec les mots. Ça ne veut pas dire mentir, on joue plutôt avec l'interprétation de la situation. Si on arrive à mettre bien le doigt là où il faut, les personnes sont capables de dire oui, même si elles étaient complètement contre une hospitalisation au début. Si on arrive à amener ça d'une certaine manière, les personnes peuvent dire 'oui, j'accepte d'être hospitalisé'. Dans le long terme, le geste fait que ça vient aussi d'eux, ça fait comme une sorte de 'ok, j'essaie de me reprendre un peu en main, avec les personnes qui sont capables de m'aider'. Pas juste totalement passif et en attente que miraculeusement ça aille mieux. (Entretien Matthias, médecin assistant)

Le soignant peut ainsi, par son rôle et son pouvoir, diriger le point de vue du patient afin qu'il rejoigne celui du soignant. La persuasion, largement utilisée par les soignants du SUC, est ainsi considérée comme une alternative moralement acceptable à la contrainte. Comme l'écrit Velpry : « convaincre une personne de se faire hospitaliser est moralement plus correct que de l'y contraindre par la force » (2008a: 153).

³⁵¹ Il y a donc là une différence fondamentale par rapport à d'autres services d'aide ou de soutien non médicaux qui ne disposent pas du pouvoir de contrainte : leur travail ne peut en principe pas aller au-delà d'une réponse à une demande du patient.

Plus rares sont les propos des soignants pour qui le respect du point de vue du patient peut aller très loin dans l'engagement que peut avoir le soignant dans la situation. Voici le récit d'une prise en charge fait par Noémie :

Ça fait quelques années, 2-3 années en arrière, il y a une jeune femme qui est arrivée ici, c'est sa mère qui m'a téléphoné, j'ai vu la mère et la fille... la fille avait 25-26 ans et la fille était très mal et elle a exprimé des idées suicidaires, la mère était très inquiète. (...) Elle était décidée d'en finir avec sa vie. Elle était vraiment décidée et elle était très mal et au niveau de la pathologie c'est difficile de poser un diagnostic mais elle avait des phénomènes qu'on pouvait cataloguer du côté de la psychose. Elle était très en retrait, presque mélancoliforme, elle ne voulait plus manger, elle ne voulait plus s'alimenter. Elle voulait juste rester dans son lit mais elle avait quand même une forte idée de faire un passage à l'acte, se suicider, avec aussi une idée comment le faire et tout ça. Il y avait très peu de choses qui la retenait à la vie. C'était l'état. Nous avons commencé les entretiens, la première partie de la prise en charge elle a dit clairement je suis d'accord de venir ici mais je ne veux surtout pas aller à l'hôpital. Parce qu'il y avait cette possibilité. On lui a expliqué clairement quelle était notre position, notre responsabilité. Nous avons commencé un suivi de crise qui était quand même assez serré. Cette patiente, elle avait très mal, elle revenait par moments, ça se stabilisait, par moment il y avait ces idées qui revenaient très très fort. (...) Ça été une longue prise en charge avec une énorme difficulté parce qu'elle rechutait de plus en plus bas, elle a eu des maladies somatiques qui se sont mélangées au moment où la prise en charge était ici. Elle maigrissait de plus en plus, elle ne voulait vraiment pas du tout se nourrir. Mais à chaque fois qu'on lui proposait elle était très honnête à nous dire que si véritablement on la mettait à l'hôpital c'est clair qu'elle allait se suicider. De son côté à elle et de notre côté à nous, la seule condition était qu'elle respecte le non passage à l'acte, et elle l'a fait, ça s'est bien fini, ça été une longue prise en charge, 6 mois. Puis elle est repartie contente, elle a fini ses études, la vie a repris. Mais ça s'est bien fini, nous avons tenus, à chaque fois je partais à la maison et je sentais une énorme responsabilité par rapport à cette fille, à cette mère et je me sentais pleine d'ambivalence, dans le sens que si j'entendais la mère il fallait l'hospitaliser, si j'entendais la fille il ne fallait pas. Mais je suis très contente que ça s'est terminé comme ça. (Entretien Noémie, infirmière)

Malgré la présence, dans cette situation, de critères pour une hospitalisation d'office, les soignants ont décidé de respecter la volonté de la fille de ne pas être hospitalisée. Cette dernière avait par ailleurs accepté de faire le suivi de crise. Cette solution, comme le révèlent les propos de Noémie, demande toutefois une grande implication et une prise de risque de la part du soignant. Son avantage fondamental est de ne pas déposséder le patient du pouvoir de disposer de lui-même. En effet, l'hospitalisation d'office, bien qu'elle permette dans une certaine mesure de mettre le patient à l'abri d'un passage à l'acte, renforce le sentiment d'impuissance et de perte de pouvoir à l'origine de la détresse du patient présentant une problématique suicidaire.

Dans l'attitude du soignant de valoriser le point de vue du patient ou de susciter son adhésion, l'objectif est de renforcer le pouvoir du patient, afin de l'aider à sortir de son impuissance. Noémie va jusqu'à admettre que reconnaître au patient la liberté qu'il a, au fond, à se suicider, contribue également à cette reprise de pouvoir du patient sur lui-même, qui peut être thérapeutique.

Mais on va tout le temps dire à la personne que la liberté dernière lui appartient. Parfois c'est assez paradoxal, de dire à une personne qu'on reconnaît cette liberté, ça lui donne une certaine prise de pouvoir qui permet que ça redémarre à nouveau. C'est clair que c'est un travail qui est difficile parce qu'il faut jouer autour de notions qui sont très importantes pour nous aussi. (Entretien Noémie, infirmière)

Un autre outil qui est employé par les soignants afin de mobiliser le point de vue du patient et de renforcer son adhésion au dispositif thérapeutique, est celui de stipuler avec ce dernier un contrat de « non passage à l'acte ». Il s'agit d'un contrat informel établi la plupart des fois verbalement, avec lequel le patient s'engage à ne pas passer à l'acte pendant le temps de la prise en charge. C'est une manière de prendre du temps afin que, d'une part, la phase aiguë de la crise suicidaire s'affaiblisse et, de l'autre, que l'état psychique du patient s'améliore grâce aux bienfaits de la thérapie. Cette solution est proposée lorsque le patient nécessite une prise en charge psychiatrique mais que l'hospitalisation ne semble pas être une solution envisageable (soit parce que le patient la refuse farouchement, soit parce que la gravité n'est pas très élevée). Par ce biais, le patient s'engage à aller aux rendez-vous suivants et à appeler les soignants au cas où les pensées suicidaires deviendraient oppressantes. Matthias, médecin assistant, décrit de la façon suivante ce processus : « On essaie d'établir une sorte de contrat dans le but de responsabiliser le patient et de montrer qu'on n'est pas insensible à sa tentative de suicide, et que le fait de l'engager un peu veut dire qu'il doit s'engager vis-à-vis de quelqu'un d'autre et pas seulement de lui-même. ». Là encore, il s'agit d'une manière pour valoriser le point de vue du patient, tout en mettant l'accent sur la dimension relationnelle de la prise en charge qui, dans ce cas, prend un caractère contractuel.

A partir de ces observations, on peut voir que le point de vue du patient n'est pas seulement une source d'information (quant à son état de santé) ou un faire-valoir moral. Il est également une caractéristique qui devient un levier thérapeutique jouant un rôle central dans la prise en charge. L'ignorer, l'influencer ou le respecter deviennent des marqueurs de la relation établie avec les patients. Si le respect du point de vue du patient est aujourd'hui plus en accord avec les valeurs contemporaines d'égalité et d'autonomie,

les autres types d'attitude, s'appuyant sur le rapport de pouvoir entre patient et soignant, sont largement utilisés dans une perspective thérapeutique. Toutefois, loin de résulter d'une évaluation du risque de suicide objective, l'adoption des différentes postures vis-à-vis de la volonté du patient est influencée par des facteurs sociaux et culturels. On verra plus loin comment se développe ce processus.

Face à la demande de médicalisation du patient

Dans les situations rencontrées au SUC, il y a également celle des patients qui arrivent avec une demande explicite de médicalisation. Comme le met en évidence Conrad, la médicalisation ne résulte pas uniquement de l'« impérialisme médical » (1992: 219), mais constitue un processus interactif, où les patients jouent un rôle de plus en plus important. Le concept de médicalisation se réfère ici en particulier à la demande d'hospitalisation, de médication et d'un certificat médical pour un arrêt de travail³⁵². En psychiatrie, ces demandes peuvent provenir de patients de longue date, qui connaissent très bien les rouages du système psychiatrique, ainsi que les avantages qu'ils peuvent y obtenir. La demande de médicalisation peut également venir de patients confrontés pour la première fois à des souffrances psychiques et qui cherchent dans les outils d'intervention psychiatrique un moyen pour être soulagés, voire pour être reconnus dans sa souffrance.

Lors de la consultation des dossiers et des entretiens avec les patients, j'ai pu observer plusieurs situations où les patients arrivent au SUC en demandant explicitement d'être hospitalisés, de recevoir des médicaments ou des arrêts de travail. La demande d'hospitalisation vient le plus souvent de personnes connaissant déjà bien le milieu psychiatrique et qui avaient déjà été hospitalisées. Les motivations évoquées sont celles de bénéficier d'un cadre « rassurant », de pouvoir être accompagnés au début d'un nouveau traitement médicamenteux ou de pouvoir se ressourcer loin des situations de vie stressantes. Dans la demande de certaines personnes sans domicile fixe, la possibilité d'être hospitalisé constitue un moyen pour bénéficier d'un toit sous lequel dormir et de repas chauds et réguliers. Il y a également d'autres personnes moins familières avec la psychiatrie pour qui le fait d'être hospitalisé pouvait représenter une manière d'être reconnu dans sa souffrance. C'est notamment le cas d'Alban qui dit : « Il y avait presque un côté 'je veux une hospitalisation'. Je veux être pris en charge et montrer à mon entourage et à ma famille 'je ne vais pas bien, regardez, on me mets à l'hôpital psychiatrique' ».

³⁵² Il s'agit en particulier des patients qui viennent avec une demande explicite vis-à-vis des services psychiatriques afin d'obtenir certains bénéfices concrets. En ce sens, les patients qui demandent uniquement que leur souffrance soit soulagée ne sont pas ici pris en compte.

De nombreux patients arrivent au SUC en demandant des médicaments, souvent des somnifères, des antidépresseurs ou des anxiolytiques. Parfois il s'agit de personnes qui ont déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique et qui ont déjà consommé (ou consomment toujours) des médicaments psychotropes. Ils viennent alors avec une demande précise de médicaments. Des fois, il s'agit de personnes qui présentent des difficultés importantes dans la vie, souvent avec des idées suicidaires, et qui demandent des médicaments afin d'être soulagées. Plusieurs patients viennent au SUC afin d'obtenir des arrêts de travail le plus souvent en raison de conflits sur le lieu de travail.

L'argument suicidaire peut dans ces cas devenir un outil afin d'obtenir plus de crédibilité de la part des soignants. Arnaud était par exemple arrivé au service (avec un cutter en menaçant de se suicider) afin d'être « pris au sérieux » et d'obtenir un arrêt de travail. A partir de la consultation des dossiers, on peut trouver plusieurs cas de personnes utilisant la menace suicidaire afin d'exercer une pression tant sur les proches que sur les soignants. Si dans certaines situations, cette instrumentalisation de l'argument suicidaire est faite de manière tout à fait consciente et intentionnelle (comme chez Arnaud), d'autres fois elle peut être moins réfléchie et plus impulsive.

L'attitude des soignants à l'égard de ces demandes de médicalisation est très variable. Selon les soignants, ces requêtes reflètent avant tout une situation de souffrance que le soignant doit écouter et accueillir. Par ces demandes, le patient exprime également le désir d'être aidé. En ce sens, elles sont considérées positivement car elles démontrent une ouverture du patient à une prise en charge psychiatrique. Toutefois, ces demandes sont souvent considérées comme reflétant une vision faussée de l'aide psychiatrique ou de ce qui peut être bénéfique pour le patient. Derrière la réticence à vouloir satisfaire les demandes des patients, on retrouve ainsi une certaine volonté à défendre l'expertise psychiatrique en tant que savoir expert peu accessible aux profanes. Les soignants sont également attentifs à l'instrumentalisation dont ils peuvent faire l'objet. Cette dimension est très souvent discutée dans les colloques car elle constitue un trait important du travail des soignants, notamment en lien avec certaines pathologies psychiatriques (comme les troubles de la personnalité).

La réaction des soignants dépend également de la spécificité de la demande du patient et de la situation dans laquelle il se trouve. Concernant les hospitalisations, les soignants sont plutôt réticents à satisfaire la demande du patient. Puisqu'il s'agit souvent de personnes déjà intégrées dans le réseau psychiatrique, la demande d'hospitalisation est parfois perçue comme le reflet d'une relation de dépendance avec les services psychiatriques. A moins

que la situation l'exige véritablement, les soignants préfèrent s'appuyer sur la volonté d'être pris en charge que reflète la demande d'hospitalisation pour encourager un suivi de crise. Mathilde évoque à ce propos une demande d'hospitalisation qui n'avait pas été satisfaite par les soignants :

Il y a différents cas. Soit ils sont dans un trouble de la personnalité et ils veulent nous angoïsser avec leurs menaces... Il peut y avoir l'impression qu'ils vont passer à l'acte et d'autres qui disent si vous ne m'hospitalisez pas je vais me suicider. Il y a des cas qui verbalisent vraiment les idées suicidaires et disent si vous ne m'hospitalisez pas je sors d'ici et je me tue et que quand même on n'a pas hospitalisé. *Pourquoi ?* je te donne un exemple d'une patiente qui a un grave trouble de la personnalité borderline qui s'automutile et qui est dépendante à l'alcool et qui fait des automutilations et des idées suicidaires et qui est tout le temps en urgence suicidaire. C'est une patiente qui est suivie et c'est une patiente à qui on a dit dès que ça ne va pas vous allez aux urgences pour être hospitalisée. C'est une personne qui bénéficie d'hospitalisations de décharge. C'est organisé avec son psychiatre. Elle vient sur un week-end alcoolisée et qui avait une petite dispute avec une amie à elle au téléphone, dispute banale, c'est elle qui utilise ce mot. Ça l'a mis en colère et elle est venue aux urgences en disant qu'elle devait être hospitalisée parce qu'elle dit qu'on lui avait dit de faire comme ça. Mais il n'y avait pas d'urgence à l'hospitaliser. Elle était alcoolisée...(…) Cette patiente on a décidé de ne pas l'hospitaliser en disant qu'il n'y avait pas d'urgence à l'hospitaliser mais donc après je ne me souviens pas vraiment mais... (….) C'est une patiente bien connue par le service, elle est tout le temps...si à chaque fois qu'elle vient on l'hospitalise elle passerait 11 mois sur une année à l'hôpital. (Entretien Mathilde, médecin assistante)

Comme on le verra à la fin de ce chapitre, d'autres raisons tant institutionnelles qu'identitaires motivent toutefois la tendance à refuser les hospitalisations.

Au contraire, les demandes de prescription de médicaments sont le plus souvent satisfaites. Que ça soit des calmants, des antidépresseurs ou des anxiolytiques, les médecins sont plutôt prompts à aller dans la direction de la demande du patient. D'un côté, cette demande ne comporte pas de contraintes structurelles comme dans le cas des hospitalisations. De l'autre, une certaine banalisation de l'utilisation de médicaments psychotropes facilite le consentement des soignants à ces requêtes. Dans les situations où la demande s'insère dans un contexte où le patient présente des idées ou des comportements suicidaires, cette accessibilité aux substances psychotropes peut toutefois être questionnée. En effet, les tentatives de suicide se font très souvent avec des médicaments qui avaient été prescrits par des médecins. De plus, la demande de médicaments et la tentative de suicide par médicaments présentent des intentions similaires : les deux visent à arrêter la souffrance par le biais de substances psychotropes. D'ailleurs, les patients qui arrivent au SUC en réclamant des somnifères afin de « dormir et

ainsi ne plus souffrir » ont un discours très proche de celui disant « m'endormir pour ne plus me réveiller » caractéristique des personnes ayant fait des tentatives de suicide médicamenteuses. Les deux démarches se distinguent évidemment par plusieurs aspects, surtout par le fait de passer par des soignants dans le premier cas, alors que dans le deuxième, la prise de médicaments est souvent faite de manière solitaire et sans espoir de pouvoir être aidé. Dans les situations où le patient présente des idées suicidaires, certains soignants se disent conscients du danger que cela peut représenter et affirment que sont donnés seulement les médicaments nécessaires jusqu'au prochain rendez-vous (dont la prise ne peut être létale). Si au sein du SUC une certaine attention est portée à cette question, cela ne semble pas être le cas pour une grande partie des médecins qui prescrivent des antidépresseurs ou des somnifères³⁵³. En effet, dans les témoignages des patients on retrouve souvent des tentatives de suicide réalisées grâce aux médicaments prescrits dans le but de soulager la souffrance, dans un contexte de risque de suicide assez élevé³⁵⁴.

Pour les demandes d'arrêt de travail, les soignants du SUC acceptent rarement d'en fournir un. La crainte d'être instrumentalisé est ici assez marquée. Les soignants veulent ainsi éviter que le patient se présente aux urgences non pas dans le but d'être aidé dans un but psychothérapeutique, mais seulement pour obtenir un arrêt de travail. De plus, une seule consultation en urgence, par des soignants qui ne connaissent pas le patient, n'est pas considérée suffisante pour établir un certificat d'arrêt de travail. Ce dernier peut ainsi être fourni à la deuxième ou à la troisième consultation, mais le plus souvent les patients se réfèrent entre temps à leur médecin traitant afin d'en obtenir un (c'est notamment le cas d'Arnaud). Derrière cette attitude, il n'y a pas nécessairement le refus de considérer les difficultés sur le lieu de travail comme une problématique médicale, mais plutôt le refus d'encourager le patient à les résoudre par le seul fait d'arrêter de travailler. L'idée sous-jacente est que s'il y a des conflits au travail, il y a probablement des problèmes plus profonds (au sens psychologique du terme) à résoudre.

A une première lecture, ces refus de demandes de médicalisation des patients (notamment dans les cas des hospitalisations et des arrêts de travail) peuvent ainsi être interprétés comme des pratiques de démedicalisation (Fassin, 2006b). Bien qu'une certaine réflexion

³⁵³ Il faut dire que les médicaments psychotropes sont la majorité des fois prescrits par les médecins généralistes et non les psychiatres.

³⁵⁴ Dans cette facilité à prescrire des médicaments psychotropes s'insère dans une adhésion assez grande des milieux psychiatriques aux prises en charges médicamenteuses. On peut également interroger l'influence des industries pharmaceutiques sur les prescriptions de médicaments, que je n'ai pas approfondi ici.

aux risques de médicaliser à outrance les situations de la vie soit présente au sein du service, une analyse plus approfondie montre que d'autres logiques (e.g. le refus d'être instrumentalisé) permettent de mieux comprendre ces refus.

Évaluer le risque

Pour justifier le respect ou le non-respect de la demande et du point de vue du patient, les soignants s'appuient ainsi sur l'évaluation du risque³⁵⁵ que la personne puisse se suicider. Les éléments considérés par l'évaluation du *potentiel suicidaire*, analysés au chapitre 4, explicitent seulement certains aspects déterminant cette appréciation. Dans ce dispositif formel sont pris en compte l'évaluation du risque suicidaire (entendu comme lié aux facteurs de risque d'un point de vue épidémiologique), de la dangerosité et de l'urgence. Sa formulation objective sert ainsi à justifier le type de suivi entrepris avec le patient, notamment d'un point de vue légal (par exemple en cas de suicide du patient rentré à la maison ou en cas de recours de la part du patient lors d'une hospitalisation d'office). Implicitement, l'évaluation relève d'un processus plus subtil et complexe, impliquant directement le type de relation instauré entre le soignant et le patient.

Deux éléments prioritaires déterminants dans l'estimation du risque de suicide émergent en filigrane : l'autonomie du patient et son degré d'adhésion au dispositif psychiatrique. L'autonomie du patient est définie d'un côté comme la capacité à se maintenir en vie et à ne pas se suicider et, de l'autre, comme l'aptitude du patient à respecter le cadre thérapeutique proposé par le soignant (venir aux rendez-vous fixés, téléphoner en cas de besoin, être sincère avec le soignant). Plus l'autonomie est grande, moins le risque de suicide sera élevé et plus la prise en charge pourra respecter la volonté du patient. Inversement, une autonomie limitée entrainera une intervention plus grande du soignant dans la prise en charge. Il s'agit toutefois d'une interprétation particulière de l'autonomie. La capacité d'autonomie n'est en effet pas définie par le patient lui-même, mais son appréciation est directement dépendante de la logique médicale et thérapeutique. Si le patient exerce son autonomie dans un sens opposé à celui considéré comme étant « sain » ou « normal » par les soignants (comme lors des comportements suicidaires), le patient n'est dès lors plus qualifié comme étant autonome. De plus, l'autonomie implique la

³⁵⁵ J'utilise dans le texte le terme de « risque » ou « risque de suicide » non pas au sens employé dans la terminologie de l'évaluation du potentiel suicidaire (appelée « risque suicidaire », en rapport avec les facteurs de risque), mais au sens plus large, comme une estimation des soignants quant au risque que la personne se suicide.

capacité à se « plier » au dispositif proposé, et donc à renoncer à une partie de son autonomie.

L'évaluation du risque sous-tend également le rapport que le patient entretient avec le soignant et, de manière plus générale, avec la psychiatrie en tant que dispositif d'aide. Le degré d'adhésion du patient au cadre psychiatrique tient ainsi une place centrale dans l'estimation du risque suicidaire et sa transposition vers un suivi thérapeutique. Afin de mesurer l'adhésion des patients, les soignants seront attentifs au fait que ceux-ci admettent qu'ils vont mal, qu'ils sont atteints d'un trouble psychique, qu'ils ont besoin de soutien, que leurs idées ou comportements suicidaires sont le reflet de ce mal-être et ne se justifient pas d'un point de vue rationnel ou philosophique. Il s'agit également de savoir dans quelle mesure les patients s'engagent dans une thérapie par la parole et/ou par un traitement médicamenteux, s'ils considèrent les soignants comme des personnes pouvant les aider et s'ils acceptent la prise en charge proposée et conçoivent les idées ou les comportements suicidaires comme une phase transitoire qui s'estompera au fur et à mesure de la thérapie. À l'inverse, la non-adhésion du patient peut être perçue par les soignants comme un refus d'être aidé, pouvant aggraver, selon leur point de vue, le risque que la personne se suicide.

L'évaluation du risque suicidaire ne constitue ainsi pas une estimation objective de l'état psychologique du patient mais dépend largement du contexte dans lequel elle s'effectue. Elle est en effet directement dépendante de la relation qui s'établit entre le soignant et le patient, où les dimensions socioculturelles peuvent jouer un rôle important.

Les représentations que le patient a sur la psychiatrie ou sur l'aide psy peuvent influencer la manière dont il répondra aux questions des soignants. Le vécu du patient ou de ses proches, mais également son milieu social et culturel, induit une vision plutôt positive ou négative de ce dispositif d'aide. Une certaine méfiance ou une attitude défensive, justifiée par des représentations négatives, peut ainsi être interprétée comme le signe d'un refus d'être aidé pouvant accroître le risque suicidaire, amenant à des attitudes plus interventionnistes de la part des soignants. La relation personnelle entretenue avec le soignant influence également cette évaluation. Les patients parlent en effet très souvent des affinités ou des antipathies ressenties vis-à-vis des soignants, déterminant directement leur envie à s'engager dans un suivi de crise ou d'accepter une hospitalisation volontaire. Selon le soignant qui effectue l'évaluation, celle-ci peut ainsi amener à des résultats différents. Les registres plutôt autoritaires ou égalitaires employés par le soignant ont également une connotation différente selon le substrat culturel et social auquel le patient

appartient. Parmi les classes supérieures, une attitude autoritaire est ainsi jugée de manière plus négative que parmi les classes défavorisées, qui peuvent plus facilement la considérer comme un gage de professionnalité (Dufrancatell, 1968). Ces biais socioculturels sont rarement discutés et explicités par les soignants. Ainsi, au lieu d'être considérés comme tels, ils sont interprétés comme des indicateurs objectifs du risque de suicide. L'expérience semble accroître la sensibilité du soignant vis-à-vis de ces dimensions socioculturelles dans le but de réduire leur impact sur l'évaluation du risque.

Toutefois, il y a une partie de l'influence que le cadre psychiatrique induit sur l'évaluation qui ne peut pas être évacuée. Le soignant a en effet un devoir de protection vis-à-vis du patient qui est strictement lié au fait de travailler dans un service psychiatrique. Il entre en relation et agit sur la situation du patient à partir de son rôle et de son statut. Il ne peut ainsi pas complètement neutraliser cet aspect de la relation bien qu'il puisse être conscient de son impact sur la relation établie et sur l'évaluation.

Trois types d'interventions relationnelles

Les différentes solutions thérapeutiques sont ainsi envisagées en fonction du risque évalué et de la relation instaurée avec le patient. Le suivi de crise, l'hospitalisation volontaire et l'hospitalisation d'office constituent les principaux outils dont les soignants disposent pour prendre en charge les patients qui consultent au SUC. Chacune de ces options sous-tend un ou plusieurs registres d'action relationnelle. Demailly, dans l'article « Fortunes et ambiguïtés de l'accompagnement » (2009) énumère les différents registres qui peuvent se rencontrer dans l'analyse des métiers de la relation. Leur diversité « est le produit de la singularité des situations-problèmes à traiter et du travail de définition, délimitation exercée par les groupes professionnels et leurs porte-parole » (Demailly, 2009: 22). La typologie évoque ainsi douze registres où le but de l'action et le statut d'autrui sont définis. Quels sont les types de relation que les interventions entamées au SUC sous-tendent ?

Dans ce cadre, on retrouve principalement les registres : d'accompagnement, thérapeutique, de la persuasion et de l'intervention. Voyons plus de près en quoi cela consiste³⁵⁶.

³⁵⁶ Le registre de l'accompagnement a comme but de l'action celui de « fournir de l'aide psychique ou psychologique selon la demande et les objectifs de transformation exprimés par le destinataire ». Le registre thérapeutique a comme but celui de « réparer, remettre en état, rééquilibrer ». Le bénéficiaire de l'aide est donc considéré comme étant dans un état de défaillance et de souffrance. Le registre de la persuasion considère autrui comme étant influençable, le but de l'action est ainsi celui de « produire des modifications dans les conduites et représentations ». Dans le registre de l'intervention le but est d'« influencer, persuader et en même temps suppléer » ce que l'autre n'est pas en mesure de faire par lui-même (Demailly, 2009: 23).

Le suivi de crise, qui comprend des consultations ambulatoires à des intervalles plus ou moins fréquents, est entrepris avec des patients qui adhèrent au dispositif psychiatrique et qui ont un degré d'autonomie assez élevé. Parfois, le suivi ambulatoire est proposé en alternative à une hospitalisation lorsque le patient refuse catégoriquement cette solution. Selon que le suivi de crise résulte d'une demande explicite du patient ou d'une solution de compromis négociée par le soignant, les registres d'actions sous-jacents sont différents. Dans le premier cas, il s'agit du registre de l'« accompagnement », où le soignant fournit un suivi psychologique à la suite de la demande du patient. L'état de détresse n'étant pas grave, le soignant se limite à accompagner le patient dans le processus de transformation souhaité par celui-ci. Il s'agit du type de relation qui incarne le mieux l'idéal égalitaire valorisé aujourd'hui. En ce qui concerne le deuxième cas, le registre utilisé est plutôt celui « thérapeutique » où l'intervention du soignant ne résulte pas nécessairement d'une volonté du patient mais d'une exigence évaluée par le soignant. Ici, l'objectif est celui d'aider le patient à retrouver un état psychique positif. L'autonomie du patient est considérée comme diminuée en raison de la souffrance du patient. On peut également retrouver dans cette démarche le registre de la « persuasion », car le soignant pousse le patient à accepter le suivi sous peine d'une hospitalisation d'office.

L'hospitalisation volontaire résulte là aussi d'une rencontre entre la volonté du patient et celle du soignant, lorsque les deux reconnaissent que la situation est relativement grave et que le risque de suicide est moyen/élevé. Dans ce cas, le patient adhère au dispositif psychiatrique et reconnaît le risque que sa situation comporte, ainsi que son autonomie limitée. Le registre peut donc être « thérapeutique », mais également de l'« intervention ». Le cadre hospitalier vise ainsi à mettre le patient à l'abri de ses idées ou de ses comportements suicidaires et entend par là se substituer à la capacité d'autonomie du patient. Demailly définit le but de l'action d'« intervention » comme permettant d'« influencer, persuader et en même temps suppléer (faire pour, faire à la place de, surveiller et passer à l'action si nécessaire) » (2009: 23). Lors d'une hospitalisation d'office, ce registre devient dominant. Le risque de suicide est estimé comme élevé lorsqu'il y a un fort manque d'autonomie et un refus d'adhésion à toute proposition thérapeutique. L'intervention contrainte du soignant est donc réalisée « pour le bien du patient » et répond au caractère mandataire de l'intervention psychiatrique. Comme déjà analysé précédemment, la volonté de se suicider et le refus de toute prise en charge psychiatrique sont ignorées au nom du devoir de protection de la vie du soignant.

Velpry, en analysant les registres utilisés dans un centre médico-psychologique d'un secteur psychiatrique français, dégage trois catégories d'action principales, directement liées au niveau d'autonomie évalué du patient : le « laisser faire », qui vise à simplement accueillir le patient sans lui demander de s'engager dans une prise en charge ; le « faire faire », où le soignant accompagne le patient afin qu'il puisse développer son autonomie et prendre en charge sa situation de manière indépendante et le « faire pour » où l'intervention thérapeutique se substitue à l'action du patient incapable de se prendre en charge. Par rapport au travail du SUC, on retrouve surtout les registres du « faire faire » et du « faire pour ». De manière générale, le premier s'applique plutôt aux suivis de crise où le soignant soutient le patient en renforçant son autonomie déjà présente (qui lui permet notamment de rester à la maison). Dans le deuxième, cela correspond à l'hospitalisation où le cadre psychiatrique se substitue à l'autonomie du patient. On pourrait toutefois penser que dans certains suivis de crise très fréquents où le patient est en forte détresse et voit le soignant très souvent, ce dernier aurait plutôt un rôle de « faire pour » le patient. Respectivement, une hospitalisation volontaire peut également engager un type de relation où le soignant « fait faire » le patient qui garde une certaine capacité d'autonomie.

Dans une prise en charge idéale, le soignant est toutefois censé amener le patient vers un degré d'indépendance plus élevé, en passant du « faire pour » au « faire faire ». Lors d'une hospitalisation (davantage si elle est d'office), ce processus sera davantage complexe à effectuer. Les conditions de l'hospitalisation permettant au patient de rester dans une situation de totale passivité rendent plus difficile une reconstruction et un renforcement de l'autonomie du patient. Au contraire, lors d'un suivi de crise, le patient est obligé de maintenir une certaine indépendance qui peut aussi juste être le fait de se nourrir et d'aller aux rendez-vous avec le soignant. Par ailleurs, patients et soignants évoquent à plusieurs reprises comment l'hospitalisation peut également être un moment pour que la personne « reprenne le souffle », se repose et soit prise en charge par les soignants, afin de mieux s'engager, à sa sortie, dans un processus de guérison et d'autonomisation.

Les registres d'action utilisés demandent toujours une justification morale, afin de motiver leur bien fondé d'un point de vue thérapeutique. Pour les registres où la volonté du patient est respectée, une démarche justificative est moins problématique. La relation égalitaire entre patient et soignant et le respect de ses droits et de son consentement sont en effet largement valorisés de nos jours. Néanmoins, on peut trouver des critiques adressées à la psychiatrie, qui est accusée de laxisme et de ne pas assez intervenir dans les situations où la vie du patient est mise en péril. Ces critiques viennent surtout de la part des proches des

patients, qui peuvent souvent jouer un rôle très conséquent dans le maintien à domicile des patients suicidaires. Les soignants s'appuient en effet souvent sur eux afin que la personne à risque soit surveillée et ne puisse pas passer à l'acte. Cet aspect peut en effet devenir une responsabilité lourde à porter. D'autre part, lorsqu'un patient qui n'avait pas été hospitalisé se suicide, le non-interventionnisme des soignants est facilement critiqué³⁵⁷.

La justification devient d'autre part plus délicate en ce qui concerne les mesures de contrainte. Alors qu'à l'époque des asiles psychiatriques la légitimité des psychiatres à « interner » les malades psychiatriques n'était que faiblement contestée, depuis les années '70 et avec l'essor des mouvements antipsychiatriques, cette procédure est devenue de moins en moins acceptée. Aujourd'hui, les hospitalisations d'office sont régies par une législation stricte sensible aux droits des patients, permettant par exemple à celui-ci de déposer un recours contre cette hospitalisation³⁵⁸. Velpry met en évidence deux critiques principales adressées à l'utilisation de la contrainte. Elle constituerait en premier lieu une violence, obligeant l'individu à faire ou à ne pas faire ce qu'il souhaite. En deuxième lieu, elle impliquerait une intrusion dans l'intimité de la personne et dans sa capacité à décider librement (Velpry, 2008a: 152-153). En revanche, les justifications que les soignants soulèvent afin d'utiliser l'hospitalisation d'office se réfèrent au devoir d'ingérence du soignant visant à protéger la vie du patient (Demailly, 2009: 27). Le fait que le patient ne soit pas d'accord avec cette solution s'expliquerait par sa pathologie psychiatrique. En modifiant sa capacité d'entendement (qui s'exprime notamment par ses idées ou ses comportements suicidaires), le trouble psychique empêcherait au patient de comprendre ce qui est bien pour lui. L'hospitalisation d'office permet ainsi au soignant de décider à la place du patient, jusqu'à ce que la prise en charge puisse lui redonner sa capacité d'entendement et son autonomie.

Des interventions socialement modelées

Mais quelle est la proportion entre ces différents types d'interventions en ce qui concerne les patients qui consultent au SUC ?

³⁵⁷ On peut évoquer à ce propos le cas d'une mère ayant accusé en 2009 (en faisant la une des journaux locaux) les psychiatres d'être responsables du suicide de son fils. Après avoir été diagnostiqué comme schizophrène, celui-ci avait, à maintes reprises, menacé de se suicider sans qu'aucune mesure coercitive ne soit entreprise pour l'en empêcher. <http://archives.24heures.ch/VQ/LAUSANNE/-/article-2009-08-738/psychiatrie>, consulté le 7 septembre 2011.

³⁵⁸ Les procédures de recours ne sont toutefois pas très rapides, ce qui finalement permet aux soignants de garder le patient hospitalisé pendant le temps considéré comme critique.

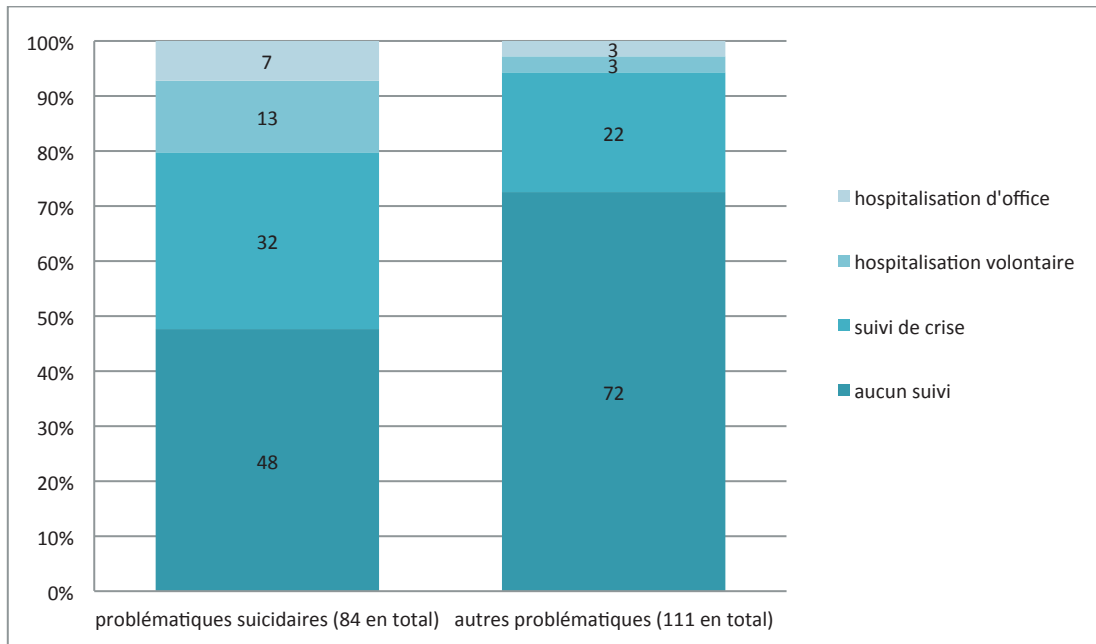
Pour le 61%³⁵⁹ des patients consultant au service d'urgence et de crise (indépendamment du type de problématique), aucune solution thérapeutique n'était entreprise. Très souvent, ces personnes étaient déjà suivies par un autre thérapeute ou avait déjà un rendez-vous planifié dans les jours et semaines suivantes. La consultation en urgence au SUC était ainsi un « tampon » qui venait calmer temporairement une situation pour laquelle un suivi thérapeutique était déjà envisagé. Un suivi de crise (où le patient réalise au moins une deuxième consultation) était entamé pour le 26% des patients. Les hospitalisations volontaires concernaient le 8% des patients, alors que l'hospitalisation d'office était imposée au 5% des patients.

Si l'on s'intéresse au lien entre le type de problématique et l'intervention thérapeutique entreprise, on voit que lorsque le patient présente des problématiques suicidaires, une solution thérapeutique est le plus souvent envisagée (52% contre 28% pour les autres problématiques). Si les suivis de crise restent la solution prédominante (32% des patients), les hospitalisations volontaires et d'office sont supérieures à la moyenne (13% et 7%). Paradoxalement, l'utilisation de l'hospitalisation volontaire est deux fois plus fréquente que l'hospitalisation sous contrainte pour les problématiques suicidaires, alors que pour les autres problématiques, les deux solutions s'équivalent. D'un côté, cela montre comment la problématique suicidaire induit plus fréquemment une intervention de la part des soignants. De l'autre, l'adhésion du patient au dispositif proposé est largement privilégiée, malgré le type de problématique qui peut assez facilement justifier une hospitalisation d'office. Toutefois, la proportion d'hospitalisations d'office réalisées à partir du SUC par rapport à celles volontaires, reste plus grande que la proportion des hospitalisations totales (38% pour le SUC et entre 20 et 25% pour le total des hospitalisations³⁶⁰). Cela est lié au fait que les situations d'urgences justifiant une hospitalisation d'office convergeaient souvent au SUC (les cas par exemple amenés par la police ou par ambulance).

³⁵⁹ Ces chiffres se basent sur l'analyse des dossiers du mois X.

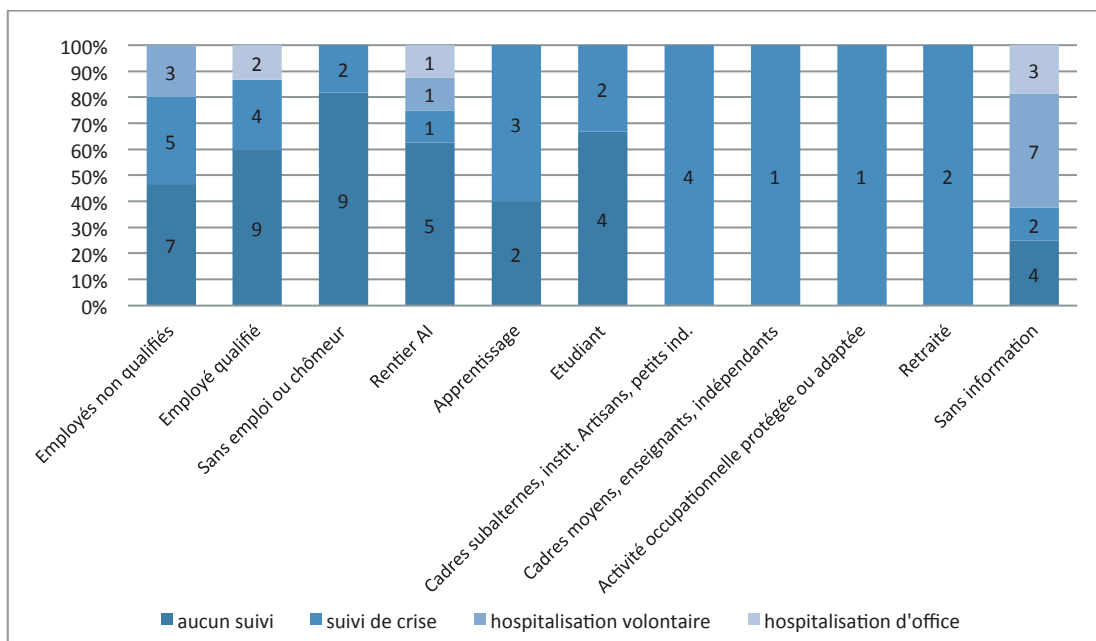
³⁶⁰ Si, ces dernières années, le nombre d'hospitalisations augmentent (souvent en raison du fait que des courtes et fréquentes hospitalisations sont privilégiées aux longues hospitalisations), la proportion entre hospitalisations d'office et volontaires reste plus ou moins la même. Les hospitalisations volontaires représentent entre 68 et 74% des entrées, formant ainsi le mode d'hospitalisation le plus répandu. Les hospitalisations d'office en constituent 20-25%. Les autres types d'entrées ne dépassant pas 3% (comme par exemple l'hospitalisation à des fins d'assistance, appelée également PLAFA³⁶⁰). Ces chiffres se basent sur les hospitalisations réalisées à l'hôpital psychiatrique de la région entre 2004 et 2008.

Graphique 13 : Type de suivi en fonction de la problématique (en pourcentage par rapport au type de problématique)



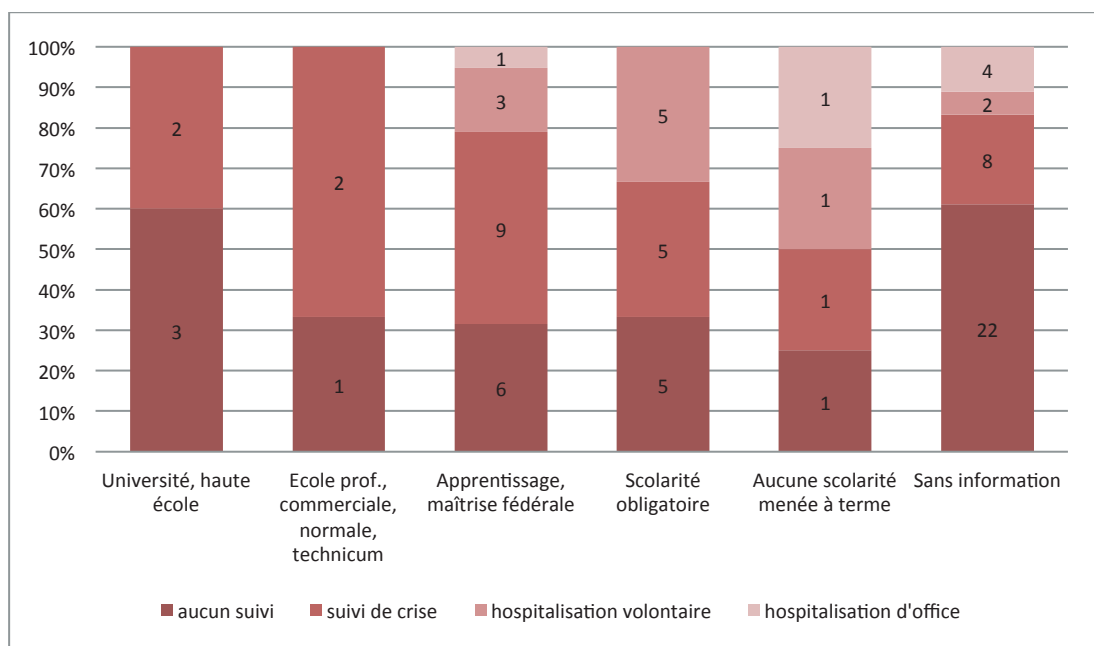
Tout comme l'évaluation du risque de suicide, l'intervention thérapeutique adoptée était influencée par la qualité de la relation nouée entre le soignant et le patient. Les biais socioculturels pouvaient ainsi déterminer le choix d'un ou d'un autre type de suivi. Cette influence est clairement visible lorsqu'on confronte le type de suivi avec la catégorie professionnelle et le niveau scolaire du patient.

Graphique 14 : Type de suivi en fonction de la catégorie professionnelle pour les patients avec des problématiques suicidaires (nombre de cas indiqués)



Tout en considérant ces chiffres comme étant indicatifs en raison du nombre limité de cas pris en compte (et l'absence d'information pour une grande partie des situations), on peut noter quelques éléments intéressants. Les hospitalisations d'office concernent seulement les employés qualifiés et un rentier AI. L'hospitalisation volontaire est d'autre part entreprise pour une partie des employés non qualifiés et un rentier AI. De plus, les suivis de crise se retrouvent chez toutes les catégories professionnelles mais de manière exclusive chez les cadres et dans une grande proportion chez les personnes en apprentissage et les étudiants.

Graphique 15 : Type de suivi en fonction du niveau scolaire pour les patients avec des problématiques suicidaires (nombre de cas indiqués)



Concernant le niveau scolaire, on remarque que les hospitalisations volontaires et d'office sont absentes parmi les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur, alors que pour les personnes avec un niveau d'instruction plus bas elles représentent 21 à 50% des solutions adoptées. Les différences de solution thérapeutique observées en fonction de la catégorie professionnelle trouvent ici une confirmation par rapport au niveau d'instruction.

On peut donc observer que les classes sociales supérieures sont moins souvent hospitalisées mais font plus souvent des suivis de crise, alors que les classes défavorisées sont plus souvent hospitalisées. Cette tendance semble se confirmer dans d'autres études s'intéressant aux liens entre milieu social et solutions thérapeutiques adoptées (Dufrancatel, 1968).

Comment expliquer ces différences ? Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Ces différences peuvent être comprises comme le reflet de la problématique suicidaire du patient. Des situations plus graves se retrouveraient ainsi chez les employés, alors que chez les cadres (où les hospitalisations sont absentes) ou les sans emploi ou les chômeurs (pour qui l'absence de suivi est plus fréquente), il y aurait des situations moins graves. Toutefois, comme on l'a vu, le type d'intervention adopté n'est pas une transposition objective d'un risque de suicide évalué objectivement. La dimension relationnelle joue ainsi un rôle qu'il faut prendre en considération.

L'attitude face aux problématiques de santé mentale varierait également en fonction du comportement face à la santé. L'attitude préventive, amenant à consulter aux premières apparition des symptômes, serait ainsi plus fréquente chez les classes supérieures, provoquant ainsi moins de situations de crises aiguës nécessitant des hospitalisations (Dufrancatel, 1968)³⁶¹.

On pourrait encore expliquer ces différences par rapport aux représentations différentes qui existent vis-à-vis de l'hospitalisation selon la classe sociale. Le caractère stigmatisant pourrait être vécu de manière plus négative parmi les classes supérieures que parmi les classes défavorisées. C'est d'ailleurs l'attitude que j'ai observée chez plusieurs personnes interviewées appartenant aux couches sociales les plus basses, qui banalisaient l'hospitalisation en psychiatrie (expérience qui avait d'ailleurs été vécue par certains de leurs proches). Pour les personnes ayant un statut social plus élevé, au contraire, l'hospitalisation était considérée de manière très négative et stigmatisante.

De plus, ces différences indiqueraient plutôt un rapport de pouvoir différent qui peut s'instaurer entre le soignant et le patient quant à son suivi. Chez les jeunes en formation et les cadres, on retrouve ainsi une plus grande capacité à négocier un suivi de crise par rapport à une hospitalisation. Les employés non qualifiés peuvent d'autre part être plus facilement influençables lors d'une hospitalisation que les employés qualifiés, où la plus grande fréquence de solutions sous contrainte pourrait exprimer leur plus forte opposition à l'hospitalisation.

Enfin, ces inégalités expriment également l'affinité culturelle et sociale différente qu'il peut y avoir entre le soignant et les patients de certaines catégories sociales, expliquant par exemple la plus grande proportion de suivi de crise par rapport aux autres solutions

³⁶¹ Il est toutefois intéressant de remarquer que depuis les années '60, très peu de recherches se sont intéressées à cette question, reflétant ainsi le peu d'intérêt que la problématique des inégalités de santé recouvre au sein de la recherche en santé mentale.

thérapeutiques chez les classes supérieures. On peut ainsi supposer que la facilité pour un psychiatre à nouer une bonne relation (qui influence par exemple le fait d'entamer un suivi de crise) peut être plus grande avec ces catégories de population (avec lesquelles il y avait plus d'affinité de par son statut professionnel).

Le type de relation instauré avec le patient ne dépend ainsi pas uniquement de l'estimation du risque de suicide. La classe sociale d'appartenance du patient peut également favoriser un certain type de relation plutôt qu'un autre. L'attitude interventionniste ou de persuasion, s'inspirant d'une relation patient-soignant de type paternaliste et autoritaire, sera plus facilement mise en place avec les classes sociales défavorisées, se traduisant par une plus grande prévalence d'hospitalisations volontaires et d'office. La relation d'accompagnement, basée sur un modèle plus égalitaire de la relation soignant-patient, sera au contraire privilégiée avec les classes sociales supérieures, favorisant ainsi les suivis de crise.

Une relation sociale sous-jacente

La mise en place de l'une ou de l'autre relation thérapeutique ne dépend évidemment pas uniquement du bien vouloir des soignants, bien que ceux-ci occupent une position dominante. La manière dont le patient entre en relation avec le soignant influence en effet largement le type de relation qui s'établit entre les deux. A partir du récit des patients on peut ainsi retrouver ces attitudes différentes adoptées face aux soignants, orientant également la prise en charge. Les exemples d'Alexandre et d'Antoine, appartenant à des catégories sociales différentes, permettent ici de confronter les attitudes envers les soignants et les différentes prises en charge qui peuvent en découler.

Alexandre, 44 ans, a uniquement terminé l'école obligatoire, mais est propriétaire, avec ses frères, d'une entreprise d'ébénisterie. Son discours révèle un homme assez cultivé qui est habitué à négocier, dans le cadre de son travail, avec des personnes appartenant aux classes supérieures (médecins, ingénieurs, avocats, etc.). Présentant des idées suicidaires dans un contexte de difficultés liées à son travail, mais également après avoir commencé à consommer un médicament antidépresseur, Alexandre se présente au SUC en demandant de l'aide. Il fera un suivi de crise avec une infirmière durant 3 mois. Voici comment il parle de la possibilité qu'il avait d'être hospitalisé lors de sa consultation au SUC :

Quand vous avez consulté la première fois, est-ce que le docteur ou l'infirmière vous ont parlé d'hospitalisation ? A un moment donné ils ont évoqué ça. Genre, 'vous me promettez que vous n'allez pas jusqu'au bout et vous verrez ça va aller mieux

avec ce médicament. Vous me promettez que ci ou ça parce que autrement on vous hospitalise'. C'est un peu sous forme de demi-menace. (rires) C'est presque un truc de... par rapport à un enfant, 'si t'es pas sage je t'enferme dans ta chambre un moment', il y a un peu de ça. En même temps vous dites oui oui, vous mentez toujours comme un enfant parce que vous avez cette arrière-pensée... Mais en même temps il y a aussi 'si vous pensez que c'est insupportable d'aller dehors on peut vous hospitaliser'. Il y a ça aussi qui est dit peut-être en premier. Comme un truc possible, voilà. C'est peut-être moi qui le voyais un peu comme une menace. *Quelle image aviez-vous de l'hospitalisation ?* C'est tentant, d'un côté parce que vous êtes tellement mal que d'un coup voilà... je me laisse aller... ils vont s'occuper de tout. Et en même temps c'est un peu effrayant parce que vous vous dites j'ai envie, pas de m'en sortir seul parce que j'ai envie d'aide... de personnes, de médicaments... un truc de ce genre... mais j'ai envie de m'en sortir par une voie plus normale, plus rapidement. Un peu la peur de tomber dans un truc... c'est peut-être des images que j'ai de la psychiatrie, de tomber dans un truc duquel on sort plus difficilement. C'était peut-être ça. Ou il y avait peut-être aussi le truc que l'idée suicidaire si je suis enfermé c'est plus difficile de la réaliser... je ne sais pas si c'est difficile... tandis que si je suis en liberté, j'ai encore ma liberté de choix si je veux aller jusqu'au bout ou si ça va mieux et ça a été mieux. (...) Il y a cette envie d'en sortir le plus vite possible parce que je suis vraiment mal et il y a cette autre partie qui a presque envie d'en sortir de manière plus radicale et puis après vous ne savez plus, vous êtes en train un peu de jouer sur les deux. (...) Mais en même temps effectivement une petite envie d'un coup de se dire 'je me laisse aller, occupez-vous de moi, mettez-moi dans une chambre, les médicaments qu'il faut et j'en ressors d'ici quelques semaines.' Mais je pense que là je n'avais pas envie, c'était plus la peur de tomber dans un truc où j'ai plus aucune liberté. (...) Je pense que c'est cette envie de ne plus rien maîtriser du tout qui me faisait peur. Mais ça m'avait été proposé ou menacé d'abord peut-être proposé, ça c'est venu avant sur les termes de la menace mais c'est d'abord gentiment proposé. (Entretien Alexandre)

Le fait qu'Alexandre soit conscient des rapports de pouvoir sous-jacents à l'interaction avec le personnel soignant et qu'il arrive à les utiliser à sa faveur reflète son positionnement de classe, qui se place plutôt dans une dynamique égalitaire vis-à-vis des soignants. Lucide quant à leur pouvoir de contrainte, il sait que s'il veut garder sa liberté (aussi de se suicider) il doit « jouer le jeu » et rassurer les soignants quant à ses intentions. Il y a donc une sorte de « soumission librement consentie » (Beauvois et Joule, 1998) consciente qui lui permet, au final, de ne pas être hospitalisé. Son appartenance de classe, outre à se refléter dans sa relation aux soignants (et donc sur sa propre prise en charge), s'exprime également dans le rapport qu'il entretient avec la notion d'autonomie et de liberté, qui sont fortement revendiquées et valorisées. En plus d'atténuer ses idées suicidaires, le suivi de crise dont bénéficiera Alexandre lui permettra également de suivre un cheminement personnel (qu'on pourrait aussi appeler de subjectivation) l'amenant à mieux se connaître, s'accepter et faire face aux difficultés de la vie.

Tout comme Alexandre, le niveau d'instruction d'Antoine, 46 ans, s'arrête à l'école obligatoire. Il est toutefois employé communal, occupant un poste peu valorisé socialement et l'amenant à côtoyer des personnes appartenant aux classes sociales défavorisées. En effet, à travers son récit, on découvre un homme très sympathique et attachant, mais avec des ressources culturelles, sociales et intellectuelles assez limitées. Son rapport aux soignants et à la psychiatrie est très différent. Après que sa deuxième femme lui ait annoncé vouloir divorcer, il fait une tentative de suicide par médicament. Une de ses filles (nées du premier mariage et vivant avec lui) le retrouve et appelle l'ambulance qui l'amène aux urgences. Après avoir vu un psychiatre pendant l'hospitalisation, il accepte de voir une nouvelle fois un soignant au SUC, mais abandonne rapidement le suivi. Quelques semaines plus tard, en raison d'une situation psychologique toujours problématique, ce sera un médecin généraliste privé qui le poussera à se faire hospitaliser. A la sortie de l'hôpital, il fera un suivi de crise pendant quelques mois avec une psychologue extérieure au SUC.

Avez-vous été à l'hôpital après la tentative ? Non, je suis resté à la maison et ma femme était déjà partie, était chez sa sœur, et c'est ma femme qui a téléphoné au médecin, son médecin personnel pour me faire aller à l'hôpital. Parce que j'avais 47 kilos... je ne mangeais plus en fait. Je ne remontais pas. Puisqu'elle passait de temps en temps pour prendre des habits comme ça elle voyait que je descendais. Après son médecin lui a dit 'j'ai plus le choix, ou vous vous laissez hospitaliser ou ça va pas...' c'était 7h30 du matin. J'ai fait 'd'accord, j'y vais'. A 11h il m'a téléphoné et il m'a dit, à 14h on vous attend. J'y suis allé en taxi, tout seul. Au début ils voulaient me garder trois semaines, finalement ils m'ont gardé 10 jours. Puis après ça a évolué de façon que c'était bien. Après 10 jours heureusement je suis sorti. Parce que je crois que j'aurais été ? Eh oui, à force de rien faire... reposer. En plus je suis un actif. (...) Après j'étais à la maison et le médecin m'a dit, 'soit vous signez [l'hospitalisation volontaire], soit je signe pour vous'. Mais quand vous étiez aux urgences, ils ne vous ont pas encouragé à faire un suivi de crise ? Oui... quand j'étais l'hôpital la première fois aux urgences oui. On m'a demandé, j'ai été mais j'étais déjà tombé sur la dame une fois mais pour autre chose et houlà... ça n'a pas passé. Non, vu que j'avais le choix de dire non, j'ai dit non. Voilà. Je n'aurais peut-être pas dû, ça aurait évité mon hospitalisation... mais non... je la connaissais déjà elle. (Entretien Antoine)

Antoine refuse le suivi de crise proposé au SUC en raison de l'hostilité qu'il éprouve vis-à-vis de la soignante qui devait le suivre et qu'il connaissait déjà (Antoine ne précise toutefois pas dans quelle occasion il l'avait connue). Sa situation ne s'améliore pas et, à l'injonction du médecin à ce qu'il soit hospitalisé, Antoine accepte de suite le mode volontaire. L'attitude adoptée est ainsi plutôt celle de se soumettre au point de vue du soignant sans engager une négociation avec celui-ci. Antoine se rapporte d'ailleurs aux soignants d'une manière très obéissante et complaisante. Leur pouvoir (estimés légitimes en raison de leur

compétence et de leur statut) n'est pas questionné ou contesté. Voici comment il explique les entretiens réalisés dans le cadre de l'hôpital psychiatrique :

Est-ce que vous rencontriez les médecins et les infirmiers régulièrement ? Tous les deux jours ou tous les jours, ça dépendait. J'avais soit seulement le médecin soit, l'infirmière et le médecin. Ils étaient deux. Il y avait la psychologue, plus encore... eux ils sont deux parce qu'il y en a un qui pose les questions et l'autre qui le regarde... ça j'ai remarqué au bout d'un moment... qui regarde comment vous vous grattez, comment vous bougez les mains... il y a dans le dossier. Moi, quand j'ai eu mon premier divorce, j'avais été chez le psy pour les enfants. C'était marqué dans le dossier, comment je bougeais et ainsi de suite. C'était pour ça... *Avez-vous eu accès au dossier...* oui, je l'ai lu, la copie du dossier... on voyait qu'il bougeait les mains... c'est clair... et ça m'a fait tilt la deuxième. Ils ne sont pas deux pour rien. J'avais une amie de 18 ans là bas, elle s'énervait. Elle je ne sais pas trop ce qu'elle avait fait comme bêtise... elle s'est fait ramasser par une ambulance, à 10 mètres de la voie ferrée. Et ils croyaient que c'était une tentative de suicide. Et ses parents voulaient la sortir et les médecins ne voulaient pas. Donc ils ont fait intervenir leur avocat. Et la première fois qu'elle a eu avec les psys qu'ils ont dit 'vous sortirez pas' elle a dit, il y a quelque chose qui joue pas... je lui ai dit, 'attend il y en a un qui pose les questions et l'autre qui regarde comment tu réagis. Tu restes zen, pas de problèmes'. La deuxième fois ça a passé et la troisième elle est sortie.' Et ben voilà ! C'est clair que je pourrais aussi faire houlalala mais... ils vont me prendre pour un... déjà rien que ça je ne savais que ce serait ainsi. De critère, de comportement. Mais quand je me suis aperçu j'ai dit voilà, me contrôler plus... voilà. Vous n'avez pas le choix... Les questions qu'on me posait je leur répondais, il n'y avait pas de problèmes. Mais il y avait aussi le comportement. (Entretien Antoine)

A travers son récit, on voit comment Antoine conçoit la relation avec le personnel soignant comme étant de type plutôt autoritaire à laquelle il doit simplement se plier³⁶². D'ailleurs, Antoine est sorti de l'hôpital après seulement 10 jours. Ce n'était pas en raison d'une demande de sa part, mais d'une décision des soignants qu'il acceptera comme il avait accepté l'hospitalisation. Malgré la distance culturelle et intellectuelle vécue vis-à-vis des sciences psy (il avoue n'avoir rien compris d'un livre de psychologie qu'il avait essayé de lire), Antoine considère que le suivi psychologique lui a permis d'évoluer d'un point de vue personnel.

Finalement, quelle a été la place des psys dans cette remontée ? Ils m'ont aussi aidé avec leurs questions et mes réponses, ils m'ont aidé à prendre sur moi, à clarifier. Quand ils me posaient des questions et je répondais oui, non, il a raison, il a tort... au bout d'un moment vous sortez d'un... et vous réfléchissez à ce que vous avez dit et ce qu'il a dit. Et puis bon... il y a un déclic. Je ne sais pas vous dire mais il y a un déclic. (...) Maintenant j'arrive mieux à gérer les choses. Même s'il y a des

³⁶² L'attitude plus soumise des patients appartenant aux classes sociales défavorisées et l'attitude plus autoritaire des médecins vis-à-vis de ces patients confirment l'étude de Brody réalisée dans les cliniques de Baltimore, citée par Dufrancatel (1968).

problèmes j'arrive à les gérer. Peut-être pas du côté qu'il faut mais j'arrive à les gérer quand même. Ce n'est pas pour un simple truc que je vais me jeter en bas de la fenêtre. C'est ça que je veux dire, j'arrive à digérer. Je réfléchis au bout d'un moment, soit je trouve une solution, soit je réfléchis encore pour trouver une solution. Avant non. Ce n'était pas tout à fait ça. Mais maintenant oui. (Entretien Antoine)

Ces deux différents exemples montrent ainsi comment une certaine attitude du patient, influencée par son appartenance de classe, peut induire des relations thérapeutiques et des prises en charges différentes.

On peut faire ici un lien avec les analyses de Hammer (2006) au sujet de la confiance des patients en leur médecin. L'auteur distingue cinq types de confiance qui caractériseraient le style de relation qui est entretenu entre patients et médecins. L'attitude d'Alexandre, qui semble typique des classes sociales supérieures, semble ainsi correspondre à une confiance de type rationnelle où le patient accorde sa confiance au praticien à condition que celui-ci fasse son travail avec intelligence. Ce n'est pas l'infailibilité de la médecine qui est recherchée, mais son utilisation rationnelle, consciente de ses limites et de ses failles. Le patient se pose ainsi de manière égalitaire vis-à-vis du soignant, avec qui il entend discuter sur un plan égalitaire. Chez Antoine, la confiance qu'il a dans le personnel soignant est plutôt de type *clérical*. Une très grande asymétrie est présente entre expert et profane. Le patient a pleine confiance dans les compétences du médecin. Cela s'explique par sa formation, son statut et par le fait qu'il ne se permet pas de juger. Emblématique de la confiance que les classes sociales défavorisées ont dans les médecins, elle reflète bien la relation de classe sous-jacente à la relation thérapeutique patient-médecin.

La valorisation des suivis de crise : un effort de démedicalisation ?

Dans plusieurs situations qui se présentaient au SUC, le choix de l'option thérapeutique à entreprendre n'était pas évident pour les soignants. Ceci était notamment le cas pour les patients refusant une hospitalisation volontaire lorsque celle-ci semblait être souhaitable. Le choix entre une hospitalisation d'office et un suivi de crise générerait ainsi une incertitude que les soignants étaient appelés à gérer. Cette incertitude semblait d'une part être due à la tension existante entre le modèle paternaliste de l'intervention et celui de type délibératif. Si le deuxième modèle était, de manière générale, privilégié au SUC, la présence d'idées suicidaires, voire d'une pathologie psychiatrique, obligeait le soignant à considérer le recours au premier modèle d'intervention. Trop interventionniste ? Trop laxiste ? Le choix entre l'une ou l'autre option semblait devoir trouver un juste compromis entre le

devoir d'ingérence du soignant et le droit du patient de disposer de lui-même. D'autre part, ce choix avait également des implications au niveau du lien social établi par le soignant avec le patient. Faire un suivi de crise permettait ainsi, tout en respectant la volonté du patient, de poursuivre la relation thérapeutique avec lui. Ceci semblait être particulièrement important lorsque le patient appréciait le soignant et se montrait ouvert à un suivi. Le risque était toutefois celui que la personne ne respecte pas le contrat de non passage à l'acte et se suicide. En revanche, l'hospitalisation d'office permettait d'une certaine manière de mettre à l'abri le patient mais provoquait une rupture du lien. Cette intervention autoritaire pouvait ainsi compromettre tout lien futur que le patient aurait pu établir avec des soignants en psychiatrie.

Face à cette incertitude, les discussions entre les soignants (d'habitude l'infirmier et le médecin) et avec le superviseur se révélaient être très importantes.

Ça ne veut pas dire que... il y a des situations parfois limites, même après la supervision on se dit : 'que fait-on, est-ce qu'on le laisse malgré tout rentrer chez lui, même si le contrat... il dit qu'il s'engage mais on a un peu de peine à le croire'. Alors oui, il y a quelque fois où on laisse partir le patient et puis on se sent un petit peu mal-à-l'aise... mais moi j'ai l'impression que c'est quand même assez rare à partir du moment qu'il y a la possibilité d'être soutenu et puis de... on en parle avec l'infirmière. Le fait de savoir, en général si l'infirmier et le médecin qui ont pris en charge le patient, ont la même opinion, ont l'impression que le patient est fiable, qu'on peut compter sur, que le contrat qu'on lui propose tient la route, qu'il peut s'y engager. Si on partage ça avec le chef de clinique, que toute l'équipe a un petit peu le même avis, ça permet de travailler plus sereinement. (...) Quand on est seul dans une zone floue, vraiment. Etre seuls face à un patient et devoir prendre la décision c'est, je trouve, une situation très inconfortable. Vraiment le travail en équipe... n'enlève pas tout le flou mais ça permet de rendre le doute supportable. (Entretien Maurice, médecin assistant)

L'échange avec les collègues permettait de gérer collectivement l'incertitude, qui devenait ainsi plus tolérable à supporter. Malgré la tentative de formaliser une modalité d'intervention au travers de l'évaluation du potentiel suicidaire, il semblait que la décision quant à la solution thérapeutique à adopter dans beaucoup de situations restait très incertaine. Face à cette incertitude Mathilde, médecin assistante, admet : « Tu sais, des fois je ne sais pas, il n'y a pas de règles, je ne sais pas si c'est juste ou pas, je ne sais pas. (...) Des fois c'est quand on le sent »³⁶³.

³⁶³ Les situations floues favorisaient ainsi les choix plus « instinctifs ». On pourrait ainsi se demander si, dans cette incertitude, c'était l'expérience clinique des soignants qui l'emportait ou si cela laissait plutôt la place à des choix influencés par des déterminants socioculturels (les deux pouvant également être concomitants). Si elles ne sont pas réfléchies et questionnées, les influences socioculturelles amènent ainsi à une reproduction des logiques sociales et des rapports de pouvoir, induisant une inégalité d'accès aux soins selon les classes

A partir des statistiques établies sur la base de l'analyse des dossiers, il est toutefois difficile d'évaluer si dans les situations où une forte incertitude existait, l'option choisie était, de manière générale, plutôt celle d'hospitaliser ou de faire un suivi ambulatoire. A partir des entretiens avec les soignants et des observations effectuées lors des colloques, il émerge toutefois une propension à faire des suivis de crise qui étaient valorisés sous plusieurs points de vue. Les médecins chefs encourageaient en effet les soignants à éviter le plus possible les hospitalisations. Le fait que l'introduction de l'évaluation du potentiel suicidaire au sein du SUC ait réduit les hospitalisations lors des problématiques liées au suicide était d'ailleurs présenté par les chefs comme un succès et un signe du bon travail effectué par les soignants du service³⁶⁴.

Cette préférence pour les suivis de crise était présentée par les soignants du SUC comme le reflet d'une volonté du milieu psychiatrique de contrer une certaine médicalisation basée sur le modèle de l'institution totale, mettant l'accent sur le contrôle des comportements et sur une médication systématique. Les suivis de crise s'y opposaient ainsi par le fait de privilégier les démarches psychothérapeutiques et le maintien du patient dans son lieu de vie, ce qui valorisait son autonomie. En effet, la prise de risque que la décision d'un suivi comportait était considérée comme une partie intégrante du travail des soignants, tout en étant assez lourde à porter par ceux-ci. Cette prise de risque était toutefois valorisée comme étant le « prix à payer » du véritable respect de la liberté et de l'autonomie du patient qui étaient mis en premier plan. La dimension morale de l'intervention était ainsi apparemment privilégiée par rapport à la sécurité et au confort du soignant.

Toutefois, derrière cet argumentaire, on peut trouver des dimensions institutionnelles et identitaires qui expliquent également la valorisation des suivis de crise par rapport aux hospitalisations. Elles n'invalident pas la dimension morale mais ont la caractéristique de conduire à des solutions similaires.

Une des contraintes les plus importantes qui favorisait les suivis de crise était le manque de places libres à l'hôpital psychiatrique qui était qualifié de « très critique »³⁶⁵. Cette question a été maintes fois soulignée lors des colloques, où les soignants évoquaient des situations

sociales (car elles bénéficieraient de possibilités et de traitements différents). Une prise en compte des spécificités socioculturelles devient ainsi indispensable afin que les droits des patients soient préservés.

³⁶⁴ Il est difficile de confirmer ces données. Il est probable que, d'un côté, le fait de problématiser cette question ait diminué les hospitalisations mues par la crainte d'un possible suicide du patient. Il est vrai également que cette évaluation a pu augmenter la détection de situations considérées comme à risque suicidaire, induisant peut-être, d'un autre côté, plus d'hospitalisations. Il s'agit toutefois ici d'hypothèses.

³⁶⁵ Lors d'un colloque, une personne s'occupant des entrées des patients à l'hôpital évoquait le fait que la semaine précédente tous les hôpitaux étaient pleins, ce qui était le signe de graves problèmes au niveau de l'organisation des soins psychiatriques.

où ils n'avaient pas pu hospitaliser dans l'immédiat des patients qui le nécessitait. Ceci obligeait parfois les soignants à attendre une nuit ou deux avant de procéder à l'hospitalisation. Si la plupart des fois ces patients étaient confiés aux proches, il y avait aussi des situations où cela n'était pas possible. C'est notamment le cas d'un patient ayant frappé sa femme à plusieurs reprises, qui avait passé une nuit à l'hôtel avant d'être hospitalisé. De plus, les relations entre le SUC et l'hôpital psychiatrique n'étaient pas des plus sereines. Plusieurs conflits avaient eu lieu entre les deux services en raison de leur dépendance réciproque : les hospitalisations devaient passer par une évaluation des soignants du SUC, mais dépendaient également de l'accord de l'hôpital. En outre, la disponibilité des lits n'était pas gérée de manière transparente, mais devait passer par le médecin de garde. Les sympathies ou les antipathies entre les médecins du SUC et de l'hôpital pouvaient de fait influencer la disponibilité ou l'indisponibilité pour de nouvelles hospitalisations (ce qui révèle la position de faiblesse dans laquelle se trouvaient les soignants du SUC). Une personne travaillant à l'hôpital et qui avait participé une fois à un colloque du SUC, décrivait la situation à l'hôpital comme étant, de manière générale, très problématique. L'hôpital était confronté à un surplus de patient, mais également à d'importantes difficultés économiques (une place de médecin à 100% venait d'être éliminée) et à des patients dans des situations très pénibles (un patient avait par exemple aspergé sa chambre d'excréments) : « On se croirait au 19^e siècle... en ce moment c'est vraiment la crise-crise ! » avait-elle dit. En vue de ces difficultés, on comprend comment la décision d'hospitaliser intervenait vraiment dans les situations considérées comme très urgentes, ce qui conduisait à favoriser les suivis de crise.

Un deuxième élément important à considérer est celui de l'identité professionnelle des soignants. L'hospitalisation, surtout d'office, renvoyait aux soignants une image négative du travail psychiatrique, basé sur la contrainte et l'enfermement. Lors d'une hospitalisation, les patients, avec qui les soignants avaient commencé à nouer un lien, étaient déplacés à l'hôpital. Cela donnait l'impression aux soignants d'avoir dû arrêter « à moitié » leur travail. Les suivis de crise, au contraire, étaient beaucoup plus valorisants. Ils permettaient aux soignants de construire une relation sur une longue durée, les amenant à mobiliser leurs connaissances et leurs compétences de thérapeutes. Les améliorations de l'état psychique du patient donnait également aux soignants une sensation d'accomplissement, qui devenait très importante dans un service où 61% des patients vus en urgence disparaissaient « dans la nature » après la première consultation. Les suivis de crise étaient ainsi très importants d'un point de vue identitaire pour les soignants du SUC car ils

permettaient de construire une image positive du travail effectué dans le service. La possibilité de développer une expertise professionnelle particulière (celle des suivis de courte durée dans des situations de crise) était ainsi une manière de gagner une légitimité et une reconnaissance au sein du milieu psychiatrique.

Ces éléments permettent de voir que ce qui à premier abord semble uniquement répondre à une volonté de démedicaliser l'intervention psychiatrique cache en réalité des logiques plus complexes qui mobilisent des logiques institutionnelles et identitaires importantes. Il est toutefois indéniable que de manière générale le milieu psychiatrique, malgré une méconnaissance de certains enjeux et dynamiques accentuant une médicalisation, est traversé par un souci moral allant vers une démedicalisation de leur intervention. Afin que ces valeurs morales deviennent véritablement des guides à l'intervention psychiatrique, elles nécessiteraient ainsi d'être questionnées quant à leur possible traduction dans la pratique. En effet aujourd'hui, ces valeurs deviennent trop souvent des faire-valoir moraux afin de justifier des pratiques souvent poussées par des logiques économiques, politiques ou identitaires.

CONCLUSION

Les inégalités sociales entre la souffrance psychique et les mouvements collectifs

Alors que les « trente glorieuses » avaient donné l'illusion que le progrès économique allait créer une société plus égalitaire, on assiste depuis une quinzaine d'années à un mouvement inverse où les inégalités sociales augmentent de plus en plus. Tant au sein des pays occidentaux qu'entre les pays du Nord et ceux du Sud, l'écart entre riches et pauvres ne fait que de se renforcer (Soulet, 2006; Landais, 2007; Boutaud, 2010). Toutefois, ces inégalités ne font aujourd'hui que peu l'objet d'une dénonciation et sont plutôt considérées comme le reflet des compétences, des efforts et du mérite individuel, conformément à l'idéologie néolibérale. On vit en effet dans l'illusion que nos sociétés contemporaines offrent des chances égales à tous, hommes et femmes, riches et pauvres, immigrés et indigènes. Les discours parlant de rapports de domination, d'injustice sociale, voire d'oppression n'ont plus beaucoup d'écho aujourd'hui et relèvent d'une interprétation quasi révolue, liée à une réalité dépassée grâce à la modernité et au progrès. En interrogeant les problématiques suicidaires au travers de la question de l'injustice sociale et de l'oppression, cette thèse a donc quelque chose d'extrêmement actuel mais également, selon le point de vue où l'on se place, de quelque peu désuet.

Justement parce qu'ils semblent obsolètes et qu'ils relèvent d'une posture marginale, ces discours deviennent aujourd'hui de plus en plus indispensables. La question des inégalités sociales et le manque de légitimité à les exprimer comme tels créent en effet aujourd'hui des tensions qui s'expriment souvent par la souffrance psychique et la violence contre soi ou contre autrui. En Tunisie, c'est le suicide d'un jeune diplômé sans travail et sans possibilité d'agir sur sa situation d'oppression qui a déclenché les récentes révolutions du printemps arabe (Fourchard et Pommerolle, 2011). A Londres, des émeutes ont eu lieu en été 2011 dans les quartiers les plus défavorisés et les plus pauvres, conduisant à des pillages et à des violences à l'encontre des forces de police (Courrier International, 2011b). Alors qu'en Tunisie cette violence contre soi a contribué à l'émergence d'une révolution démocratique, les émeutes londoniennes sont restées des expressions de violence attribuées à des individus déviants sans qu'un mouvement politique revendicatif puisse s'y développer.

Toutefois, il y a d'autres événements qui semblent indiquer un certain changement de direction. C'est le cas de l'Espagne où la situation de précarité, de chômage et de pauvreté dans lesquels vivent les jeunes espagnols a amené au printemps 2011, sans passer par la violence, à la création du mouvement sociopolitique des *indignados*. Au travers de manifestations de masse et de l'occupation de lieux publics, ces mouvements collectifs ont essayé d'amener sur le devant de la scène médiatique les problématiques liées à l'injustice sociale et à l'exclusion (Courier International, 2011a). Dans une même logique de contestation se situe le mouvement *Occupy Wall Street* aux États-Unis et en particulier à New York, qui dénonce l'impérialisme financier avec un écho médiatique mondial considérable. Est-ce que ces événements marquent un regain d'intérêt pour les discours axés sur la domination et sur l'oppression, désavouant l'idéologie du mérite et l'individualisation des problématiques sociales ? L'actualité de ces prochains mois et années nous dira si d'une posture marginale, ces discours et manières d'interpréter la réalité deviendront des paradigmes majeurs.

De la prévention du suicide à la prise en charge psychiatrique

L'approche inductive a guidé et forgé cette thèse qui se présente comme bicéphale : d'un côté la prévention du suicide comme préoccupation sociale et politique, de l'autre les idées et les comportements suicidaires comme problématique psychiatrique et existentielle. Ce travail a donc la particularité de conjuguer deux domaines qui font souvent l'objet d'analyses séparées. Si les outils analytiques employés sont relativement différents (dans le premier cas une approche constructiviste et cognitive de l'émergence d'une problématique sociale et politique, dans le deuxième une approche ethnographique), les réflexions qui émergent sont complémentaires et permettent une compréhension transversale des changements touchant à la problématique suicidaire, restituant ainsi au processus de médicalisation du suicide toute sa complexité.

En partant de l'émergence de la prévention du suicide dans l'espace social et politique suisse, la problématique s'est progressivement précisée autour de la prise en charge des personnes confrontées aux problématiques suicidaires. Pour des raisons tant liées à l'avancement de la réflexion qu'à l'ouverture d'un nouveau terrain ethnographique, la deuxième partie a progressivement pris le pas sur la première dont le rôle a davantage été de permettre une mise en contexte, donnant ainsi à l'analyse de la prise en charge réalisée au service d'urgence et de crise une place prépondérante.

Cette préoccupation pour le soin psychiatrique est ainsi emblématique des transformations touchant à la prévention du suicide, tant au niveau associatif qu'au niveau des politiques publiques. La problématique très vaste et multiforme de la prévention du suicide s'est en effet progressivement traduite dans le langage psychiatrique induisant ainsi une médicalisation de cette question. Comme je l'ai analysé dans la première partie de ce travail, cette médicalisation est extrêmement complexe et plurielle. Elle résulte d'un long processus socio-historique commun à de nombreux pays occidentaux (lié à l'affaiblissement de la morale religieuse, au développement de l'individualisme et à la médicalisation de la société de manière générale), qui s'est façonné au contact des spécificités propres au contexte suisse. Les équilibres politiques, l'organisation fédérale, le poids des milieux médicaux et pharmaceutiques, la légalité du suicide assisté, la faiblesse des milieux associatifs, pour ne citer que quelques facteurs principaux, ont ainsi contribué à médicaliser la prévention du suicide conduisant à la situation actuelle en Suisse en ce début de 21^e siècle, où le suicide, tout en étant reconnu comme une question de santé publique, est principalement appréhendé par les dispositifs psychiatriques.

Au delà de cette tendance générale, l'orientation adoptée dans le sens de la prise en charge psychiatrique est également liée au contexte suisse et plus particulièrement vaudois qui se trouve en arrière-fond. Une psychiatrie forte, un milieu associatif quasi inexistant, une santé publique amenée à développer des programmes de santé mentale ont ainsi conduit à cette configuration, où la prévention du suicide s'est presque exclusivement développée dans et par la psychiatrie.

Le suicide au croisement d'une approche critique et interprétative

Malgré la richesse des recherches portant sur le fait suicidaire, la littérature se présente, d'un point de vue théorique comme étant très fragmentée, tant au sein des sciences sociales que dans une perspective transdisciplinaire. Ce travail a ainsi approfondi les différentes postures théoriques consacrées au suicide, et notamment à son explication, en essayant d'en analyser les implicites épistémologiques. Cela permet ainsi de discuter de manière approfondie les implications inhérentes à ces postures, en dépassant des analyses trop souvent simplistes ou s'appuyant sur une vision partielle de la littérature, voire sur des malentendus linguistiques et/ou théoriques. Les écrits centrés sur le suicide restent pour la plupart marqués par une opposition entre analyse macrosociologique (à partir des taux de suicide) et analyse interprétative (à partir des discours des acteurs). Ce travail a permis de dépasser cette opposition en puisant d'une part dans l'analyse en termes de pouvoir en

s'inspirant des écrits de Giddens, et de l'autre dans la littérature en anthropologie de la santé qui a depuis plusieurs décennies développé la notion d'incorporation.

L'approfondissement de la problématique de l'explication a ainsi permis de mettre en évidence sa place centrale au cœur de la littérature sur le suicide. J'ai montré comment la question de l'explication dépasse largement le simple problème d'expliquer le phénomène suicidaire. Dans l'analyse de la prévention du suicide, on voit comment les explications présentes dans le débat dépendent de plusieurs enjeux tant moraux, culturels, économiques que politiques. L'agencement entre ces différents éléments a ainsi influencé les décisions ou les non-décisions touchant aux politiques de prévention du suicide. Au sujet du terrain ethnographique au service d'urgences psychiatriques, la question de l'explication du suicide (mais qui s'insère par ailleurs dans une explication du fait psychique plus général) a émergé de manière transversale, tant dans les discours et dans les pratiques soignantes que dans l'expérience des patients. Concernant le travail psychiatrique, l'explication dépend en premier lieu des enjeux disciplinaires, mais elle est aussi influencée par des logiques contextuelles et structurelles (organisation de la prise en charge, composition des équipes, etc.). Vis-à-vis des patients, l'explication émerge parallèlement au processus thérapeutique en façonnant et en étant façonnée par celui-ci. Le rapport instauré avec les soignants et l'institution psychiatrique, qu'il soit positif ou négatif, long ou court, impliquant ou non la contrainte,... influence ainsi tant le processus thérapeutique lui-même, que l'explication donnée à la souffrance et aux idées ou aux comportements suicidaires.

La question de l'explication a également été fondamentale dans ce travail en raison des liens entre l'explication et la réalité, dans une logique d'influence réciproque que j'ai abordé sous l'angle de la performativité des discours explicatifs. La but n'est ainsi pas de savoir où se trouve la « vérité » du suicide pouvant être illustrée au travers d'une analyse explicative. Dans une logique où la perception de la réalité influence la réalité elle-même, il s'agit de s'intéresser à l'impact que l'explication (globale ou liée à la détresse, à la souffrance ou au suicide) a sur la réalité du suicide. Parler de pouvoir et d'oppression permet non seulement d'expliquer le fait suicidaire mais également d'agir sur celui-ci dans le sens d'une politisation du débat concernant la santé psychique. Cette thèse n'est donc pas indépendante du contexte dans lequel elle a été écrite, où la souffrance psychique et les problématiques suicidaires sont perçues principalement comme des éléments individuels et psychiatriques. Si le paradigme psychiatrique est indiqué comme participant à l'oppression des individus, cette thèse n'entend pas l'invalider. Elle vise plutôt à se

positionner de manière complémentaire et réflexive vis-à-vis de celui-ci. Le poids donné aux dimensions sociales et politiques sert ainsi à contrebalancer la position dominante occupée par les dimensions de responsabilité individuelle et pathologisantes. Le but serait idéalement de combiner ces deux lectures ce qui permettrait à tout un chacun de disposer de cadres interprétatifs multiples à partir desquels donner sens à ses difficultés et à ses souffrances.

Dans le but de combiner une approche interprétative et critique vis-à-vis du travail psychiatrique, une attention particulière a été portée aux motivations et aux explications des soignants, tout en les situant dans un contexte socioculturel et institutionnel particulier. Les allers retours entre une lecture critique plus globale et les discours individuels ont permis de montrer comment la médicalisation ou la démedicalisation du suicide se situe toujours dans un cadre où les motivations scientifiques et morales croisent les contraintes institutionnelles. Concernant l'analyse des récits de vie particulièrement difficiles des patients, c'est au travers de la notion de pouvoir que l'analyse interprétative a pu se joindre aux considérations macrosociologiques. Le pouvoir (qu'il soit politique, culturel, social ou économique) se présente ainsi comme une dimension régulée par les pouvoirs politiques et économiques (qui croise également la question du biopouvoir foucauldien), dispensée de manière inégale selon la place que l'individu occupe au sein de la société et qui se justifie au travers d'une vision néolibérale de la société et de l'individu. En y regardant de plus près, les parcours individuels reflètent ces inégalités de pouvoir (notamment au niveau des statistiques où les classes défavorisées sont les plus touchées) et se retrouvent dans le sentiment d'impuissance que l'individu exprime sur sa vie. L'oppression n'est ainsi pas une notion abstraite ou se référant uniquement à un niveau général : elle s'incorpore dans les récits individuels qui parlent indirectement de cette oppression.

Le suicide au SUC : une perspective d'analyse ethnographique

Réaliser une enquête ethnographique au sein d'un service psychiatrique d'urgence et de crise signifie plonger dans un univers multiforme et complexe. Dans ce contexte, la question du suicide ne représente qu'une facette du travail réalisé par les soignants. Si les problématiques suicidaires constituent un peu moins de la moitié des consultations, cet aspect constitue souvent un des problèmes parmi d'autres que présente le patient. Si, du côté de la prévention du suicide, la psychiatrie occupe une place prépondérante, le suicide représente, du point de vue des institutions psychiatriques, une des multiples

problématiques que les soignants sont amenés à prendre en charge. Cette thématique constitue ainsi une porte d'entrée pour étudier le milieu psychiatrique dans sa complexité.

Dans l'analyse du terrain ethnographique réalisé au SUC, il a ainsi été question de situer la problématique suicidaire dans une analyse ethnographique globale des pratiques et des savoirs psychiatriques, ainsi que de la relation thérapeutique qui cadre les interactions entre soignants et patients. Les pratiques préventives peuvent être comprises dans un dispositif qui dépasse largement cette problématique spécifique. A partir d'un regard global sur le travail effectué au SUC et sur la population fortement défavorisée qui le fréquente, l'analyse s'est axée sur une mise en évidence des dimensions sociales impliquées dans le développement des problématiques psychopathologiques et notamment suicidaires. En effet, malgré l'approche biopsychosociale revendiquée par le service, cette dernière dimension était relativement absente dans le discours et dans les pratiques des soignants.

La problématique suicidaire reste néanmoins une préoccupation essentielle du travail effectué au SUC et cela de plus en plus. Si une attention accrue de la part des soignants à cette dimension risque d'induire une plus grande prévalence de cas, cela permet également de développer et d'améliorer les compétences et les connaissances à ce sujet. La diminution des hospitalisations (notamment celles dites d'office dans des situations de risque suicidaire) et le développement des suivis de crise témoignent d'une prise en charge moins déterminée par la peur du soignant confronté aux idées et aux comportements suicidaires du patient et davantage influencée par des pratiques réfléchies.

Le rapport entre suicide et psychiatrie émerge ainsi dans toute sa complexité. Déterminé par des logiques institutionnelles, professionnelles, pratiques, contextuelles et relationnelles, il oscille entre médicalisation et démedicalisation, entre un rapport exclusif et un rapport élargi. Malgré un paradigme psychiatrique et une logique identitaire qui tendent à appréhender le fait suicidaire de manière exclusive, la psychiatrie semble aujourd'hui confrontée à ses propres limites, en termes de ressources et d'outils, pour prendre en charge des situations qui reflètent de plus en plus une fragilisation sociale, économique et politique. Ceci souligne l'importance d'un dialogue interdisciplinaire dans lequel cette thèse entend se situer.

Les patients face aux problématiques suicidaires et à la psychiatrie

S'intéresser au point de vue des patients a permis d'approfondir d'une part l'expérience d'avoir des idées ou des comportements suicidaires, et de l'autre, l'expérience d'être un

patient psychiatrique. De manière plus générale, les récits des patients constituent une manière d'accéder à la réalité sociale contemporaine sur plusieurs aspects, comme le monde du travail ou les relations de couple et familiales. La problématique suicidaire n'est ainsi qu'une des dimensions qui émerge au fil des récits des patients. Associées à une situation de souffrance et d'impuissance, les idées ou les comportements suicidaires deviennent des « issues de secours » censées agir sur la situation afin d'alléger l'individu de ses difficultés. Le suicide peut ainsi être perçu comme une « pathologie du pouvoir » car, dans une situation d'impuissance, l'individu opte pour l'autosuppression comme seul moyen de reprendre un pouvoir sur soi. Pouvoir perçu ou pensé, et pouvoir objectif se mêlent ainsi pour devenir une condition d'existence, la seule qui existe pour l'individu au moment de la souffrance suicidaire.

En proposant d'emblée une solution alternative au suicide, le processus thérapeutique induit souvent une disparition des problématiques suicidaires au cours de la prise en charge. Le processus thérapeutique vise ainsi à restituer le pouvoir que l'individu a sur sa vie. Si la démarche psychiatrique s'appuie avant tout sur le renforcement du pouvoir individuel, les entretiens des patients ont montré que cet aspect ne représente souvent, dans le parcours de rétablissement, qu'un aspect s'insérant dans une transformation plus vaste et globale. L'individu ne peut ainsi pas être uniquement appréhendé comme un être singulier, mais est avant tout un être social intégré dans un contexte multidimensionnel qui en influence l'état psychique, la souffrance et le pouvoir. Si la psychiatrie contemporaine reconnaît l'importance des dimensions sociales, leur prise en compte au sein de la prise en charge reste marginale. Les patients ont au contraire témoigné de l'importance de renforcer le pouvoir en tant que membre d'une collectivité et au sein d'un système de droit censé protéger les faibles et combattre les injustices.

Le rapport des patients à l'aide psychiatrique est ainsi marqué par une certaine ambivalence. Si les personnes arrivaient en psychiatrie souvent par elles-mêmes, témoignant par là d'une volonté d'être aidées par le biais d'une prise en charge psychiatrique, il émerge souvent dans leurs récits une forte insatisfaction et une critique vis-à-vis de ce type d'aide. S'il est probable que ce rapport ambigu soit caractéristique des relations d'aide (et même le signe d'une certaine distance critique saine du patient vis-à-vis des soignants), il est vrai que la place centrale de l'aide en psychiatrie et son pouvoir social et économique représente souvent pour l'option psychiatrique un non-choix, notamment pour les classes défavorisées.

Oppression et médicalisation

En m'intéressant à la problématique du suicide, à sa prévention et à sa prise en charge en psychiatrie, j'ai ainsi mis en évidence, dans une perspective critique, comment la souffrance psychique et les problématiques suicidaires constituent aujourd'hui des manières légitimes pour exprimer des situations d'inégalités sociales et d'oppression. Ceci correspond ainsi aux valeurs individualistes dominantes, mais aussi à la « pacification » des sociétés contemporaines amenant à une intériorisation des pulsions violentes (Elias, 1975). La souffrance psychique semble ainsi envahir notre réalité et constituer *l'état d'esprit* de la société contemporaine (Ehrenberg, 2010).

Dans ce contexte, la psychiatrie assume ainsi le rôle de gestionnaire des populations opprimées dans une logique de biopouvoir, au travers de la prise en charge médicale. La médicalisation des problématiques suicidaires et de la souffrance psychique se fait toutefois de manière « silencieuse ». L'étiologie de ces problèmes et la manière dont la société est censée y répondre ne font pas l'objet d'un débat démocratique dans lequel la société civile, consciente des différents enjeux, peut choisir les options les plus appropriées. Face à ces problématiques, on a l'impression qu'il n'y a pas de choix et que la psychiatrie est la seule qui puisse d'une certaine manière s'en charger. Cette forme de médicalisation est donc induite par une dynamique sociale consensuelle à laquelle participent tant les pouvoirs publics, les professionnels de la santé et du social, que les patients et leurs familles.

En ce sens, il est essentiel de remettre au centre du débat la question des causes du suicide, car elle a tout simplement été escamotée pour céder la place à une interprétation biopsychologique implicite. Le développement d'une expertise psychiatrique qui propose des interventions efficaces dans l'urgence ne résout pas la question qui doit être appréhendée de manière plus complexe et globale. Ensuite, il faut faire de la prévention du suicide une véritable problématique de société. Cela ne signifie pas diffuser auprès du grand public les savoirs et les pratiques de la psychiatrie comme c'est le cas aujourd'hui. Il s'agit plutôt de multiplier les regards afin de permettre à tout un chacun de trouver sa propre lecture ainsi que ses propres compétences et ressources, dans le but de penser le suicide, sa prévention, mais également le sens de la vie et de la mort.

La critique principale que l'on peut adresser à cette médicalisation de la prévention du suicide est, qu'en appréhendant ces questions comme des problématiques uniquement biopsychologiques, elle légitime et renforce l'expression de l'oppression par le biais de la

souffrance psychique et des problématiques suicidaires. La lecture socio-anthropologique permet en ce sens d'ouvrir ces questions sur une perspective plus large, qui situent l'individu et ses difficultés au sein d'une société, d'une époque historique, de rapports de pouvoir et d'un système culturel spécifique.

Cela permet d'un côté d'interroger la position de la psychiatrie dans la prise en charge de ces problématiques par rapport à d'autres formes de prises en charge incluant une dimension plus sociale et communautaire. De l'autre, c'est le travail psychiatrique lui-même qui doit être questionné dans sa manière d'appréhender le contexte socioculturel et politique dans les problématiques suicidaires et de souffrance psychique. Comme évoqué à plusieurs reprises au cours de ce travail, le projet d'une psychiatrie biopsychosociale reste encore au niveau des intentions et la dimension sociale peine à être intégrée dans le regard et dans les pratiques psychiatriques. La prise en compte de cette perspective n'est pas uniquement utile dans l'appréhension des problématiques et dans la recherche de solutions, mais également au niveau de la relation thérapeutique qui s'instaure entre patients et soignants. Ignorer l'impact que peuvent avoir les déterminants sociaux sur l'interaction thérapeutique (dont la qualité détermine largement le diagnostic et les solutions de prise en charge) signifie de fait reproduire des rapports de domination et légitimer la médicalisation des problématiques sociales ou politiques.

Performativité et changement social

Le fait d'intégrer l'approche interprétative au regard critique nous met toutefois face à une problématique importante que j'ai soulevée à différentes reprises au cours de ce travail. Comment faire coexister la dimension critique avec la perspective interprétative ? Au sujet du travail psychiatrique, on peut s'interroger sur la manière de faire une critique des logiques sociales et politiques de la prévention du suicide et de la prise en charge psychiatrique, alors que celles-ci sont faites dans le but de soigner, soulager et faire du bien à des personnes en difficulté. De quelle manière peut-on critiquer des pratiques se situant dans un cadre moral qui fait aujourd'hui le consensus (et que je partage à certains égards) ? Cette question renvoie au statut de la critique au sein de la réalité sociale, que plusieurs auteurs situent « aux frontières » (Foucault, 1994: 574) ou dans une position marginale (Walzer, 1996). Fassin, qui parle en ce sens de critique de la « raison humanitaire », considère qu'il s'agit de procéder par des allers retours entre le dedans et le dehors, en prêtant attention aux discours des acteurs, ainsi qu'à leur propre réflexivité et regard critique, tout en approfondissant et complexifiant ces réflexions grâce à la posture propre

du chercheur (Fassin, 2010). Il faut ainsi distinguer le jugement de la critique. Alors que le jugement évalue et juge les actes ou les propos, la critique est censée apporter des éléments réflexifs afin que la problématique soit appréhendée de manière plus complète et globale. Dans ce travail, l'objectif a donc été celui d'apporter une critique et non pas un jugement, afin qu'elle puisse enrichir l'engagement et le travail des acteurs directement concernés, ainsi que leur éventuelle démarche réflexive. Action et critique ne sont pas incompatibles, au contraire, elles permettent de penser et de construire une anthropologie impliquée. C'est dans la logique de ces réflexions que je me suis moi-même engagée dans des actions de prévention du suicide, malgré le regard critique que je pouvais y poser. La réflexion va en effet souvent au delà des possibilités réelles de changement. L'impossibilité de les traduire directement dans des mesures concrètes ne doit toutefois pas freiner les élans de la réflexion afin de continuer à penser la réalité, dans une perspective de changement social, au delà des limites du présent. En ce sens, il faut plus concrètement questionner les marges de liberté que les acteurs ont vis-à-vis de leur travail : quels sont les espaces où ils ont la possibilité de « produire » au lieu de se limiter à « reproduire » ? C'est donc en investissant les espaces de production (qui sont différents pour chacun des acteurs sociaux impliqués) que le changement peut survenir.

Dans l'effort de combiner une approche interprétative et critique, on pourrait interroger, vis-à-vis des patients, la manière dont le récit de souffrance des sujets et leur démarche thérapeutique peut s'agencer à l'analyse mettant l'accent sur la question des inégalités sociales et de l'oppression. J'ai déjà discuté précédemment du rapport entre discours des acteurs et analyse socio-anthropologique, en mettant en évidence que leur non-correspondance n'est pas, d'un point de vue épistémologique, problématique, car les deux discours proviennent d'une posture et d'une logique différente. On peut toutefois se questionner sur l'impact que ces analyses peuvent avoir sur les personnes confrontées aux problématiques suicidaires. Est-ce qu'ils ont nécessairement un impact positif sur l'état psychique des personnes ? J'ai en effet souligné la valeur performative de ces analyses dans le sens d'une « libération », permettant de politiser les problématiques au travers d'une démarche collective s'opposant à la médicalisation et à l'individualisation. Si cette performativité est valable au niveau des décideurs politiques, des chercheurs, des soignants et de l'opinion publique, est-ce que cela est également pertinent pour les personnes confrontées aux problématiques suicidaires ?

L'analyse en terme d'oppression peut être considérée comme une lecture alternative de la situation vécue et interprétée par les patients, sans que cela invalide leur propre discours

et expérience. Toutefois, cela suppose une prise de distance vis-à-vis de sa propre histoire, qui nécessite qu'un certain laps de temps se soit écoulé depuis la période de crise. De plus, ce type de discours ne fait pas facilement l'objet d'une appropriation de la part des acteurs impliqués personnellement, car il correspond de nos jours à une source de légitimation de leur expérience et de leur souffrance qui est relativement marginale. On pourrait d'ailleurs se questionner sur la valeur thérapeutique de ce type de lecture. En soulignant l'oppression sous-jacente aux problématiques suicidaires, ne risque-t-on pas de renforcer, dans une logique performative, ce même sentiment d'oppression et d'impuissance vécu par les patients ? Etre identifiés comme appartenant à une classe sociale défavorisée peut en effet être très dévalorisant, surtout dans une société qui considère la place sociale comme le reflet des capacités individuelles. Certes, il s'agit là d'une possibilité d'autant plus que l'on ne peut jamais contrôler la manière dont les connaissances produites sont interprétées ou utilisées. Toutefois, par rapport aux personnes personnellement confrontées aux problématiques suicidaires, le sens de parler d'oppression réside dans le fait que ce discours place leur situation personnelle au sein d'une condition partagée. La « libération » de l'oppression peut ainsi se faire en reconnaissant la réalité d'injustice sociale et à partir d'une démarche collective. Il faut toutefois être conscient qu'il s'agit d'un cheminement possible, et que ceci n'exclut pas d'autres types de parcours, comme celui individuel de type psychiatrique.

Le rôle de l'anthropologue est en ce sens double. D'un côté, son travail permet de valoriser la pluralité des visions qui existent sur ces questions. Qu'il s'agisse des patients, des soignants ou des personnes actives dans la prévention, le regard que chaque acteur pose sur la réalité est en soi légitime et mérite d'être compris dans sa logique et sa pertinence. En tant que chercheuse, il s'agit d'assumer une position plus militante. Réaliser la dimension politique et sociale des problématiques liées à la souffrance psychique et au suicide ne peut que conduire vers une perspective engagée visant à une société plus égalitaire. Il s'agit ainsi clairement de contrer cette « médicalisation silencieuse » en mettant l'accent sur le changement interne de la psychiatrie et des associations de prévention du suicide, tout en soutenant les initiatives alternatives externes.

Enfin, je ne considère pas l'oppression comme un système qu'il faut combattre dans le but idéal de construire une société sans injustices. L'oppression a toujours existé et existera probablement toujours d'une manière ou d'une autre. Malgré les efforts collectifs et/ou individuels, on ne peut pas toujours échapper à des situations de domination, d'injustice et/ou d'impuissance. Le but est plutôt celui de comprendre ces situations d'oppression (à

partir d'une lecture tant individuelle que collective) et d'apprendre à les contrer, afin de s'en « libérer ». Le concept de « libération » (qui était déjà présent chez Freire dans *La pédagogie des opprimés*) peut ainsi être interprété sur plusieurs niveaux : collectif (lié à des groupes sociaux) ou individuel, cognitif (lié à la perception des situations et des rapports de pouvoir) ou concret (dans le fait de pouvoir sortir de situations d'impuissance).

Limites et perspectives

Malgré la pluralité d'éléments ethnographiques issus du terrain en psychiatrie, le fait de ne pas avoir eu accès aux consultations constitue une limite importante. Il s'agit en effet du moment privilégié où se joue la relation thérapeutique. Les patients mettent en récit leur histoire dans un cadre spécifique, qui est celui de la consultation psychiatrique. Les soignants, eux, déploient leur savoir et construisent les pratiques en interaction avec des histoires et des personnes diverses, dans un contexte de travail particulier. Il s'agit ainsi d'un moment central dans la compréhension du travail psychiatrique et de la relation de soin. Bien qu'il ait été analysé par des sources secondaires (les entretiens avec les patients et les soignants, ainsi que l'analyse des dossiers), le fait de ne pas avoir eu accès personnellement et directement à ces moments limite certaines pistes de réflexion abordées dans ce travail.

Dans la deuxième partie du travail, j'ai approfondi les logiques de ce refus de la part des responsables du service. S'il est vrai que la consultation constitue un moment très délicat et fragile où l'observation demande une série de précautions, l'impossibilité d'assister aux consultations s'explique plus dans un contexte de fermeture face à ma recherche en particulier et aux enquêtes ethnographiques de manière plus générale, qu'à une volonté de protéger le patient. Ce refus s'est donc révélé très riche d'un point de vue analytique, permettant d'approfondir certains enjeux liés au service étudié. Toutefois, la consultation thérapeutique reste, en raison également de la difficulté à y avoir accès, un espace privilégié qu'il serait intéressant, dans des développements futurs, d'investir. Il faudrait ainsi mieux penser la stratégie à déployer : la manière de se légitimer en tant que chercheuse et de justifier le projet de recherche, le choix du service le plus approprié dans lequel réaliser la recherche, les personnes sur le terrain avec qui négocier le terrain, les conditions dans lesquelles réaliser les observations, etc.

Une autre limite à souligner est le caractère géographiquement et temporellement contextuel de la recherche ethnographique réalisée au SUC. Il s'agit en effet d'un lieu spécifique en constante évolution. Retournée au SUC après presque deux ans depuis la fin

du terrain afin d'y présenter mon travail, j'ai en effet constaté que la majorité des soignants avait changé et que la réforme du service (citée plusieurs fois dans ce travail) avait transformé les pratiques, intégrant notamment davantage les assistants sociaux. S'il est vrai qu'elles mettent en évidence des logiques propres à la psychiatrie d'urgence qui peuvent se retrouver ailleurs, les analyses sont à considérer comme le fruit d'une période et d'un lieu particulier.

BIBLIOGRAPHIE

- 20 Minutes, 2007. "Suicide des jeunes : la loi ne fait pas de prévention", Elisabeth Foster, 2 novembre 2007.
- Agamben G. 1997. *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris: Seuil.
- Aïach P. et Delanoë D. (dir.) 1998. *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*. Paris: Ed. Economica.
- Ajdacic-Gross V. 1999. *Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft: explorative Analysen zur Entwicklung des Suizids in der Schweiz (1881-1990)*. Bern: Peter Lang.
- Albert B. 1995. "Anthropologie appliquée ou 'anthropologie impliquée'" in J.-F. Baré (dir.), *Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*, Paris: Ed. Karthala, 87-118.
- Andrian J. 1999. "Suicide des personnes âgées : La mort", *Gérontologie et société*, (90): 49-68.
- APA (American Psychiatric Association) 1980. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3d*. American Psychiatric Association. 3d, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association) 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*. American Psychiatric Association. 4th, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arboleda-Florez J. et Weisstub D. 1997. "Ethical research with the mentally disordered", *Canadian journal of psychiatry*, 42(5): 485-491.
- Arc-en-Ciel 2008. *Prise de position de Arc-en-Ciel suisse sur le projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé*. http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/07494/07515/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2Z6In1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHdoJ5e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--.
- Arendt H. 1958. *Condition de l'homme moderne*. Paris: Calmann-Lévy.
- Arendt H. 1967. *Essai sur la révolution*. Paris: Gallimard.
- Aronowitz R. A. 1999. *Les maladies ont-elles un sens ?* Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- Augé M. et Herzlich C. (dir.) 1994. *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Bruxelles: Editions des archives contemporaines.
- Aujard M.-F. 2007. "La suicidologie, outil de gestion du comportement", *Recherches sociographiques*, XLVIII(3).
- Austin J. L. 2002 [1970]. *Quand dire, c'est faire*. Paris: Ed. du Seuil.
- Badeyan G., Parayre C., Mouquet M., Tellier S., Dragos S. et Ellenberg E. 2001. "Suicides et tentatives de suicide en France: une tentative de cadrage statistique", *Etudes et résultats*, 109: 1-8.
- Baechler J. 2009 [1975]. *Les suicides*. Nouv. éd. augm., Paris: Hermann.
- Bakhtin M. 1981. *The Dialogic Imagination : Four Essays*. Austin: University of Texas Press.

- Barrett R. J. 1998. *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*. La Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.
- Basset L. 2007. *Ce lien qui ne meurt jamais*. Paris: Albin Michel.
- Batt A. 2001. "Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire: le point de vue du chercheur" in Fédération française de psychiatrie (dir.), *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : conférence de consensus, 19, 20 octobre 2000, Paris, Hôpital de la Salpêtrière*, Paris: Ed. J. Libbey Eurotext, 45-65.
- Batt-Moillo A. et Jourdain A. (dir.) 2005. *Le suicide et sa prévention : émergence du concept, actualité des programmes*. Rennes: Ed. de l' Ecole nationale de la santé publique.
- Baudelot C. et Establet R. 2006a. "Suicide : changement de régime. Un observateur hors pair, Maurice Halbwachs", *liens socio*. http://www.liens-socio.org/IMG/pdf/dossiers_liens_socio_03_baudelot_establet.pdf
- Baudelot C. et Establet R. 2006b. *Suicide : l'envers de notre monde*. Paris: Ed. du Seuil.
- Baumeister H., Maercker A. et Casey P. 2009. "Adjustment Disorder with Depressed Mood", *Psychopathology*, 42(3): 139-147.
- Beaud S. 1996. "L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique", *Politix*, 9(35): 226-257.
- Beauvois J. L. et Joule R. V. 1998. *La soumission librement consentie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Beck U. 2001. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.
- Becker H. S. 1985. *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris: A.-M. Métailié.
- Bédarida C. 2005. "Orhan Pamuk, une conscience turque", *Le monde des livres*. 4 novembre 2005.
- Béliard A. et Biland E. 2008. "Enquêter à partir de dossiers personnels. Une ethnographie des liens entre institutions et individus", *Genèses*, 70(1): 106-119.
- Bernard J. 2007. "Objectiver les émotions dans l'enquête de terrain. Réflexions à partir d'une étude sur le travail des pompes funèbres" in O. Leservoisier et L. Vidal (dir.), *L'anthropologie face à ses objets: nouveaux contextes ethnographiques*, Paris: Archives contemporaines, 109-121.
- Bernard J. 2009. *Croquemort : une anthropologie des émotions*. Paris: Ed. Métailié.
- Bertaux D. 2005. *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie*. 2e éd., Paris: A. Colin.
- Beskow J., Runeson B. et Asgard U. 1990. "Psychological autopsies : methods and ethics", *Suicide and Life Threatening Behavior*, 20(4): 307-323. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2087767 Winter.
- Bibeau G. 1999. "Une troisième voie en santé publique", *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, 6(2): 209-236.
- Bibeau G. 2006. "Amérindiens face à l'inceste. Une perspective anthropologique". *Journées d'étude et de réflexion franco-québécoises. Inceste: un autre regard sur les différences culturelles et les situations de handicap*. 9-11 mai 2006. Angers.
- Blais L. 2006. "Savoir expert, savoirs ordinaires: qui dit vrai? Vérité et pouvoir chez Foucault", *Sociologie et sociétés*, 38(2): 151-163.
- Boal A. 1985. *Théâtre de l'opprimé*. Paris: la Découverte.

- Boltanski L. 1990. "Sociologie critique et sociologie de la critique", *Polix. Revue des sciences sociales du politique*, 3(10): 124-134.
- Boltanski L. 2007 [1993]. *La souffrance à distance : morale humanitaire, médias et politique*. Paris: Gallimard.
- Boltanski L. et Thévenot L. 1991. *De la justification : les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Bonvin E. (dir.) 2008. *Panser et prévenir la souffrance existentielle?* : Supplément de la Revue Médiale Suisse : Novembre 2008.
- Boschetti P. (dir.) 2006. *Le prix des médicaments : l'industrie pharmaceutique suisse*. Lausanne: Ed. d'en Bas.
- Botsis A. J., Soldatos C. R. et Stefanis C. N. 1997. *Suicide : biopsychosocial approaches*. Amsterdam: Elsevier Science Health Science div.
- Boumaza M. et Campana A. 2007. "Enquêter en milieu 'difficile'", *Revue française de science politique*, 57(1): 5-25.
- Bourdieu P. 1980. *Le sens pratique*. Paris: Minuit.
- Bourdieu P. 1986. "L'illusion biographique", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62(1): 69-72.
- Bourdieu P. (dir.) 1993. *La misère du monde*. Paris: Ed. du Seuil.
- Bourdieu P. 1997. *Méditations pascaliennes*. Paris: Seuil.
- Bourdin C.-E. 1845. *Du suicide considéré comme maladie*. Paris: De Hunneyer et Turpin.
- Bourgeois M.-L. 1996. "Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide", *Encéphale* 22, 22: 46-51.
- Bourgeois M.-L. 2007. "Comportement suicidaire" in J. D. Guelfi et F. Rouillon (dir.), *Manuel de psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 475-496.
- Bourgoin N. 1994. *Le suicide en prison*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Bourgoin N. 1999. "Suicide et activité professionnelle", *Population*, 54(1): 73-102.
- Boutaud A. 2010. "Les inégalités mondiales : une réalité plurielle", *Mouvements*, (4): 13-21.
- Brierre De Boismont A. 1865. *Du suicide et de la folie suicide considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie*. Paris: Baillière.
- Bruneteaux P. et Lanzarini C. 1998. "Les entretiens informels", *Sociétés Contemporaines*, 30(1): 157-180.
- Bucher R. et Strauss A. 1961. "Professions in process", *The American Journal of Sociology*, 66(4): 325-334.
- Burri O. 2009. *Tabou*. Rita Productions/ Les films grain de sable/ TSR/ TV-LYON. Documentaire.
- Campéon A. 2005. "La construction politique contemporaine d'un problème de santé publique" in A. Batt-Moillo et A. Jourdain (dir.), *Le suicide et sa prévention : émergence du concept, actualité des programmes*, Rennes: Ed. de l' Ecole nationale de la santé publique, 65-80.
- Canevascini M. 2009. "Accompagner un patient suicidaire", *Pensée Plurielle*, 3(22): 99-109.

- Canevascini M. et Foley R.-A. 2009. "L'anthropologie face aux demandes du terrain : deux exemples d'implication dans le milieu médical", *Altérités*, 6(2): 75-92.
- Canevascini M., Martarelli C. et Lettieri K. 2008. "Evaluation d'une association régionale de prévention du suicide en Suisse", *Santé Publique*, 20(3): 275-284. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18700619
- Canguilhem G. 1999 [1972]. *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- CARITAS/CAPS 2000. *Suicide: quelle réalité, quelle intervention, quelle prévention?* Lucerne: Caritas Suisse.
- Casper M. C. 2008. "Le diagnostic comme effet de nomination. Un exemple : la dyslexie", *L'Evolution Psychiatrique*, 73(3): 485-495.
- Castel R. et Le Cerf J. F. 1980. "Le phénomène 'psy' et la société française", *Le DÉbat*, 3(3): 22-30.
- Castelli Dransart D. A. 2004. "Jeunes adultes confrontés à un suicide : du deuil à la reconstruction", *European Journal of Social Education*, 7: 43-52.
- Cátedra M. 1993. "La maison du pendu. Le suicide chez les vaqueiros des Asturies", *Terrain*, 20. <http://terrain.revues.org/index3058.html>
- Cattacin S. et Lucas B. 1999. "Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau : les transformations de l'état social en Europe (les cas du VIH/sida, de l'abus d'alcool et des drogues illégales)", *Revue française de science politique*, 49(3): 379-398.
- Cavanagh J., Carson A., Sharpe M. et Lawrie S. 2003. "Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review", *Psychological Medicine*, 33(03): 395-405.
- CDS 2010. *Recherche qualitative sur le personnel de santé étranger en Suisse et sur son recrutement*. Berne. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Office fédéral de la santé publique.
- CFEJ 2007. *Jeune et pauvre : un tabou à briser!* Berne. Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse.
- Chazel F. 1983. "Pouvoir, structure et domination", *Revue Française de Sociologie*: 369-393.
- Cheng I. C., Hu F. C. et Tseng M. C. 2009. "Inpatient suicide in a general hospital", *General Hospital Psychiatry*, 31(2): 110-115. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19269530 Mar-Apr.
- Chesnais J.-C. 1981. *Histoire de la violence : en Occident de 1800 à nos jours*. Paris: R. Laffont.
- Cliquennois G. et Chantraine G. 2009. "Empêcher le suicide en prison : origines et pratiques", *Sociétés Contemporaines*, 75(2009/3): 59-79.
- Clot Y. 2010. *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Cobb R. W. et Elder C. D. 1972. *Participation in American politics : The dynamics of agenda-building*. Allyn and Bacon.
- Colin V. et Furtos J. 2005. "La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine", *Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe*, (1): 99-115.

- Colucci E. 2006. "The cultural facet of suicidal behaviour : Its importance and neglect", *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5(3).
- Comiskey A. 1989. *Pursuing sexual wholeness : How Jesus heals the homosexual*. Creation House.
- Conrad P. 1977. "Medicalization, etiology and hyperactivity : a reply to Whalen and Henker", *Social Problems*, 24(5): 596-598.
- Conrad P. 1992. "Medicalization and social control", *Annual review of Sociology*, 18: 209-232.
- Conrad P. 2007. *The medicalization of society : on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad P. et Schneider J. W. 1995. "Medicine as an Institution of Social Control : Consequences For Society" in N. J. Herman-Kinney (dir.), *Deviance: A Symbolic Interactionist Approach*: Altamira Press, 212-235.
- Corcuff P. 2004. "Sociologie et engagement : nouvelles pistes épistémologiques dans l'après- 1995" in B. Lahire (dir.), *A quoi sert la sociologie?*, Paris: La Découverte.
- Cornu M. 2000. "Le suicide est-il un problème?" *Suicide et éthique*, Conférence donnée le 2 décembre 2000: CHUV Lausanne.
- Cosgrove L., Krinsky S., Vijayaraghavan M. et Schneider L. 2000. "Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(3): 154-160.
- Côté J. 2006. *La mort dans l'âme. Etude sur le rapport au suicide des Gaspésiens et des Madelinots*. Gaspé: Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Direction de santé publique. <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/05/903711.pdf>.
- Coupechoux P. 2009. *La déprime des opprimés: enquête sur la souffrance psychique en France*. Paris: Seuil.
- Courrier International*, 2011a. "Deux semaines d'indignation", Adrien Chauvin, 30 mai 2011.
- Courrier International (The Independent)*, 2011b. "Emeutes londoniennes, épisode 2", Oliver Wright, 8 août 2011.
- Courtet P., Guillaume S., Malafosse A. et Jollant F. 2010. "Genes, suicide and decisions", *European Psychiatry*, 25(5): 294-296. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20452189 May 6.
- Csordas T. 2000. *Embodiment and experience : the existential ground of culture and self*. Cambridge University Press.
- Constitution Fédérale de la Confédération suisse*, (Cst.). 2010. Berne: Chancellerie Fédérale.
- Cui H., Supriyanto I., Asano M., Ueno Y., Nagasaki Y., Nishiguchi N., Shirakawa O. et Hishimoto A. 2010. "A common polymorphism in the 3'-UTR of the NOS1 gene was associated with completed suicides in Japanese male population", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(6): 992-996. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20470850 May 12.
- Dabbagh N. T. 2005. *Suicide in Palestine. Narratives of Despair*. London: Hurst & Company.
- Darmon M. 2003. *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris: Ed. La Découverte.

- Darmon M. 2005. "Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain", *Genèses*, 58(1): 98-112.
- Das V., Kleinman A., Lock M., Ramphele M. et Reynolds P. (dir.) 2001. *Remaking a world : violence, social suffering, and recovery*. Berkeley etc.: University of California Press.
- De Gaulejac V. 2005. *La société malade de la gestion*. Paris: Seuil.
- De Leo D. 2002. "Why are we not getting any closer to preventing suicide?", *The British Journal of Psychiatry*, 181(5): 372.
- Debout M. 2002. *La France du suicide*. Paris: Stock.
- Dejours C. 2005. "Nouvelles formes de servitude et suicide", *Travailler*, 13(1): 53-73.
- Dejours C. et Bègue F. 2009. *Suicide et travail : que faire ?* Paris: Presses universitaires de France.
- Demailly L. 2006. "La psychologisation des rapports sociaux comme thématique sociologique" in M. Bresson (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale*, Paris: L'Harmattan, 32-46.
- Demailly L. 2008. *Politiques de la relation : approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve-d'Ascq: Presses Univ. Septentrion.
- Demailly L. 2009. "Fortunes et ambiguïtés de l'accompagnement", *EMPAN*, 2(74): 21-28.
- Demailly L. 2011. *Sociologie des troubles mentaux*. Paris: Découverte.
- Demailly L. et Bresson M. 2005. "Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques", *Rapport final de recherche MIRE/INSERM et IFRESI/CNRS*.
- Derbez B. 2010. "Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale", *Genèses*, 78(1): 105-120.
- Desjarlais R., Eisenberg E., Good B. J. et Kleinman A. 1995. *World Mental Health : Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York: Oxford University Press.
- Desplanques G. 1993. "L'inégalité sociale devant la mort" *Données sociales : la société française*, Paris: INSEE.
- DFI/OFSP 2008. *Rapport explicatif relatif à la loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé*. Berne. Chancellerie Fédérale.
- DFI/OFSP 2009. *Avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé et avant-projet de loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé*. Berne. Chancellerie Fédérale.
- Dignola S. 2002. "I suicidi e i tentativi di suicidio degli adolescenti: le rappresentazioni di un gruppo di adulti maestri di tirocinio ticinesi sulla problematica e sulla prevenzione" in S. Dignola (dir.), *La prevenzione del suicidio nell'adolescenza*, Bellinzona: Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport, Divisione della formazione professionale, 21-91.
- Dilthey W. 1883. *Einleitung in die Geisteswissenschaften : Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und der Geschichte*. Leipzig: Duncker & Humbl.
- Donnars Y. 2001. "La socialisation de l'intime, un enjeu de société : L'intimité et la relation soignant-soigné", *Soins*, (652).
- Doron O. 2008. "Biopolitique et prévention des risques". *Colloque Politique de santé prévention normes et disciplines des corps*. Caen: Musée des Beaux-Arts.

- Dorvil H. et Mayer R. 2001. "Introduction. Problèmes sociaux : définitions et dimensions" *Problèmes sociaux* Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec, 1-13.
- Douglas J. D. 1966. "The sociological analysis of social meanings of suicide", *Archives Européennes de Sociologie*, VII(2): 249-275.
- Douglas J. D. 1973 [1967]. *The social meanings of suicide*. Princeton New Jersey: Princeton Univ. Press.
- Dubet F. 2005. "Pour une conception dialogique de l'individu", *EspacesTemps. net*, 21. <http://www.espacestemp.net/document1438.html>
- Dufrancatel C. 1968. "La sociologie des maladies mentales", *Current Sociology*, 16(2): 5-66.
- Durand J. P. 2004. *La chaîne invisible : travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire*. Paris: Seuil.
- Durkheim E. 2007 [1897]. *Le suicide : étude de sociologie*. 13e éd. "Quadrige", Paris: Presses universitaires de France.
- Ehrenberg A. 1996. "Comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques", *Communications*, 62(1): 5-26.
- Ehrenberg A. 1998. *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris: O. Jacob.
- Ehrenberg A. 2004. "Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale", *Esprit*, (304): 133-156.
- Ehrenberg A. 2010. *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob.
- Elias N. 1975. "Esquisse d'une théorie de la civilisation. Chapitre premier: De la contrainte à l'autocontrainte" *La dynamique de l'Occident*, Paris: Calmann-Lévy, 181-202.
- Emanuel E. J. et Emanuel L. L. 1992. "Four models of the physician-patient relationship", *JAMA*, 267(16): 2221-2226. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1556799 Apr 22-29.
- Erner G. 2006. *La société des victimes*. Paris: La Découverte.
- Esquirol E. 1838. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Bruxelles: Méline-Cans.
- Estroff S. 1998. *Le labyrinthe de la folie : ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Paris: Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- Fabrega Jr H. et Mezzich J. 1987. "Adjustment disorder and psychiatric practice : cultural and historical aspects", *Psychiatry*, 50(1): 31.
- Fabrega Jr H., Mezzich J. E. et Mezzich A. C. 1987. "Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III", *Archives of General Psychiatry*, 44(6): 567.
- Fainzang S. 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris: Presses universitaires de France.
- Fassin D. 1996. *L'espace politique de la santé*. Paris: Presses universitaires de France.
- Fassin D. 2000. *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala.
- Fassin D. 2002a. "La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion", *L'Evolution Psychiatrique*, 67(4): 676-689.

- Fassin D. 2002b. "La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion.", *L'Evolution Psychiatrique*, 67(4): 676-689.
- Fassin D. 2004a. *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*. Paris: La Découverte.
- Fassin D. 2004b. "Et la souffrance devint sociale", *Critique*, Numéro spécial Frontières de l'anthropologie, 680-681: 16-29.
- Fassin D. 2005. "L'ordre moral du monde. Essai d'anthropologie de l'intolérable" in D. Fassin et P. Bourdelais (dir.), *Les constructions de l'intolérable : études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, Paris: La Découverte, 17-50.
- Fassin D. 2006a. "La biopolitique n'est pas une politique de la vie", *Sociologie et sociétés*, 38(2): 35-48.
- Fassin D. 2006b. "Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique", *Politix*, 19(73): 137-157.
- Fassin D. 2010. *La raison humaine : une histoire morale du temps présent*. Paris: Gallimard.
- Fassin D. et Bourdelais P. (dir.) 2005. *Les constructions de l'intolérable : études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris: La Découverte.
- Fauré C. 2002. *Vivre le deuil au jour le jour : réapprendre à vivre après la mort d'un proche*. Paris: Ed. J'ai lu.
- Favre P. 1992. "L'émergence des problèmes dans le champ politique" in P. Favre et É. Agrikoliansky (dir.), *Sida et politique : les premiers affrontements (1981-1987)*, Paris: L'Harmattan, 5-37.
- Ferrero F. et Borgeat F. 2000. "Livre blanc de la psychiatrie et de la psycho-", *Revue Médicale Suisse*, 2315. 27/09/2000.
- Foucault M. 1961. *Folie et déraison ; histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon.
- Foucault M. 1976a. "Droit de mort et pouvoir sur la vie" *Histoire de la sexualité, I. La Volonté de savoir*, Paris: Gallimard, 177-191.
- Foucault M. 1976b. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Foucault M. 1994. *Dits et Ecrits, tome IV*. Paris: Gallimard.
- Foucault M. 1997. *Il faut défendre la société : cours au Collège de France. 1976*. Paris: Gallimard.
- Foucault M. 2003. *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris: Seuil.
- Fourchard L. et Pommerolle M. E. 2011. *La Tunisie en révolution?* Paris: Karthala.
- Freire P. 1980. *La pédagogie des opprimés*. F. Maspero.
- Freud S. 1988. "Deuil et mélancolie" *Oeuvres complètes / Vol. 13, Psychanalyse : 1914-1915*, Paris: Presses univ. de France, 260-280.
- Frye M. 1983. "Oppression" *The politics of reality: Essays in feminist theory*, New York: Crossing Press, Trumansburg.
- Geertz C. 1973. *The interpretation of cultures : selected essays*. New York: Basic Books.

- Geertz C. 1983. "Jeu d'enfer. Notes sur le combat de coqs balinais" in C. Geertz (dir.), *Bali. Interprétation d'une culture*, Paris: Gallimard, 165-215.
- Genest C. et Gratton F. 2009. *La résilience des familles endeuillées par le suicide d'un adolescent*. IV Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones.
- Gibran K. (dir.) 1990. *Le sable et l'écume : livre d'aphorismes*. Paris: Albin Michel.
- Giddens A. 1966. "A Typology of Suicide", *Archives Européennes de Sociologie*, VII(2): 276-295.
- Giddens A. 1971. "A Typology of Suicide" in A. Giddens (dir.), *The Sociology of Suicide. A Selection of Readings*, London: Franck Cass and Company Limited, 97-120.
- Giddens A. 1973. *The Class Structure of the Advanced Societies*. London: Hutchinson.
- Giddens A. 2005 [1987]. *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration*. Paris: Presses universitaires de France.
- Goffman E. 1968. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Les Ed. de Minuit.
- Goffman E. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne : la présentation de soi*. Paris: Ed. de Minuit.
- Goguikian Ratcliff B. et Strasser O. (dir.) 2009. *Clinique de l'exil : chroniques d'une pratique engagée*. Genève: Georg Editeur.
- Göle N. 2005. "La laïcité républicaine et l'islam public", *Pouvoirs*, (4): 73-86.
- Good B. J. 1992. "Culture, diagnosis and comorbidity", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(4): 427-446.
- Gratton F. 1997. *Les suicides d'être de jeunes Québécois*. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec.
- Gratton F. 1999. "Détresse n'est pas toujours maladie mentale: pour une vision plus large du suicide.", *Vis-à-Vie*, 9(3): 17-18.
- Guelfi J. D. et Rouillon F. (dir.) 2007. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Guillon C. et Le Bonniec Y. 1982. *Suicide, mode d'emploi, histoire, technique, actualité*. 2e éd. rev. et corrigée., Paris: Editions Alain Moreau.
- Guirlinger L. 2000. *Le suicide et la mort libre*. Nantes: Ed. Pleins Feux.
- Hahn L. 1888. "Esquirol" *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris: P. Asselin et Houzeau et G. Masson.
- Haines H. 1989. "Primum Non Nocere: Chemical Execution and the Limits of Medical Social Control", *Social Problems*: 442-454.
- Halbwachs M. 2002 [1930]. *Les causes du suicide*. Paris: Presses universitaires de France.
- Hammer R. 2006. "La confiance dans son médecin", *PrimaryCare*, 6(18): 337-339.
- Harris C. et Barraclough B. 1997. "Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis", *British Journal of Psychiatry*, 170: 205-228.
- Hättenschwiler J., Baumann P. et Hatzinger M. 2007. "Les antidépresseurs favorisent-ils la suicidalité et le suicide chez les individus dépressifs?", *Forum Médical Suisse*, 7: 757-764.

- Heinich N. 1998. *Ce que l'art fait à la sociologie*. Paris: Les Ed. de Minuit.
- Herzlich C. 1994. "Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social" in M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Bruxelles etc.: Editions des archives contemporaines.
- Hirigoyen M. F. 1998. *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*. Paris: Syros.
- Hite S. 2004 [1976]. *The Hite report: A nationwide study of female sexuality*. Seven Stories Pr.
- Hughes E. C. 1996. *Le regard sociologique : essais choisis*. Paris: Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Humeau M., Papet N., Jaafari N., Gotzamanis L., Lafay N. et Senon J.-L. 2007. "Disponibilité des armes à feu et risque suicidaire: revue de la littérature", *Annales Médico Psychologiques*, 165: 269-275.
- Inglehart R. 2000. "Globalization and postmodern values", *The Washington Quarterly*, 23(1): 215-228.
- Inglehart R. et Wayne E. B. 2000. "Modernization, cultural change and the persistence of traditional values", *American Sociological Review*, 65(1): 19-51.
- Ipsilon 2005. *Communiqué de presse. Publication du rapport répondant au postulat Widmer*. http://www.stopsuicide.ch/sources/loiCH/050525RapportCF_IPSILON.pdf.
- Ipsilon 2008. *Prise de position de Ipsilon sur le projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé*. http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/07494/07513/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp610NTU04212Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHdoN,e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--.
- Irminger F. 2005. "Suicide des jeunes : fléau ignoré par la loi", *Plaedoyer*, 4/05.
- Jacques P. 2004. "Souffrance psychique et souffrance sociale", *Pensée Plurielle*, 8(2): 21-29.
- Jaisson M. et Baudelot C. 2007. *Maurice Halbwachs, sociologue retrouvé*. Paris: Rue d'Ulm.
- Jaspard M. 2005. *Les violences contre les femmes*. Paris: La Découverte.
- Jehel L. 2001. "Quels sont les éléments essentiels de l'évaluation clinique de la crise suicidaire et de son intensité?" in Fédération française de psychiatrie (dir.), *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : conférence de consensus, 19, 20 octobre 2000, Paris, Hôpital de la Salpêtrière*, Paris: Ed. J. Libbey Eurotext, 169-183.
- Jick H., Kaye J. A. et Jick S. S. 2004. "Antidepressants and the risk of suicidal behaviors", *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 292(3): 338.
- Jolicorps A. 2007. *L'assistance au suicide en Suisse: de la légitimation à la pratique: ethnographie de l'association EXIT ADMD*. Mémoire de licence: Université de Neuchâtel.
- Jones C. O. 1984. *An introduction to the study of public policy*. 3rd ed, Monterey Calif.: Brooks/Cole Publ.
- Joubert N. 2002a. "La prévention du suicide au Québec. A tant vouloir éviter la mort, on finit par éviter la vie", *Frontières*, Automne: 52-59.
- Joubert N. 2002b. "La suicidologie face au suicide : Ouverture ou fuite?", *Vis-à-Vie*, 12(1): 9-10.

- Juurlink D. N., Herrmann N., Szalai J. P., Kopp A. et Redelmeier D. A. 2004. "Medical illness and the risk of suicide in the elderly", *Archives of Internal Medicine*, 164(11): 1179.
- Kapusta N. D., Etzersdorfer E., Krall C. et Sonneck G. 2007. "Firearm legislation reform in the European Union: impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria", *British Journal of Psychiatry*, 191: 253-257. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17766767 Sep.
- Karsenti B. 1995. "La spécificité psychologique de la sociologie. De Durkheim à Mauss" in M. Borlandi et L. Mucchielli (dir.), *La sociologie et sa méthode : les Règles de Durkheim un siècle après*, Paris: L'Harmattan, 297-320.
- Keck F. 2008. "Les usages du biopolitique", *L'Homme*, 187-188(3): 295-314.
- Kilani M. 1994. "Du terrain au texte", *Communications*, 58(1): 45-60.
- Kirk S. A. et Kutchins H. 1998. *Aimez-vous le DSM? : le triomphe de la psychiatrie américaine*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- Kitanaka J. 2008. "Diagnosing suicides of resolve : Psychiatric practice in contemporary Japan", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32(2): 152-176.
- Kleinman A., Das V. et Lock M. (dir.) 1997. *Social suffering*. Berkeley etc.: University of California Press.
- Kleinman S. et Copp M. A. 1993. *Emotions and fieldwork*. Newbury Park ; London etc.: Sage Publications.
- Knüsel R. 1991. *Mieux vaut guérir que prévenir : la prévention en question*. Lausanne: Réalités sociales.
- Kovess V., Lesage A., Boisguerin L., Fournier B., Lopez A. et Ouellet A. 2001. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris: Médecine-sciences Flammarion.
- Kraepelin E. 1899. *Psychiatrie: ein Lehrbuch für studierende und Ärzte*. JA Barth.
- Kraepelin E. 1998 [1900]. *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Kuehn B. M. 2010. "Military probes epidemic of suicide : mental health issues remain prevalent", *JAMA*, 304(13): 1427, 1429-1430. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20924001 Oct 6.
- Kurz D. 1987. "Emergency department responses to battered women : resistance to medicalization", *Social Problems*, 34(1): 69-81.
- L'illustré*, 2007. "Suicide des jeunes : Briser le silence", Marc David, 46/07.
- Lacroix A. et Truong N. 2007. "Nicolas Sarkozy et Michel Onfray - Confidences entre ennemis", *Philosophie Magazine*, 8.
- Lacroix L. 1990. "Le suicide et les politiques sociales au Québec", *Santé mentale au Québec*, 15(1): 46-61.
- Landais C. 2007. "Les hauts revenus en France (1998-2006) : une explosion des inégalités", *Paper, Paris School of Economics*.
- Landry M. 2006. *Du déclin de la pensée critique au triomphe de la psychiatrie*. Paris: Editions L'Harmattan.

- Le Breton D. 1998. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Presses universitaires de France.
- Le Courrier*, 2010. "Sur le suicide, la discrétion est aussi une valeur helvétique", Michaël Rodriguez, Fernand Nouwligbet, 10 septembre 2010.
- Le Matin*, 2009a. "Il avait mis sa mort en scène", Renaud Malik, 12 octobre 2009.
- Le Matin*, 2009b. "Lytta Basset : «S'interroger sur sa vie, c'est déjà de la spiritualité»", Anne-Laure Gannac, 19 décembre 2009.
- Le Matin Dimanche*, 2008. "Médicament hors de prix : Couchepin attaqué", Ludovic Rocchi, 2 mars 2008.
- Le Roy E. 1870. *Etude sur le suicide et les maladies mentales dans le département de Seine-et-Marne avec points de comparaison pris en France et à l'étranger*. Paris: Massonet fils.
- Le Temps*, 2005. "Le suicide, à mots découverts", Albertine Bourget, 3 octobre 2005.
- Le Temps*, 2006. "Le suicide des jeunes peut être facilité par une arme à la maison", Florian Irminger, 21 juin 2006.
- Le Temps*, 2007. "Le suicide fait peur aux humains, pas à Dieu", Patricia Briel, 3 septembre 2007.
- Le Temps*, 2008. "On ne m'a jamais rejetée, ça m'a sauvé la vie", Sylvie Arsever, 25 novembre 2008.
- Le Temps*, 2009. "Se suicider pour exister", Patricia Briel, 14 octobre 2009.
- Lenoir R. 1996. "Objet sociologique et problème social" in P. Champagne (dir.), *Initiation à la pratique sociologique*, Paris: Dunod, 52-100.
- Lenzer J. 2004. "Bush plans to screen whole US population for mental illness", *British Medical Journal*, 328(7454): 1458.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15205287 Jun 19.
- Lester D. 1992-1993. "Suicide and culture", *Homeostasis*, 34(1-2): 96-102.
- Leymann H. et Gustafsson A. 1996. "Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders", *European journal of work and organizational psychology*, 5(2): 251-275.
- Lhuillier D. 2005. "Le "sale boulot"", *Travailler*, 14(2): 73-98.
- Loi sur l'assemblée fédérale du 13 décembre 2002*, 2010. Berne: Chancellerie Fédérale.
<http://www.admin.ch/ch/f/rs/1/171.10.fr.pdf>.
- Lott A., Borgeat F. et Carron R. 2003. "Le trouble de l'adaptation, un diagnostic anodin? Une étude comparative avec le trouble dépressif majeur", *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154(3): 96-105.
- Lovell A. (dir.) 2004. *Santé mentale et société*. Paris: La Documentation française.
- Lustman M. 2008. "De la prévention du suicide comme une question sociologique", *Frontières*, 21(1): 15-22.
- Macdonald C. J.-H. 2007. *Uncultural behavior. An Anthropological Investigation of Suicide in the Southern Philippines*. Honolulu: University of Hawai'i Press.

- Macdonald C. J.-H. 2009. "L'anthropologie du suicide. Interprétation ou explication?", *L'Homme*, 191(3): 201-210.
- MacDonald M. 1989. "The medicalization of suicide in England: laymen, physicians, and cultural change, 1500-1870", *The Milbank Quarterly*, 67(1): 69-91. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2682173
- Mahon P. B., Stutz A. M., Seifuddin F., Huo Y., Goes F. S., Jancic D., Judy J. T., Depaulo J. R., Jr., Gershon E. S., McMahan F. J., Zandi P. P., Potash J. B. et Willour V. L. 2010. "Case-control association study of TGOLN2 in attempted suicide", *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 153B(5): 1016-1023. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20468057 Mar 31.
- Maris R. W. 1981. *Pathways to suicide. A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Marsella A. J. et Kaplan A. 2002. "Cultural considerations for understanding, assessing, and treating depressive experience and disorder" in M. A. Reinecke et M. R. Davison (dir.), *Comparative Treatments of Depression*, New York: Springer.
- Martínez-Hernández A. 2000. *What's behind the symptom? : On psychiatric observation and anthropological understanding*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Martuccelli D. 2004. "Figures de la domination", *Revue Française de Sociologie*, 45(3): 469-497.
- Martuccelli D. et De Singly F. 2009. *Les sociologies de l'individu*. Paris: Armand Colin.
- Massé R. 1995. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et promotion de la santé*. Montréal ; Paris etc.: G. Morin éd.
- Massé R. 2007. "La "troisième voie" en anthropologie de la santé: pour une réflexivité constructive" in O. Leservoisière et L. Vidal (dir.), *L'anthropologie face à ses objets: nouveaux contextes ethnographiques*, Paris: Archives contemporaines Editions, 267-281.
- Massé R. 2008. *Détresse créole : ethnoépidémiologie de la détresse psychique à la Martinique*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Mauss M. 1921. "L'expression obligatoire des sentiments", *Journal de psychologie*, 18: 81-88.
- Mauss M. 1934. "Les techniques du corps", *Sociologie et anthropologie*: 363-386.
- McGuffin P., Perroud N., Uher R., Butler A., Aitchison K. J., Craig I., Lewis C. et Farmer A. 2010. "The genetics of affective disorder and suicide", *European Psychiatry*, 25(5): 275-277. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20462744 May 10.
- Memmi D. et Taïeb E. 2009. "Les recompositions du 'faire mourir' : vers une biopolitique d'institution", *Sociétés Contemporaines*, 75(2009/3): 5-15.
- Mercy J. A., Kresnow M. J., O'Carroll P. W., Lee R. K., Powell K. E., Potter L. B., Swann A. C., Frankowski R. F. et Bayer T. L. 2001. "Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of others and nearly lethal suicide attempts", *American Journal of Epidemiology*, 154(2): 120-127.

- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11447044 Jul 15.
- Michel K. et Waeber V. 1994. "Attempted Suicide in Bern, 1989-1991" in A. Kerkhof, A. Schmidtke, D. Bille-Brahe, D. De Leo et Lönnqvist (dir.), *Attempted Suicide in Europe: Findings from the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*: DSWO Press, 73-86.
- Migneault P. 1999. "Discours, pratiques et affolement autour du suicide au Québec. Quelques leçons et pièges ou le beau risque de vivre... jusqu'à la mort inclusivement", *Frontières*, Automne: 104-199.
- Mills C. W. 1977. *L'imagination sociologique*. Paris: F. Maspero.
- Minois G. 1995. *Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire*. Paris: Fayard.
- Mishara B. L. 2006. "Cultural specificity and universality of suicide. Challenges for the International Association for Suicide Prevention", *Crisis*, 27(1): 1-3.
- Mishara B. L. et Tousignant M. 2004. *Comprendre le suicide*. Montréal: Presses de L'Université de Montréal.
- Moreira P. et Prolongeau H. 2009. *Travailler à en mourir : quand le monde de l'entreprise mène au suicide*. Paris: Flammarion.
- Moreno-Davila N. 2010. "Le suicidant, sa famille et son médecin ", *Thérapie familiale*, 31(4): 439-450.
- Mucchielli L. et Renneville M. 1998. "Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930)", *Déviance et société*, 1: 3-36.
- Muller P. 2008 [1990]. *Les politiques publiques*. Paris: Presses universitaires de France.
- Munier V. 2004. "Quelques réflexions autour du tabou et du suicide", *Cahiers de psychologie clinique*, 22(1): 171-184.
- Narring F., Tschumper A., Inderwildi Bonivento L., Jeannin A., Addor V., Bütikofer A., Suris J. C., Diserens C., Alsaker F. et Michaud P. A. 2002. *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002)*. Lausanne, Berne, Bellinzona. SMASH.
- Ninacs W. A. 1995. "Empowerment et service social : approches et enjeux", *Service social*, 44(1): 69-93.
- NZZ am Sonntag*, 2008. "Die Zahl der Suizide steigt um 20 Prozent", Heidi Gmür, 15 juin 2008.
- OCDE/OMS 2006. *Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse*. Organisation de coopération et de développement économiques, Organisation mondiale de la Santé. Paris.
- OFS 1997. *Berufsspezifische Mortalitätsrisiken der Männer in der Schweiz 1979/83*. Bern. Office fédéral de la statistique.
- OFS 2010. *ESPA 2009 en bref. Principaux résultats de l'enquête suisse sur la population active*. Neuchâtel. Office fédéral de la statistique.
- OFSP 2004a. *Santé Psychique. Annexe 1. Genèse de la stratégie visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique*. Politique nationale suisse de la santé. Berne. Office fédéral de la santé publique.

- OFSP 2004b. *Santé Psychique. Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Politique nationale suisse de la santé. Berne. Office fédéral de la santé publique.
- OFSP 2005. *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)*. Confédération Helvétique. Berne. Office fédéral de la santé publique.
- OFSP/CDS 2010. *Stratégie nationale en matière de soins palliatifs*. Berne. Office fédéral de la santé publique, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- Ogien A. et Toledo M. 1994. "Le métiers de psychiatrie. Notes sur la notion d'autonomie professionnelle" in P. Aïach et D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris: Anthropos Economica, 161-180.
- Olivier de Sardan J.-P. 2000. "Le 'je' méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain", *Revue Française de Sociologie*, 41(3): 417-445.
- Olivier de Sardan J.-P. 2008. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socioanthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant.
- OMS 1986. *Working Group on Prevention Practices in Suicide an Attempted Suicide*. York: 22-26th September 1986. Organisation mondiale de la Santé.
- OMS 1993. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM-10*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.
- OMS 1999. *WHO/Euro Multicentre study on parasuicide*. Copenhague. World Health Organization Regional Office for Europe.
- OMS 2001. *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.
- OMS 2002. *La prévention du suicide. Indications pour les professionnels des médias*. Genève. Organisation mondiale de la Santé.
- ONU/OMS 1997. *Prevention du suicide. Principes directeurs en vue de la formulation et de la mise en oeuvre de stratégies nationales*. New York. Nations Unies.
- Oquendo M. A., Baca-Garcia E., Mann J. J. et Giner J. 2008. "Issues for DSM-V : suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis", *The American Journal of Psychiatry*, 165(11): 1383-1384.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18981069 Nov.
- Otero M. 2003. *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*. Presses Université Laval.
- Owens C., Lambert H., Lloyd K. et Donovan J. 2008. "Tales of biographical disintegration : how parents make sense of their sons' suicides", *Sociology of Health & Illness*, 30(2): 237-254.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18290934 Mar.
- Pamuk O. 2005. *Neige*. Paris: Gallimard.
- Peneff J. 1994. "Les grandes tendances de l'usage des biographies dans la sociologie française", *Politix*, 7(27): 25-31.

- Peneff J. 2000. *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*. Paris: Editions Métailié.
- Peretti-Watel P. 2001. *La société du risque*. Paris: La Découverte.
- Peretti-Watel P. 2004. "Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque", *Revue Française de Sociologie*, 45(1): 103-132.
- Perrier-Durand A. 1998. *Je me tue à vous le dire : le suicide à la croisée des regards de la psychanalyse et de la criminologie*. Toulouse: Erès.
- Peter H.-B. 2003. "La dimension éthique" in H.-B. Peter et P. Möslé (dir.), *Suicide : la fin d'un tabou ?*, Genève: Labor et Fides, 68-96.
- Peter H.-B. et Möslé P. (dir.) 2003. *Suicide : la fin d'un tabou ?* Genève: Labor et Fides.
- Pignarre P. 2001. *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris: Ed. La Découverte.
- Pinguet M. 1984. *La mort volontaire au Japon*. Paris: Gallimard.
- Pollak M. 1990. *L'expérience concentrationnaire: essai sur le maintien de l'identité sociale*. Paris: Métailié.
- Potvin L., Paradis G. et Lessard R. 1994. "Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé", *Ruptures*, 1: 45-57.
- Privat J.-M. et Scarpa M. 2009. "Présentation. La culture à l'œuvre", *Romantisme*, 3(145): 3-9.
- Privat J.-M. et Scarpa M. (dir.) 2010. *Horizons ethnocritiques*. Nancy: Presses universitaires de Nancy.
- Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé* (Projet Lprév). 2008. Chancellerie Fédérale.
- Rameix S. 2000. "Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients?" in C. Louzoun et D. Salas (dir.), *Justice et psychiatrie : normes, responsabilité, éthique*, Ramonville Saint-Agne: Erès, 65-75.
- Renault E. 2008. *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*. Paris: La Découverte.
- Revault d'Allonnes M. 2008. *L'homme compassionnel*. Paris: Seuil.
- Rhodes L. A. 1995. *Emptying beds : the work of an emergency psychiatric unit*. Berkeley: University of California Press.
- Richard M. 2006. *La République compassionnelle*. Paris: B. Grasset.
- Robert P., Rey A. et Rey-Debove J. 1993. *Le Nouveau Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Nouv. éd. du Petit Robert, texte remanié et ampl. / sous la dir. de Josette Rey-Debove et Alain Rey, Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Rossi I. 2005. "En guise d'introduction. Médicalisation de la vie, enjeux de société" *Eloge de l'altérité*, Fribourg: Les Editions de l'Hèbe, 19-31.
- Rossi I. 2006. "La médecine à l'épreuve du social" *Sciences humaines en médecine: formation et collaboration. Colloque de printemps de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales*, Lausanne, 47-53.

- Rossi I. 2010. "Construire la santé par les réseaux sociaux" *Souffrance psychique et rétablissement social*, Lausanne: Actes du Congrès du GRAAP, 7-13.
- Rossi I., Kaech F., Foley R.-A. et Papadaniel Y. 2008. "L'éthique à l'épreuve d'une enquête anthropologique en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution", *Ethnographiques.org*, 17(Novembre 2008). <http://www.ethnographiques.org/2008/Rossi,et-al>
- Roudil M.-A. et Bruneau S. 2006. *Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés*. ADR Production. Documentaire.
- Rozenberg G. 2009. "La singulière défaite de l'anthropologie", *L'Homme*, 189(1): 243-252.
- Rutgers-Cardis J. (dir.) 2006. *Suicide : liens sociaux et recherche de sens*. Actes du congrès interdisciplinaire ASICS & IES-FEPS à l'Université de Fribourg (octobre 2003), Genève: Labor et Fides.
- Rutz W., von Knorring L. et Walinder J. 1989. "Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners", *Acta Psychiatr Scand*, 80(2): 151-154. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2801163 Aug.
- Saillant F. 1986. *Les aspects culturels de l'expérience du cancer en contexte clinique moderne*. Thèse de doctorat en anthropologie: Université McGill.
- Saktanber A. et Corbacioglu G. 2008. "Veiling and headscarf-skepticism in Turkey", *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 15(4): 514.
- Salah-Eddine L. 2008. *Le harcèlement moral au travail : analyse sociologique*. Université Paris-Descartes. Thèse de doctorat en Sociologie. <http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/34/35/44/PDF/TheseLailaSalahEddine.pdf>.
- Samy M. H. 1998. *Le « pourquoi vivre » ou le « pour qui vivre »*. Conférence d'ouverture du Colloque de l'A.Q.S. Rivière-du-Loup.
- Santiago M. 2007. "Perspectives critiques en psychologie de la santé. L'exemple des recherches en oncologie", *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(4): 9-21.
- Scheper-Hughes N. et Lock M. 1984. "The mindful body : a prolegomenon to future work in medical anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1): 6-41.
- Schneider J. W. 1985. "Social problems theory : The constructionist view", *Annual review of Sociology*, 11: 209-229.
- Séguin M., Brunet A. et LeBlanc L. (dir.) 2006. *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal: G. Morin : Chenelière Education.
- Service de santé publique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Fondation de Nant 2008. *Politique de santé mentale. Plan d'actions 2007-2012*. http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/synthese_plan_SANMT-081110.pdf.
- Sexton A. 1981. *The Complete Poems of Anne Sexton*. Boston: Houghton Mifflin.
- Shea S. C. 2002. *The practical art of suicide assessment : a guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. Hoboken NJ: John Wiley & Sons.
- Shea S. C. 2008. *Evaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir*. Coordination scientifique de l'édition française: Jean-Louis Terra, Monique Séguin, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

- Shiva V. et Jalees K. 2006. *Farmers suicides in India*. New Delhi, India: Research Foundation for Science, Technology and Ecology.
- Shneidman E. S. 1981. "The psychological autopsy", *Suicide and Life Threatening Behavior*, 11(4): 325-340.
- Smith A. 2003 [1774]. *Théorie des sentiments moraux*. Ed. révisée, Paris: Presses Universitaires de France.
- Soulet M. H. 2005. "La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique", *Pensée Plurielle*, 10(2): 49-59.
- Soulet M. H. (dir.) 2006. *Chômage et solidarité : les nouvelles inégalités*. Fribourg: Saint-Paul.
- Soulet M. H. 2009. "La souffrance sociale, pathologie des sociétés contemporaines", *éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 11(2): 72-77.
- Stoll B. et Weil B. 2004. *Enquête en vue d'une future organisation faïtière nationale pour la prévention du suicide*. Ipsilon. <http://www.ipsilon.ch/uploads/media/enquete.pdf>.
- Stop Suicide 2005. *Communiqué de presse. Prévention du suicide en Suisse: le Conseil fédéral change de ton, c'est un bon augure*. <http://www.stopsuicide.ch/sources/loiCH/050525RapportCF.pdf>.
- Stop Suicide 2008. *Prise de position de Stop Suicide sur le projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé*. http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/07494/07515/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp610NTU04212Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHdoJ6fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--.
- Strauss A. L. 1992. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Streckeisen P. 2009. "Montée du chômage et durcissement de la politique du marché du travail", *Chronique internationale de l'IRES*, 120: 38-46.
- Surault P. 2003. "Approche socio-démographique de la santé mentale" Poitiers: Actes de la journée de restitution régionale ARPCIMEP-ORSPEC.
- Szasz T. S. 1971. "The Ethics of Suicide", *Antioch Review*, 31(1): 7-17.
- Taïeb E. 2006-2007. "Avant-propos : du biopouvoir au thanatopouvoir", *Quaderni*, Le thanatopouvoir politiques de la mort, Hiver 2006-2007: 5-15.
- Taylor R., Page A., Morrell S., Carter G. et Harrison J. 2004. "Socio-economic differentials in mental disorders and suicide attempts in Australia", *The British Journal of Psychiatry*, 185(6): 486-493.
- Terra J.-L. (dir.) 2003a. *La prévention du suicide*. Revue Actualité et dossier en santé publique, Paris: La Documentation Française.
- Terra J.-L. 2003b. "Prévenir le suicide : repérer et agir", *Revue Actualité et dossier en santé publique*, 45: 20-23.
- Thomas H. 2010. *Les vulnérables : la démocratie contre les pauvres*. Bellecombe-en-Bauges: Ed. du Croquant.
- Thomas J. 2010. *Dire(s) d'urgence. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital*. Université Lumière Lyon 2.

- Thèse de doctorat en Sciences de l'information et de la communication.
http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/thomas_j - p=0&a=top.
- Tiefer L. 2006. "Female sexual dysfunction : a case study of disease mongering and activist resistance", *PLoS Medicine*, 3(4).
- Tremblay A. 2007. "Compte rendu de C. Baudelot et R. Etable, Suicide, l'envers de notre monde, Paris, Éditions du Seuil, 2006", *Recherches sociographiques*, 48(3): 177-180.
- Trémine T. 2008. "Les troubles de la personnalité : enjeux contemporains (Persona et société du spectacle)", *Information psychiatrique*, 84(1): 15-28.
- Tschannen P. et Buchli M. 2004. *Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention. Rechtsgutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*. Berne. Universität Bern.
- TSR, 2009. "Suicide : la TSR brise le tabou", Infrarouge, 14 octobre 2009.
- UN/WHO 1996. *Prevention of Suicide, Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*. New York. United Nations.
- Vaillé H. 2005. "Questions à Agnès Batt-Moillo. L'autopsie psychologique pour mieux prévenir le suicide", *Sciences Humaines*, 162.
- Velpry L. 2008a. *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Paris: A. Colin.
- Velpry L. 2008b. "The patient's view : Issues of theory and practice", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32(2): 238-258.
- Verdier E. et Firdion J.-M. 2002. *Homosexualités et suicide : études, témoignages et analyse*. Montblanc: H & O éd.
- Vishven S. 2008. "Analysis of Anti Suicide Law in India", *Social Science Research Network*.
<http://ssrn.com/abstract=1305022> 21 November 2008.
- Volant E. 1990. *Adieu, la vie... : étude des derniers messages laissés par des suicidés*. Montréal: Bellarmin.
- Walti-Jenny M. et Walti H. 2008. *Suizide im Kanton Zug 1991-2007*. Baar: Gesundheitsdirektion, Ambulante Psychiatrische Dienste et Kanton Zug.
- Walzer M. 1996. *La critique sociale au XXe siècle : solitude et solidarité*. Paris: Ed. Métailié.
- Weber B. A. 2001. "Le chômage en Suisse dans les années nonante", *Revue de politique économique*, 6: 4-9.
- Weber M. 1959. *Le savant et le politique*. Paris: Plon.
- Weber M. 1971. *Economie et société*. Paris: Plon.
- Weil B. 2008. "There is no Health without Mental Health", *Bulletin Psy & Psy*, 3: 11.
- Wertz R. et Wertz D. 1989. *Lying-in : A history of childbirth in America*. Yale Univ Pr.
- Wexler L. M. 2006. "Inupiat youth suicide and culture loss : Changing community conversations for prevention", *Social Science & Medicine*, 63: 2938-2948.
- Wind G. 2008. "Negotiated interactive observation : Doing fieldwork in hospital settings", *Anthropology & Medicine*, 15(2): 79-89.
- Wise T. 2004. *Waking Up : Climbing Through the Darkness*. Oxnard: Pathfinder Publishing of California.

ANNEXE

Développement de la prévention du suicide en Suisse : les informateurs

Niveau d'activité	Prénom Nom	Formation/ activité professionnelle	Fonction en lien avec la prévention du suicide	
INFORMATEURS PRINCIPAUX				
Niveau Suisse	Barbara Weil	Economiste	Coordinatrice de Ipsilon	
	Angela Dolores Castelli Dransart	Professeure en travail social, accompagnatrice de personnes endeuillées	Participe activement aux activités de Ipsilon, CAPS, ASICS et PreSuiFri	
	Marlène Messerli	Infirmière, assistante sociale, travaille pour Caritas	Elle a organisé les journées de formation de Caritas en '99, a participé à la création de la CAPS, Parspas, PreSuiFri, Résiste et Parlons-en	
	Jacqueline Rutgers-Cardis	Psychologue, coordonne depuis plusieurs décennies des groupes de parents endeuillés	Elle a participé activement aux activités de la CAPS, ASICS, Ipsilon	
Niveau international	Brian Mishara	Professeur en psychologie	Président du IASP jusqu'en 2009	
	Monique Séguin	Psychologue	Elle a beaucoup travaillé sur le suicide. Parmi ses différentes spécialités et domaines d'expertise, elle diffuse dans le milieu francophone les travaux de Shea autour de l'intervention en situation de crise suicidaire.	
Niveau cantonal	VD (Canton de Vaud)	Nadine Kaufmann	Psychiatre	Coordinatrice du Groupe de prévention suicide Vaud, formatrice dans le cadre de la formation à la crise suicidaire, volet « Adultes et personnes âgées ».
		Marc Diserens	Responsable de la Santé publique du canton de Vaud jusqu'en 2008	Il a largement participé à la planification du plan de santé mentale vaudois 2007-2012
		Nadia Rillet	Cheffe de projet à la Santé publique du canton de Vaud	Responsable du plan de santé mentale vaudois au niveau de la Santé publique
		Jacques Laget	Pédopsychiatre	Membre du Groupe de prévention suicide Vaud, formateur dans le cadre de la formation à la crise suicidaire, volet « adolescents »
		Rafik Benharrats	Psychiatre	Membre du Groupe de prévention suicide Vaud, formateur dans le cadre de la formation à la crise suicidaire, volet « tout âge »
		Yves Dorogi	Infirmier en psychiatrie	Membre du Groupe de prévention suicide Vaud, formateur dans le cadre de la formation à la crise suicidaire, volet « tout âge »
	VS	Eric Bonvin	Psychiatre, Directeur du Centre	Responsable du programme

	(Canton du Valais)		hospitalier du Chablais (CHC), Médecin-chef du Département des Institutions Psychiatriques du Valais Romand (IPVR)	« Réseau Entraide »
		Sandrine Astori	Psychologue	Coordinatrice du programme « Réseau Entraide »
		Olivier Mouthon	Travailleur social	Directeur de Parspas
	GE (Canton de Genève)	Maja Perret-Catipovic	Psychologue	Responsable du Centre d'Etude et Prévention du Suicide (CEPS), HUG. Auteur de plusieurs ouvrages sur le suicide des adolescents et formatrice dans ce domaine
		Florian Irminger	Politicien et responsable du bureau genevois d'une organisation non gouvernementale internationale	Co-fondateur de Stop Suicide et membre actif de l'association depuis sa création en 2001
INFORMATEURS COMPLEMENTAIRES				
		Philippe Rey-Bellet	Psychiatre	Il s'intéresse à la question des hospitalisations non volontaires en psychiatrie
		Ariane Zinder	Psychologue	S'occupe du conseil psychosocial à Pro Mente Sana
		Nicole Grivat	Educatrice et licenciée en Sciences Sociales	Travaille pour Telme, 147
		Anne-Michèle Ducret	Travailleuse sociale	Co-fondatrice de la compagnie de théâtre-forum Caméléon
		Claude Mordasini	Enseignant et acteur	Acteur au sein de la compagnie Caméléon, créateur de la pièce « Des briefs et des paquets » autour du suicide, créé avec la collaboration de Caritas à l'occasion des journées de prévention du suicide en '99
		Laure-Anne Thalmann	Psychologue	Auteure du livre <i>Peut-on parler du suicide ?</i>
Autres informateurs	Madame		Médiatrice et enseignante dans un établissement de niveau secondaire (VD)	Participante à la formation « Crise suicidaire : formation à l'intervention »
	Madame		Psychologue dans un établissement de niveau secondaire (GE)	Participante à la formation « Crise suicidaire : formation à l'intervention »
	Monsieur		Psychologue dans un établissement de niveau secondaire (GE)	Participant à la formation « Crise suicidaire : formation à l'intervention »
	Madame		Infirmière scolaire dans un établissement de niveau primaire et secondaire (VD)	Participante à la formation « Crise suicidaire : formation à l'intervention »
	Madame		Pédiatre	Participante à la formation « Crise suicidaire : formation à l'intervention »