

CHAPITRE I

MORT SOCIALE ET PAUVRETÉ. APPRÉCIATIONS DE PROFESSIONNEL·LE·S DU TRAVAIL SOCIAL

Anne-Laure Neuwerth

Pages 43-62 de l'ouvrage *L'accompagnement social et la mort* sous la direction de A. Magalhães de Almeida et M.-A. Berthod (2020)

© 2020, Éditions HETSL, ch. des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne
www.hetsl.ch

doi du livre : 10.26039/2xtw-y269

doi du chapitre : 10.26039/6q2n-je88

Licence : CC BY-NC-ND

TABLE DES MATIÈRES

	PREMIÈRE PARTIE. PERTES ET VIE SOCIALE.....	37	5
I	Anne-Laure Neuwerth		
	MORT SOCIALE ET PAUVRETÉ.		
	APPRÉCIATIONS DE PROFESSIONNEL·LE-S DU TRAVAIL SOCIAL	43	
	DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE AUX		
	PROFESSIONNEL·LE-S DE TERRAIN	44	
	De la fragilité à une mort sociale	44	
	La recherche de professionnel·le-s volontaires	46	
	"Chronique d'une mort oubliée"	47	
	L'ANALYSE DE LA FIN DE VIE DE MICHEL CHRISTEN	48	
	Santé, liens sociaux et modes de vie	49	
	Une tentative de définir la "mort sociale" en <i>focus group</i>	50	
	LA "MORT SOCIALE" : LE POINT DE VUE INDIVIDUEL	51	
	Les indicateurs d'une "mort sociale"	52	
	Le niveau socio-économique comme facteur de risque	55	
	Les professionnel·le-s : rempart à la "mort sociale" ?	56	
	La responsabilité individuelle	59	
	LA "MORT SOCIALE" DANS LE TRAVAIL SOCIAL	61	
.....	BIBLIOGRAPHIE.....	325	
.....	PRÉSENTATION DES AUTEUR·E·S.....	341	

PREMIÈRE PARTIE

PERTES ET VIE SOCIALE

Cette première partie porte sur les transformations des liens sociaux qui résultent d'événements biographiques majeurs – souvent douloureux, parfois irréversibles – et qui surviennent durant la dernière étape de la vie : confrontation à la maladie engageant le pronostic vital ; perte d'autonomie ; placement en établissement médico-social ; isolement social ; décès d'un·e proche alors que la personne se retrouve déjà à la retraite. Ces événements conduisent à d'importants réaménagements de la vie quotidienne, réaménagements d'autant plus délicats à mettre en œuvre qu'ils concernent des populations en partie fragilisées par l'avancée en âge, la maladie, la séparation ou la solitude. Les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux sont régulièrement interpellé·e·s par ces situations, pouvant nécessiter un soutien intense de la part des proches ou des professionnel·le·s.

37

Il arrive cependant que ce soutien fasse défaut ou qu'il ne soit pas souhaité par les personnes. Le cas échéant, des questions éthiques se posent concernant la nature de l'intervention à proposer et des limites du rôle des membres de la famille d'une part et de celui des professionnel·le·s d'autre part ; elles mettent en perspective les formes de solidarité qui pourraient prévaloir dans nos sociétés contemporaines. Tenter d'y répondre permettrait de révéler par ailleurs, en creux des discours et

des positions des professionnel·le·s, les valeurs centrales qui motivent leur action. C'est notamment ce qui a conduit Anne-Laure Neuwerth à s'intéresser à la notion de « mort sociale » et à la façon dont cette notion est comprise et interprétée par différent·e·s travailleurs et travailleuses sociales. Dans ce premier article, Neuwerth s'appuie sur un documentaire retraçant la mort oubliée d'une personne retrouvée dans son appartement, à Genève, vingt-huit mois après son décès¹. En se mettant à l'écoute des professionnel·le·s sur cette articulation entre mort et pauvreté, tout d'abord sous la forme d'un *focus group*, puis individuellement, elle explore les conceptions véhiculées par les professionnel·le·s sur les confins de la protection sociale, ses limites et la responsabilité individuelle.

38

La notion de responsabilité renvoie parallèlement aux capacités dont disposent les individus à mobiliser diverses ressources, tant personnelles que professionnelles. Elle reste étroitement liée à la notion d'autonomie, voire d'indépendance, et fait en quelque sorte miroir à la problématique de la vulnérabilité. Documentant cette autre face de la médaille, l'article de Cédric Millot décrit la préservation proactive des liens sociaux par l'engagement associatif des personnes retraitées ayant perdu leur conjoint·e; il restitue le sens que ces personnes attribuent à leur participation dans ces associations implantées au sein de petites collectivités ou de quartiers. Ce faisant, ces retraité·e·s préservent une forme de solidarité qui, sous forme de « filet social », semble éloigner – le plus longtemps possible du moins – le spectre de l'isolement non souhaité.

En dehors de ces deux articles, quatre autre participant·e·s à l'atelier de recherche se sont attelé·e·s à comprendre ces événements biographiques liés à diverses pertes et séparations dans la vie sociale à l'approche plus ou moins manifeste de la mort. S'ils n'ont pas été transformés en article, leurs travaux témoignent d'intérêts issus d'expériences de la séparation, voire de la perte dans un rôle professionnel donné. C'est pourquoi il est éclairant d'évoquer en quelques lignes les contenus de ces travaux et les enjeux que ces derniers soulèvent pour le travail social. À plusieurs reprises en effet, les discussions au sein de l'atelier ont souligné l'importance d'anticiper, d'être à l'écoute, de trouver le « bon » moment pour intervenir, afin que les travailleurs et travailleuses

¹ *Chronique d'une mort oubliée*, un documentaire de Pierre Morath (2012).

sociales puissent mener à bien leur mission et orienter sans forcer des publics fragilisés par le deuil dans leur vie sociale.

Le soutien aux proches et aux proches aidant·e·s est à cet égard apparu comme thème prioritaire chez plusieurs personnes, tout particulièrement en contexte migratoire et face à la progression de la maladie d'Alzheimer. Concernant le premier cas de figure, Christiane Vimadje Ischer – dans un document intitulé « Solidarité familiale autour d'un proche en fin de vie en contexte de migration » – a développé une réflexion sur les formes de solidarité intra-familiale qui se déploient lors de l'accompagnement en fin de vie d'un·e proche dans un contexte marqué par la migration. De manière régulière, elle a rencontré une famille qui a vécu la perte d'une figure centrale, la mère, des suites d'une longue maladie. Vimadje Ischer analyse, rétrospectivement, les réflexions des différents membres de cette famille sur cet événement. Elle a ainsi pu décrire les tensions qui ont émergé durant ce processus inéluctable de « fin de vie », que ce soit « avant » (diagnostic de la maladie; annonce; accompagnement), « pendant » (faut-il ou non rapatrier le corps; où organiser les funérailles, quels rituels choisir, avec la présence de quelle famille) ou « après » (vivre un deuil familial tout en créant les conditions d'un deuil personnel et en résistant aux injonctions de différent·e·s membres de la famille).

Au fil des séminaires, Vimadje Ischer a explicité les moments de « désarroi » par lesquels toute la famille est passée, tout en pointant le manque de ressources des individus pour comprendre ce qui se tramait et se déroulait non seulement entre les membres de cette famille, mais aussi vis-à-vis de l'extérieur (lors des rencontres avec les médecins par exemple), laissant apparaître des divisions dans l'« union sacrée » – comme elle la nomme – qui semblait prévaloir autour du proche en fin de vie. Des mots ont été mis sur ces tensions, afin de montrer ce que les un·e·s et les autres acceptent de mettre entre « parenthèses », de suspendre; ce que les un·e·s et les autres vivent et comment ils et elles attendent le décès d'un·e proche, en conciliant avec difficulté des temps de vie de famille « ordinaires » avec des temps de vie de famille « extraordinaires », entre personnes au statut différent au sein de la maisonnée (conjoint, fille et mère). Au final, le travail de Vimadje Ischer rend attentif à la figure de « porte-parole » de la famille que le travailleur ou la travailleuse sociale peut être amené·e à côtoyer,

ainsi qu'à la création d'un récit commun sur la fin de vie d'un proche. Souvent très précieuses, les informations fournies par ces interlocuteurs et interlocutrices privilégié·e·s méritent cependant d'être considérées avec précaution afin d'éviter un risque d'accentuer les divisions difficilement perceptibles aux yeux des professionnel·le·s, en particulier en contexte migratoire.

Pour sa part, Jessica Pasquier a aussi investi un terrain sensible et délicat en lien avec les proches. Dans un travail intitulé « Les proches aidants de personnes atteintes de démence et le dépassement des réticences », elle a problématisé l'articulation entre aide formelle et contribution des proches aidant·e·s face à la maladie d'Alzheimer². Elle s'est intéressée aux principes et intérêts qui sous-tendent la mobilisation d'aides formelles et à la façon dont les proches aidant·e·s investissent ces aides tout au long de la maladie de leur conjoint·e. En évoquant les ressentis de ces proches aidant·e·s à travers leurs expériences, Pasquier a voulu saisir les ressorts de cette problématique et esquisser des éléments de réponse pour comprendre leurs potentielles réticences à solliciter les aides formelles existantes pour, le cas échéant, les prévenir et les surmonter en tant que professionnel·le. À cet égard, elle relève l'importance d'être à l'écoute des propos du ou de la proche aidant·e et d'inciter ce dernier ou cette dernière à s'adresser à des professionnel·le·s spécialisé·e·s, non pas seulement lorsqu'elle ou il exprime le besoin d'avoir un temps de repos et de temps libre, mais aussi lorsqu'elle ou il sollicite une aide. Pour le champ du travail social, Pasquier décrit tous les enjeux autour de ce « moment adéquat » à trouver pour proposer les aides formelles et pour assurer une coordination qui tienne compte de paramètres comme l'accessibilité, la flexibilité et les coûts.

Les deux derniers travaux que nous avons associés à cette partie consacrée à la perte et à la vie sociale se sont focalisés sur les temps de transition entre deux lieux de vie et leur expérience. Cette question revêt une grande importance pour les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales qui – s'ils et elles évoluent bien souvent dans un

2 Une stratégie nationale de réflexion en matière de démence et des campagnes de sensibilisation, qui ont pour but d'améliorer et de coordonner les prestations médico-soignantes et sociales, ont été mises en place. Stratégie nationale en matière de démences 2014-2019. (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html> [page consultée le 3 mars 2019]).

contexte institutionnel spécifique – peuvent anticiper et préparer un changement de lieu de vie, sans toutefois en maîtriser toutes les conséquences. La question de la liaison entre institutions, ou entre proches de la personne placée, peut dès lors interpeller les professionnel-le-s. Melissa Ischer – dans une recherche intitulée « Quitter une institution socio-éducative pour vivre en établissement médico-social : observation d'une transition » – a par exemple cherché à comprendre la façon dont se déroule le placement en établissement médico-social pour personnes âgées d'une personne présentant des troubles psychiques et déjà institutionnalisée auparavant. Exploitant sa propre posture de professionnelle connaissant un résident devant changer de lieu de vie, Ischer a eu l'opportunité d'observer cette transition le jour même de son occurrence, et d'interviewer certain-e-s professionnel-le-s impliqué-e-s dans le processus ; elle est également retournée voir la personne quelques mois plus tard pour obtenir son point de vue. En combinant cette posture à la fois de professionnelle et de chercheuse – ce qui ne va jamais de soi, dans la mesure où il convient de se distancier des routines professionnelles et de les apprécier sous un autre jour, du moins le temps de l'étude – Ischer montre toute l'importance de produire une étude de cas, nourrie par des observations fines et suivies, des moments par lesquels un-e résident-e est amené-e à quitter un lieu de vie pour rejoindre une autre lieu de vie, qui sera probablement son dernier. L'auteure attire ainsi l'attention sur la passation d'une institution à une autre lorsque les personnes deviennent âgées et que certaines prestations ne peuvent plus être fournies dans la première, là où parfois la présence familiale est très restreinte, voire inexistante.

Enfin, Laurence Dick s'est également intéressée à la thématique du placement, mais dans un tout autre contexte. Dans un travail nommé « Quand les veuves blanches racontent. Récits de deux femmes sur l'institutionnalisation de leur conjoint », elle aborde plusieurs des thématiques citées précédemment, mais dans une configuration différente. En focalisant l'analyse sur le récit de femmes dont le mari a été placé en institution à la suite d'une évolution de la maladie d'Alzheimer, Dick explore l'intimité d'une relation de couple marquée par une double rupture, celle de la décohabitation due à la perte d'autonomie et celle de la reconnaissance conjugale par le conjoint ou la conjointe malade. Elle met en perspective les tentatives plus ou moins bien vécues de préserver

les liens avec la personne aimée, malgré la perte et les changements de la vie quotidienne qui en résultent. Au fond, Dick – à l’instar des autres travaux évoqués ici – invite les professionnel·le·s du travail social à considérer ces histoires de vie en approchant, voire en franchissant les limites de la sphère personnelle des bénéficiaires et parfois entrer dans une forme d’intimité avec elles et eux. Cela pour apprécier du mieux possible le sens d’une perte en vue d’apporter un soutien professionnel adapté à l’entretien d’une vie sociale.

CHAPITRE I

MORT SOCIALE ET PAUVRETÉ.

APPRÉCIATIONS DE PROFESSIONNEL·LE·S DU TRAVAIL SOCIAL

ANNE-LAURE NEUWERTH

C'est dans le cadre de ma pratique professionnelle que la question du deuil de la vie sociale s'est posée. Cela s'est produit plus précisément en réalisant un entretien annuel¹ avec une bénéficiaire du Revenu d'insertion (RI) lorsque je travaillais à l'aide sociale vaudoise². Il s'agissait d'une femme d'environ 40 ans, qui a exprimé sa difficulté à vivre son statut de personne bénéficiaire de l'aide sociale. Cela venait, d'une part, de la perte de sa situation professionnelle, de la baisse de son revenu, et du décalage qu'a créé cette situation avec son entourage d'autre part. Cette femme subissait des pertes tant au niveau de ses liens sociaux que de son image de soi. Depuis lors, je me suis montrée attentive, durant ce type d'entretiens, aux signes et discours ayant trait aux sentiments de perte et de deuil, en lien avec des situations familiales ou professionnelles antérieures. Ces éléments m'ont questionnée sur l'existence et la qualité de la vie sociale des personnes à faible niveau socio-économique et, tout particulièrement, sur l'éventuelle disparition de la vie sociale: le cas échéant, cela correspondrait-il à une « mort sociale » ?

43

1 L'entretien annuel consiste à rencontrer une personne aidée financièrement, mais ne bénéficiant pas d'un appui social régulier avec un·e assistant·e social·e.

2 Dans le canton de Vaud, l'aide sociale s'appelle le Revenu d'Insertion ou RI et il est distribué *via* les centres sociaux régionaux ou CSR/CSI.

Cet article se fonde sur la projection d'un documentaire sur les « morts oubliés » – *Chronique d'une mort oubliée* (Pierre Morath, 2012) – en présence de cinq travailleurs sociaux et travailleuses sociales. Ces participant·e·s ont ensuite discuté et commenté leur perception du cas évoqué dans le film et de la possibilité qu'il soit qualifié de « mort sociale ». Dans un premier temps, je retrace les différentes thématiques qui ont été discutées par ces professionnel·le·s pour tenter d'identifier, dans le champ du travail social, les indicateurs utiles à définir cette notion. L'implication du niveau socio-économique des personnes concernées est commentée dans un second temps, car il s'agit d'une caractéristique de la population choisie, celle de l'aide sociale. En conclusion, j'interroge les rôles et limites des professionnel·le·s face à une possible « mort sociale », ainsi que l'engagement de la responsabilité individuelle des personnes aidées.

DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE AUX PROFESSIONNEL·LE·S DE TERRAIN

44 Mon intérêt s'est porté sur les personnes bénéficiaires du RI qui ont, le plus souvent, un logement; paient des factures; vivent en famille; entretiennent des liens avec les institutions publiques. De ce fait, malgré l'absence d'une activité professionnelle et d'une autonomie financière, elles portent nombre d'attributs des individus insérés dans la société contemporaine.

DE LA FRAGILITÉ À UNE MORT SOCIALE

En Suisse, selon les résultats de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour l'année 2017, le taux de l'aide sociale se monte à 3,3 % avec des variations allant de 0,8 % pour Appenzell Rhodes-Intérieures à un taux de 7,4 % pour le canton de Neuchâtel. Le canton de Vaud présente un taux de 4,8 %. Les personnes les plus touchées par l'aide sociale sont les enfants de 0 à 17 ans, par le biais de leurs parents percevant ces prestations. Les autres groupes à risques sont les personnes divorcées et de nationalité étrangère. L'absence d'une formation qualifiante achevée représente également un facteur de risque important selon l'OFS.

Toujours selon ces statistiques, les 38,5 % des personnes sortent du système de l'aide sociale après un court laps de temps, à savoir de un

à douze mois. Le reste de la population percevant ces prestations est considéré comme étant durablement à l'aide sociale, pour certain·e·s depuis plusieurs années. Dans ce dernier cas de figure, les personnes sont à l'écart du marché du travail et subviennent à leurs besoins via les aides financières qui leur sont allouées. Selon Serge Paugam (1991), être pauvre signifie être assisté·e et donc avoir un statut particulier, inférieur, qui symbolise une forme d'échec au niveau social. À ce titre, la définition suivante permet d'expliquer ce processus :

« L'exclusion sociale se définit aujourd'hui comme un processus multidimensionnel de ruptures progressives, se déclinant à la fois dans le domaine professionnel et relationnel. Ces ruptures peuvent également toucher d'autres domaines ou objets sociaux que l'emploi comme le logement ou l'accès aux soins par exemple. Les individus les plus touchés par ce processus d'exclusion sont d'abord ceux qui vivent dans des situations de précarité sociale, qu'elle soit ou non compensée par le réseau assistanciel : enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, [...]. La précarité concerne aussi un nombre de personnes qui sont ou qui se sentent menacées par l'évolution d'une société dont les règles ont été brutalement modifiées et qui risquent, si la précarité de leur emploi se cumule avec d'autres handicaps, de glisser progressivement vers la grande pauvreté et l'exclusion. »
(Vandecasteele & Lefebvre, 2006, p. 142)

45

La notion de la « mort sociale » est généralement liée à ces processus. La littérature recourt à cette notion concernant des populations précises, comme les retraité·e·s, les personnes malades et en fin de vie, les individus marginalisés et en particulier les personnes sans domicile fixe. La notion de « mort sociale » a notamment été mise au premier plan par l'ouvrage d'Anne-Marie Guillemard, *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*. Celui-ci a mis en exergue une forme de « mort sociale » de certaines catégories de personnes âgées à l'heure de la retraite.

En ce qui concerne les personnes à faibles revenus socio-économiques, les médecins Jacques Hassin et Philippe Chartier du Centre

d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (le CASH) ont effectué des recherches sur la précarité et l'exclusion sociale. Selon ces derniers, la « mort sociale » est considérée comme le terme d'un processus menant à un état de repli sur soi où les relations avec autrui, avec ses propres affects ou son hygiène ne comptent plus, et où l'environnement et la notion de temps peuvent aussi disparaître.

LA RECHERCHE DE PROFESSIONNEL·LE·S VOLONTAIRES

46 Sur la base de ces quelques repères théoriques, j'ai approché des professionnel·le·s de différentes institutions vaudoises afin d'obtenir une pluralité de regards, en prenant contact avec un Centre social régional (CSR), des Centres médico-sociaux (CMS), des structures hospitalières, des dispositifs proposant des Mesures d'insertion sociales (MIS), des institutions bas seuil ou encore des centres socioculturels. Cette prospection a permis la participation de cinq intervenant·e·s sociales et sociaux : deux assistantes sociales (ci-après AS) de CSR, Blanche et Rébecca ; d'Ursula, une intervenante sociale d'un centre d'accueil bas seuil ; de Rachel, une art-thérapeute d'une MIS du canton de Vaud ; et d'Henri, un conseiller socioprofessionnel du même contexte institutionnel.

L'objectif était de prendre appui sur un cas concret – en l'occurrence le film documentaire sur les morts oubliés – pour engager une discussion sous la forme d'un *focus group*. Ce dernier « est une technique d'entretien de groupe, un “groupe d'expression”, qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé » (Moreau & al., 2004, p. 382). Cette discussion a été complétée ultérieurement par des entretiens individuels semi-directifs qui avaient pour objectif, notamment, de découvrir les contextes professionnels de chacun ; d'obtenir des regards personnels sur les sujets abordés en groupe ; de parvenir à des définitions ou des indicateurs sur la « mort sociale » et son éventuelle réalité sur le terrain professionnel de chaque participant·e.

Concrètement, chaque professionnel·le a accepté l'enregistrement audio lors du *focus group* et des entretiens. Trois des cinq participant·e·s ont assisté au *focus group* qui s'est déroulé au sein de la Haute École de travail social Lausanne. Après une présentation de chacun·e, les participant·e·s ont visionné le film ensemble, sans consigne spécifique. Une discussion a ensuite eu lieu autour de leur réaction et perception

du film. Un premier travail de compilation des données a été effectué, permettant à chaque professionnel·le, présent·e ou excusé·e, d'avoir un document contenant les éléments discutés pour les entretiens individuels. Ces entretiens ont été menés soit sur les lieux de travail des professionnel·le·s, soit sur mon lieu de travail lors de la réalisation de la recherche. Ils ont duré en moyenne une heure trente et les questions portaient plus spécifiquement sur la vision de chacun·e d'une « mort sociale » en lien avec les bénéficiaires, client·e·s, participant·e·s ou patient·e·s qu'elles et ils côtoyaient sur leur terrain professionnel.

« CHRONIQUE D'UNE MORT OUBLIÉE »

Afin de proposer une situation concrète aux participant·e·s de l'étude, j'ai obtenu l'accord de Pierre Morath, réalisateur du documentaire *Chronique d'une mort oubliée* (2012), pour l'utilisation de son film comme amorce de discussion sur la question de la « mort sociale ». Ce film traite de la fin de vie et du décès de Michel Christen, un Genevois de 53 ans, retrouvé mort à son domicile. Les restes de son corps ont été retrouvés environ deux ans et demi après son décès. Il était bénéficiaire d'une rente de l'Assurance invalidité (AI), notamment après qu'un cancer lui a été diagnostiqué. Il vivait dans son logement, un studio, depuis cinq ans. Le réalisateur a été à la rencontre de son ex-femme et de sa fille, dans les cafés et lieux de vie qu'il fréquentait, pour rencontrer non seulement ses connaissances et voisin·e·s, mais aussi les différents acteurs des associations et institutions sociales qui étaient en lien avec lui. Son objectif était de comprendre comment une personne pouvait mourir à son domicile sans réaction d'un individu ou d'une institution durant de si nombreux mois.

Michel Christen a été dépeint comme une personne sociable, habituée du bistrot du quartier et des activités de jardinage d'un espace d'accueil appelé « Le Caré »³. Les rapports médicaux relèvent – outre sa maladie – une misère sociale et morale importante. Il avait divorcé à la suite de violences conjugales et n'entretenait que peu de contacts avec sa fille. Un voisin dit qu'il sentait mauvais et était alcoolique.

³ Le Caré – pour Caritas, accueil, rencontres et échanges – est un lieu d'accueil à Genève qui propose des repas, des soins, des temps de rencontres et des activités manuelles, notamment aux personnes touchées par la précarité et la solitude.

Un médecin de l'Hôpital universitaire de Genève indique pour sa part que Michel Christen avait manqué des rendez-vous et son ex-femme précise qu'il avait quitté l'hôpital, lors d'une hospitalisation, sans en informer le corps médical.

Après sa disparition, ses connaissances ont cru qu'il était hospitalisé ou en vacances. Les institutions publiques, telles que l'office AI, les services de prestations complémentaires, la gérance ou la société d'électricité ont peu réagi. Quatre mois après son décès, sa boîte aux lettres était pleine et les courriers retournés aux expéditeurs. Après cinq mois, l'électricité a été coupée faute de paiement; après quatorze mois, la rente AI est toujours versée; après vingt-quatre mois, le concierge demande à la gérance d'intervenir, mais elle refuse, renvoyant la responsabilité à la famille. Le corps a été découvert après vingt-huit mois. Lorsque l'AI a informé sa fille des courriers retournés, celle-ci a alors pris des informations auprès d'autres instances et compris qu'il y avait un problème. Elle a demandé l'intervention de la police pour ouvrir l'appartement. Le corps décomposé a été découvert.

48

Différent·e·s intervenant·e·s expriment leurs avis sur leurs éventuelles responsabilités respectives: pour la fille de Michel Christen, les institutions sociales auraient dû être davantage présentes sous la forme d'un suivi par un·e professionnel·le. D'autres personnes, notamment un enquêteur mandaté par le canton de Genève, parlent de la situation de Michel Christen comme le résultat de l'individualisme. Un voisin soutient que ce dernier avait décidé de « vivre seul et de mourir seul ». La personne mandatée pour faire la lumière sur cette histoire relève qu'il était en sécurité au niveau financier, mais qu'il vivait, paradoxalement, dans une misère importante au niveau social.

L'ANALYSE DE LA FIN DE VIE DE MICHEL CHRISTEN

Lors du *focus group*, les professionnel·le·s présent·e·s ont visionné le documentaire en montrant parfois des réactions vives. Il est vrai que les images peuvent être prenantes, notamment les levées de corps. Durant ce moment, j'ai observé leurs réactions et pris des notes pour alimenter la discussion qui s'en est suivie. Lors de celle-ci, les participant·e·s ont relevé différents thèmes en lien avec la situation de Michel Christen. Ce sont ces premiers éléments qui ont permis de développer les axes

d'analyse autour d'une définition de la « mort sociale » pour les participant·e·s ainsi que les rôles et les limites du travail social.

SANTÉ, LIENS SOCIAUX ET MODES DE VIE

Dans la situation de Michel Christen, les professionnel·le·s ont globalement trouvé que l'absence de suivi restait cohérente lors de l'obtention de sa rente AI. Toutefois, la difficulté tenait dans le fait que la situation s'était dégradée sans qu'aucun travailleur social ou qu'aucune travailleuse sociale ne fût intervenu·e. Personne n'était engagé dans la situation. En ce sens, l'absence de coordination entre les services administratifs a été perçue comme une faiblesse du système, tout comme le fait que l'administration – si exigeante au moment de statuer sur la naissance d'un droit – pouvait ne plus s'en préoccuper par la suite. À ce sujet, Ursula, une participante du *focus group*, a relevé que « ces gens partent dans l'oubli. Ok, tu as tes sous et puis... il y a... on sort du côté humain en fait. Le côté humain de l'administration, qui est là au moment de l'aide sociale disparaît totalement une fois que ces gens sont bénéficiaires de rentes. »

49

Face à cette situation, les participant·e·s ont montré des attentes différenciées par rapport aux rôles des administrations. Si pour certain·e·s il n'y avait pas d'attente, pour d'autres, il fallait envisager un « certificat de vie » pour les ayants droit fragile⁴. La nécessité d'un accompagnement pour les personnes ayant une rente était envisagée par certain·e·s mais balayée par d'autres, notamment Blanche, en raison de la crainte de voir émerger un contrôle social de l'État.

Au sein même du documentaire, le point de vue de professionnel·le·s, voisin·e·s ou ami·e·s, a été pris en compte. Plusieurs d'entre elles et eux ont relevé que Michel Christen avait une forte odeur corporelle et faisait preuve d'un manque d'hygiène visible. Pour Blanche, Ursula et Rachel, cela dénote un lâcher-prise, une perte de maîtrise de soi et un abandon de son corps. La perte d'estime de soi a également été relevée. Dans un autre registre, Blanche a relevé que cette odeur corporelle pouvait être une manière de s'exclure des soins et des soutiens, ou de maintenir à distance autrui.

⁴ Ce certificat de vie a été imaginé sous forme d'une attestation venant par exemple de l'État civil, à apporter aux institutions pour démontrer que le droit restait valable.

Par rapport à la santé, les participant·e·s ont souligné la nécessité de mettre en place un réseau médical fort autour des personnes à risque. Il a toutefois été relevé à plusieurs reprises la difficulté de mettre en place un lien entre les professionnel·le·s du social et de la santé, si la personne au centre de l'action n'était pas active dans la démarche. Cela semblait être le cas de Michel Christen, qui avait quitté l'hôpital et ne se présentait pas à ses rendez-vous médicaux. Les participant·e·s ont insisté sur le fait que l'alcool prenait une place importante dans la vie de Michel Christen, si bien que son réseau social semblait se limiter aux personnes qu'il fréquentait au bistrot. Henri, Rébecca et Rachel percevaient ces liens comme sécurisants, au contraire de Blanche et Ursula qui leur reprochaient un manque de qualité et une légèreté sociale empêchant toute véritable implication.

Le jardinage au sein du Caré, qui faisait partie de la vie de Michel Christen, a enfin été associé à une activité de plaisir. Cela a conduit les participant·e·s à débattre de l'impact des loisirs dans la vie sociale d'une personne, les amenant à considérer que l'absence d'activité ne pouvait pas être perçue à elle seule comme élément déterminant d'une éventuelle « mort sociale ».

50

UNE TENTATIVE DE DÉFINIR LA « MORT SOCIALE » EN *FOCUS GROUP*

Pour conclure le *focus group*, il a été demandé aux professionnel·le·s de définir la « mort sociale ». Bien que divisé·e·s sur la question visant à déterminer si Michel Christen était déjà mort socialement, cela a permis de clarifier certains aspects de cette notion. Une différenciation a tout d'abord été faite entre la « mort sociale » et une personne faisant le deuil de son statut social. Les participant·e·s ont affirmé d'une seule voix que, lorsqu'une personne perd peu à peu ses statuts sociaux (professionnel, familial ou de couple, caritatif ou sportif), sans volonté d'apprendre ou de créer de nouveaux pôles dans sa vie, un processus de « mort sociale » s'amorçait. En d'autres termes, une personne qui n'aurait plus de statut professionnel et vivrait de l'aide sociale, sans famille, mais se consacrant à une activité bénévole ou caritative, ne serait pas considérée comme « morte socialement ».

La possibilité de faire le deuil d'une personne vivante a par ailleurs été longuement discutée. Il semblait évident pour les professionnel·le·s

que la fille de Michel Christen avait fait le deuil de son père avant son décès physique. De même, pour Ursula et Rébecca notamment, des personnes peuvent ressentir une exclusion sociale importante et se percevoir comme socialement mortes.

Au terme du *focus group*, les professionnel·le·s sont parvenu·e·s à ébaucher une définition de la « mort sociale » qui pourrait prévaloir dans le champ du travail social : la « mort sociale » résulterait d'un sentiment d'inutilité lié à l'absence de statuts sociaux dans les sphères professionnelles, familiales, de loisirs ou créatives. S'ajouterait à cela un manque de volonté de conserver des liens avec ses ressources, de se mobiliser et de rester créatif ou créative. Cela se traduirait enfin par l'absence d'un réseau permettant des liens de qualité et l'absence d'activités, par contraste avec une période de la vie antérieure.

LA « MORT SOCIALE » : LE POINT DE VUE INDIVIDUEL

L'analyse des données récoltées lors du *focus group* a permis d'affiner les questionnements au sujet de la « mort sociale » ; il a cependant été malaisé pour les participant·e·s de définir ce qu'était la « mort sociale » lors des entretiens individuels. Certain·e·s cherchaient à fournir des indicateurs qui pouvaient être utilisables sur leur terrain. Ces indicateurs sont soit en rapport aux autres et à l'environnement, soit en rapport à soi-même.

Concernant les éléments indiquant une « mort sociale » face à soi-même, les intervenant·e·s font état de l'absence d'objectif et d'estime de soi, du fait de se sentir rejeté·e ou ignoré·e par la société, voire inutile. À ce sujet, Ursula dit : « Je pense qu'il y a un sentiment de mort sociale chez les gens [...] Mais non en fait. Ils existent encore pour des gens même s'ils ne s'en rendent plus forcément compte. » Ce sentiment semble donc pouvoir exister, tout en étant en porte-à-faux avec l'environnement. De ce fait, une personne pourrait se sentir seule et solitaire alors même qu'un réseau de professionnel·le·s voire personnel pourrait encore exister. Les professionnel·le·s ont fortement relevé les ruptures dans les liens sociaux et la mise à distance de l'entourage.

Les participant·e·s ont spontanément fait usage de différents schémas, lors des entretiens individuels, pour expliquer la « mort sociale » : carte réseau, cercles de réseaux primaires (proches, voisins) et secondaires

(institutions, services de santé), carte infographique. Ces schémas marquaient l'importance de la relation humaine dans la définition de la « mort sociale ». Avec l'utilisation de ces outils, Blanche et Henri ont notamment relevé que la qualité du lien social comptait. Si, pour Henri, l'absence de liens de qualité n'était pas déterminante pour définir la « mort sociale », Blanche présentait un avis différent et avançait l'élément suivant : « Une vie sociale de qualité, euh... c'est exigeant. [...] Cet idéal-là est difficile à atteindre pour nos bénéficiaires [personnes touchant le RI]. Si la famille s'est cassée, le job s'est cassé, enfin tu vois... qu'il te reste la psy et l'assistant social. Bah ! Plus que des instances administratives et non pas de soutien, ça ne va pas. »

La notion de deuil des statuts sociaux, développée par les participant·e·s lors du *focus group*, a été reprise lors des entretiens individuels. Autour de cette question, chaque intervenant·e a estimé qu'il y a un processus de deuil à faire, notamment autour du statut professionnel. Les personnes concernées peuvent ou non aller au bout du processus de deuil, selon leurs ressources. Cela peut avoir une conséquence sur leur vie et déboucher sur une éventuelle « mort sociale ». Surtout si les pertes surviennent dans différents pôles d'une vie.

52

LES INDICATEURS D'UNE « MORT SOCIALE »

Parmi les indicateurs mentionnés de manière prépondérante dans les discours des professionnel·le·s interrogé·e·s⁵, en lien avec leur pratique sur le terrain, figurent les éléments suivants :

- L'absence de lien avec autrui (par contact personnel, internet, autres) ;
- L'incapacité à s'engager dans une activité, par exemple une mesure d'insertion sociale ;
- La présence d'un réseau constitué uniquement de professionnel·le·s de la santé ou du social ;
- La gêne que peut représenter des questions autour du réseau personnel au cours d'un entretien ;
- La migration et/ou la rupture des liens familiaux et amicaux ;

5 Par prépondérante, il faut comprendre par au moins trois participant·e·s sur cinq pour chaque indicateur.

- La perte de son logement ;
- La perte ou la faiblesse du pouvoir d'achat ;
- L'absence d'envie de se faire plaisir, via par exemple des activités de loisirs ;
- L'état dépressif ou, suivant les situations, d'autres pathologies ;
- L'abandon de l'hygiène, qui peut sous-tendre la volonté d'éloigner autrui ;
- La faiblesse des ressources personnelles jugées nécessaires pour inverser le processus.

Certains de ces indicateurs sont plus facilement objectivables que d'autres. C'est le cas de l'état dépressif, qui peut être diagnostiqué, ou de la perte du logement. Une part de ces indicateurs est, en revanche, laissée à la libre appréciation des professionnel·le·s, notamment pour identifier les ressources jugées nécessaires pour inverser le processus. Par rapport aux éléments théoriques amenés précédemment, j'aimerais mettre en évidence certaines similitudes avec les discours de ces professionnel·le·s. Il apparaît tout d'abord que la « mort sociale » est un thème qui a été abordé à travers différentes catégories de population, par exemple les personnes âgées, en fin de vie ou marginalisées.

53

En ce qui concerne les personnes marginalisées, nous avons précédemment cité Philippe Charlier et Jacques Hassin (2015), du CASH de Nanterre en France, qui ont mis en forme une définition ainsi que des indicateurs permettant de déterminer si une personne était concernée. Selon ces auteurs, « la mort sociale concerne des personnes vivantes, en situation de pauvreté, d'isolement ou atteintes de maladies graves ou symboliquement considérées comme mortes. Nous insistons sur la notion de coupure, de séparation, de distance avec la société au sens large du terme » (2015, p. 513). Ils ajoutent que ces individus sont « ceux qui ne sont plus reconnus ou ne se reconnaissent plus en tant que membre de la société à part entière » (2015, p. 513). Deux éléments importants ressortent de cette définition : la séparation de la société par les autres et le sentiment d'exclusion ressenti par soi-même. Il s'agit d'une différenciation également relevée par les participant·e·s lors du *focus group* et des entretiens individuels.

En termes de critères ou d'indicateurs, des éléments comme le fait de ne vivre que dans le présent, sur un territoire restreint (correspondant à

une diminution de l'espace psychique), ou faire preuve de désintérêt pour son état de santé, d'un manque d'hygiène, d'absence d'émotion et « l'irréversibilité » (2015, p. 514) de la situation étaient avancés pour détecter une « mort sociale ». Charlier et Hassin rappellent toutefois qu'une « mort sociale » est un événement de société, et non pas un diagnostic médical.

Au sujet des personnes âgées, nous avons cité précédemment Anne-Marie Guillemard, qui a publié une recherche sociologique en 1972 sur les conduites lors de la retraite. Sa thèse avait mis au jour différents types de retraites, certaines davantage axées sur la famille ou les loisirs. Elle avait également fait émerger une catégorie importante de personnes âgées vivant une retraite-retrait, motif de l'intitulé de sa recherche *La retraite, une mort sociale* (Guillemard, 1972). Cette sociologue expliquait dans ses résultats que cette retraite-retrait correspond à une forme de « mort sociale » des personnes âgées, selon des indicateurs déterminés à travers la recherche. Là encore apparaît l'espace territorial qui diminue, une absence de projet à court ou long terme, une absence de contact social, un repli sur le biologique et des temps morts importants durant les journées.

54

Plusieurs de ces éléments se regroupent avec les indicateurs fournis par les professionnel-le-s interrogé-e-s. La notion du « temps présent » se retrouve dans les données de terrain avec l'impossibilité de se fixer des objectifs ou d'avoir des temps de plaisir, similaires à l'incapacité de faire des projets chez les personnes âgées. L'absence de contacts sociaux se regroupe également dans les indicateurs de chacune des populations.

Quatre participantes ont amené une vision proche de ce que pouvait être la « mort sociale ». Henri avait une approche plus restrictive, où il s'agissait d'une absence complète de liens avec autrui, que cela soit en direct, mais aussi via les technologies. La qualité du lien a aussi été discutée, mais s'est révélée, à ses yeux, non déterminante, car l'échange le plus banal permet tout de même de rappeler à la personne qu'elle n'est pas seule.

Cette manière d'aborder la « mort sociale » va dans le sens de Julien Damon (2003), responsable du Département de la recherche de la Caisse nationale des allocations familiales en France, qui a réfuté le caractère irréversible du processus de désocialisation des personnes sans domicile fixe. Selon lui, « [...] l'acteur social SDF entretient des liens sociaux relâchés, mais il ne peut valablement être considéré définitivement

comme “hors-social”, en situation de “mort sociale” » (Damon, 2003, p. 63). En ce sens, il ajoute que la personne marginalisée conserve des droits sociaux et une citoyenneté, ce qui l'exclut d'une forme de « mort sociale » telle qu'exprimée par les autres auteur·e·s sur le sujet.

LE NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE COMME FACTEUR DE RISQUE

Le facteur de risque que représente le niveau socio-économique a été discuté à plusieurs reprises par les participant·e·s. En lien avec les activités de loisirs, il a notamment été question de ne pas parvenir à s'octroyer des plaisirs en raison de revenus trop faibles, par exemple pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale. Rébecca l'exprimait ainsi : « Il y a peu de loisirs [pour les bénéficiaires du RI] et je pense que le côté financier fait aussi que c'est ce qui bloque assez. [...] Tout coûte quoi ! Alors oui, il y a les centres de quartiers, ce genre de choses aussi, mais ça, ça demande encore une fois d'avoir certaines ressources, de se dire “je vais chercher ce qui existe”. »

En 2002, Guillemard est revenue sur sa recherche concernant la retraite comme « mort sociale », précisant que « lorsqu'un acquis a pu être constitué au cours de la vie active, lorsque certaines ressources ont pu être épargnées, on observe un maintien d'un certain niveau d'activité sociale [...]. [Mais], si un acquis suffisant n'a pas pu être constitué, [...] on assiste, au moment de la retraite, à une paralysie progressive de toute l'activité sociale du sujet » (2002, p. 54). En termes socio-économiques, la retraite-retrait concerne principalement les personnes à faibles qualifications, ayant eu peu de loisirs lors de leur vie professionnelle. Dès lors, il s'agissait d'une population proche des personnes visées dans cette recherche, ce qui expliquerait l'absence d'activité ou de ressources personnelles nécessaires pour trouver un loisir.

Lors des entretiens individuels, il s'est avéré qu'outre la difficulté financière pure, il y avait également le statut social d'assisté·e·s qui semblait empêcher l'accès à une vie sociale. À ce titre, Blanche raconte : « Si quelqu'un faisait la bamboula et te dit, comme ça nous arrive parfois, “Non, je ne sors plus parce que... j'ai honte... parce que je ne peux plus payer des verres à mes copains”, ou bien, “Je ne peux plus inviter mes copines... je ne peux pas aller boire un café avec mes copines”.

Ce qui est faux, hein, parce qu'au budget RI, tu peux tout à fait décrocher 4 balles pour aller boire un café avec les copines.»

Guillemard a également relevé que « le processus de cessation d'activité, qui interrompt la nécessité sociale de reproduction de la force de travail, est en fait un processus de production de mort » (2002, p. 58). Cet élément a aussi été relevé par Bourdieu (2003), dans son commentaire d'une recherche menée sur des chômeurs en 1931. En perdant leur emploi, les hommes concernés avaient perdu « leur raison d'être sociale » (Bourdieu, 2003). Il s'agit d'un élément permettant une réflexion directe en ce qui concerne les personnes au RI qui n'ont plus d'activité professionnelle et donc de statut à « porter » lors de rencontres avec des ami·e·s ou des inconnu·e·s.

56

Ces éléments semblent montrer qu'il peut exister une causalité entre le niveau socio-économique et les capacités des personnes à maintenir des activités de loisirs, alors même qu'elles sont perçues par les professionnel·le·s comme étant une mesure de prévention face à une « mort sociale » possible. À ce titre, ces participant·e·s ont précisé qu'il est possible pour les individus concernés de conserver des loisirs vécus seul·e ou avec leur entourage, tout en relevant que cela demande des ressources importantes, qui peuvent varier d'une personne à une autre. Leurs propos permettent par ailleurs de mettre en lumière l'attention portée par les professionnel·le·s à la vie sociale des personnes qu'elles et ils accompagnent. Dans leur discours, il est apparu que font partie de leur rôle professionnel, des actes spécifiques qui peuvent être utilisés pour contrer le processus pouvant mener à une « mort sociale ».

LES PROFESSIONNEL·LE·S : REMPART À LA « MORT SOCIALE » ?

Pour lutter contre le processus de désaffiliation pouvant mener à une « mort sociale », les professionnel·le·s mettent en place différentes stratégies préventives, la plus courante étant le maintien du lien. Pour Blanche et Rébecca, les assistantes sociales interrogées et travaillant à l'aide sociale vaudoise, cela passe notamment par le fait de s'assurer que la personne va bien après une absence à un entretien prévu. À ce titre, Rébecca explique être une fois allée à domicile : « J'avais assez peur qu'il mette fin à ses jours. Il n'est pas venu à un rendez-vous,

il ne répondait pas au téléphone [...], j'ai commencé à flipper et je suis allée sur place, chez lui, avec une de mes collègues. » Ursula, l'intervenante sociale en bas seuil et les intervenant·e·s en Mesure d'insertion sociale (MIS), Henri et Rachel, recherchent également le contact avec la personne lors d'absences. Ces situations sont en outre portées à la connaissance des collègues pour obtenir leur point de vue ou les analyser ensemble lors de colloques d'équipe.

La constitution d'un réseau de professionnel·le·s autour de la personne isolée est une autre stratégie visant à prévenir la « mort sociale ». Ce sont avant tout Blanche, Rébecca et Ursula qui la mettent en œuvre dans leur pratique. Il s'agit par exemple de mettre en place un réseau de santé ou d'inciter les bénéficiaires à prendre part à une Mesure d'insertion sociale (MIS). Le regard des assistantes sociales sur l'impact des MIS est cependant contrasté. La participation à une mesure donne l'occasion à la personne de recréer du lien social et de se projeter dans l'avenir, mais il arrive aussi que se produise un « effet boomerang », qui mobilise la personne durant le temps de l'activité avant que celle-ci ne revienne à sa routine précédente. Les ressources personnelles sont ici, à nouveau, décisives.

57

Pour Henri et Rachel, l'accès aux activités culturelles ainsi que l'encouragement de la personne à s'investir dans un projet personnel créatif, via leurs MIS, sont une manière efficace de faire de la prévention. Ce type de structure permet non seulement une mixité de la population⁶, la création d'une identité autre – par exemple celle d'artiste en prenant part à une exposition –, mais aussi à une appartenance de groupe, considérés comme des remparts à la désocialisation.

Enfin, quatre professionnel·le·s ont dit que le processus de « mort sociale » pouvait s'inverser. Cela serait possible grâce aux capacités de la personne à se réinventer, à puiser dans ses ressources personnelles. Mais plusieurs d'entre elles et eux ont également souligné leur optimisme quant à l'influence de ces interventions sociales, à l'instar d'Ursula : « Je pense qu'il y a toujours moyens de... je reste une travailleuse de bas seuil qui pense que rien n'est jamais perdu, il n'y a aucun cas désespéré. »

⁶ Les personnes participant à ce type de mesures peuvent également venir d'autres structures comme l'Assurance invalidité (AI).

Ces réponses contredisent au fond le caractère irréversible décrit tant par Charlier et Hassin (2015) que par Guillemard (1972, 2002), mais confirment l'approche de Damon (2003). Elles témoignent par ailleurs de la volonté des professionnel·le·s de maintenir les personnes qu'ils et elles accompagnent dans un minimum de vie sociale, comme le relève Ursula: « [...] Quelque part notre rôle est d'éviter qu'ils meurent, déjà physiquement et socialement aussi. » Cette volonté d'être un rempart à la « mort sociale » reste toutefois un objectif complexe à atteindre, en raison des limites auxquelles les professionnel·le·s sont confronté·e·s dans leur structures respectives. Ces limites sont inhérentes à l'organisation même des institutions sociales, à l'environnement social et aux bénéficiaires. Par rapport aux institutions sociales tout d'abord, les professionnel·le·s relèvent le manque de temps à leur disposition, l'insuffisance des financements et le nombre restreint de postes de travail. Les conséquences sont diverses. Pour Blanche et Rébecca, assistantes sociales en Centre social régional, la surcharge implique des risques, comme une baisse dans la qualité de la prise en charge ou des fermetures de suivis sociaux pour des bénéficiaires ne semblant plus pouvoir évoluer vers une plus grande autonomie, mais qui resteraient isolé·e·s socialement.

Sur le terrain du bas seuil, Ursula note que le manque de postes et de moyens financiers fait qu'il est difficile de pouvoir parler avec chaque personne, de construire un lien de qualité apportant une véritable plus-value pour l'usagère ou l'usager. Dans ces circonstances, il est aussi difficile de se souvenir de chacun·e, voire de s'inquiéter en cas de disparition, surtout lorsqu'il s'agit de personnes anonymes ou non habitué·e·s des lieux d'accueil.

La limite des Mesures d'insertion sociale (MIS) proposées se situe dans la façon dont elles se terminent, lorsque les contrats ne sont pas renouvelés par l'assistant·e social·e responsable de la prise en charge. Henri et Rachel relèvent que de ne pas renouveler ou d'interrompre un contrat alors que la personne ne semble pas prête à quitter la structure est perçu comme un frein important pour l'entretien et le développement des liens sociaux, voire des compétences personnelles.

En ce qui concerne l'environnement social, les participant·e·s notent la difficulté d'intégrer leurs bénéficiaires au tissu sociétal, les contacts tendent à se complexifier en raison de leur rythme de vie, par exemple une inversion du sommeil entre le jour et la nuit et de leur isolement.

Blanche l'a exprimé à travers un exemple au sujet d'une recherche d'activité: « Mais comme souvent dans les associations en fait, c'est un petit noyau d'habitues, bien sûr c'est ouvert à tous, c'est marqué, mais quand tu arrives, ce n'est pas si simple. Il faut faire preuve de beaucoup de compétences sociales pour pouvoir être intégré dans le groupe, ça va prendre du temps, comme toujours en Suisse, et puis il ne faut pas que ta différence soit à ce point grande sinon tu es rejeté par le groupe. »

Enfin, par rapport aux bénéficiaires elles-mêmes et eux-mêmes, le deuil des statuts sociaux antérieurs et la modification de certains comportements ont été perçus comme des stratégies de changement. La difficulté à faire entendre qu'il est possible de modifier des constructions établies a toutefois été mise en lumière, à l'instar d'Henri: « Tant qu'ils ne voient pas qu'ils fonctionnent comme ça et qu'un fonctionnement, c'est un petit peu plus souple que le fait "d'être", c'est compliqué du coup, de continuer le travail de réinsertion là autour. »

LA RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE

59

Ce propos m'amène à commenter finalement la perception du sens de la responsabilité individuelle des personnes aidées. Cette notion a été discutée lors du *focus group* dans un premier temps, après le visionnage de *Chronique d'une mort oubliée*, en lien avec les dires d'un voisin. Ce dernier avançait que Michel Christen avait choisi de « vivre seul et mourir seul » (Morath, 2012).

Les réactions ont été divisées parmi les participant·e·s. L'un des principaux désaccords tenait dans le fait que cette réaction avait ou non pour but de se déculpabiliser. Blanche et Ursula partaient du principe qu'une responsabilité collective devait s'engager pour une personne en mauvais état et cela même s'il avait refusé de l'aide et, par conséquent, engagé sa responsabilité propre.

La question de la capacité de discernement a ensuite été débattue. Pour Rachel et Blanche notamment, la capacité de discernement est une garantie que les personnes puissent faire des choix qui sont « bons » pour elles, mais aussi la possibilité de choisir d'agir, soit la responsabilité de choisir le changement ou l'aide proposée. Pour la majorité des participant·e·s, la responsabilité individuelle implique de conserver le souci de maintenir les contacts sociaux existants, comme le soutient

Rébecca : « Et puis c'est vrai, je pense, que c'est aussi beaucoup lié à la personne. [...] Même si toi, du jour au lendemain, tu ne cherches plus à voir les gens, tu ne donnes plus de nouvelles, quand les gens ils te voient [...], tu ne parles que de trucs négatifs ou alors de tes problèmes, alors oui, peut-être que la famille va être là : "Alors tu m'inquiètes, ceci, cela", mais je pense que le réseau, il s'effloche petit à petit. » Pour certain·e·s, il en irait de la responsabilité individuelle de montrer des comportements positifs afin de maintenir son réseau.

Cette manière d'engager la responsabilité individuelle met le focus sur les fonctionnements personnels et peut omettre un questionnement sur l'intégration sociale de chacun·e, notamment et comme précédemment évoqué, la difficulté qu'il existe à intégrer une communauté ou une activité collective. Ce phénomène a déjà été discuté dans la littérature, dans l'essai de Serge Paugam (1991) notamment. Ce dernier montre comment les personnes assistées intègrent un stigmat, ou le refusent. En ce sens, une santé fragile peut rendre acceptable, pour la personne atteinte et la ou le professionnel·le qui l'encadre, l'impossibilité de retourner sur le marché du travail. Les exigences du marché de l'emploi, avec ses impératifs de performance tout comme son incompatibilité avec un éventuel handicap, ne sont ainsi pas questionnées.

60

Cette imputation de la responsabilité aux caractéristiques personnelles produit un autre impact, sur la façon de concevoir les compétences individuelles. En effet, il est fait état à plusieurs reprises par les professionnel·le·s, des capacités individuelles de chacun·e pour faire son deuil d'un statut social, pour modifier ses fonctionnements et maintenir un contact avec son environnement. Cela fait notamment référence à la notion de résilience, et donc à « la capacité de l'individu à surmonter des épreuves, à se développer, à se reconstruire après un traumatisme » (Martin, Spire & Vincent, 2009, p. 38). Cela peut questionner, car le niveau de résilience est propre à chacun·e et, avec ce focus sur l'individu, associé à un niveau de résilience insuffisant, il sera difficile pour la ou le professionnel·le d'aider à faire évoluer la situation. C'est ce qu'indique Carine Maraquin, psychologue, dans son article « Pour une utilisation éthique de la résilience » :

« Deux dangers existent : celui de déresponsabiliser les collectivités, les pouvoirs publics, politiques, qui se cachent derrière

les capacités ou non des individus à s'en sortir; et celui d'accuser ceux qui ne s'en sortent pas d'être des faibles puisque certains s'en sortent quand même! On ne doit pas appeler "résilience" tout comportement d'adaptation, de résistance simple à des sociétés violentes ou perverses, et justifier ainsi l'anormalité d'une situation.» (2010, p. 110)

Parmi les personnes que j'ai rencontrées, il ne semble pas que leur volonté soit d'imputer aux individus qu'elles et ils accompagnent le poids de la responsabilité. Il serait plus réaliste de dire qu'aux vues des difficultés à modifier le contexte social et environnemental, il est plus facile de tenter des actions sur les individus afin d'empêcher un processus de « mort sociale ».

LA « MORT SOCIALE » DANS LE TRAVAIL SOCIAL

Définir la « mort sociale » dans le domaine du travail social est une tâche complexe. Blanche l'a très justement relevé: « La définition, elle n'est pas claire comme la mort physique. Parce que quand le corps est mort, mais que le cerveau ne l'est pas encore, est-ce que tu es mort? L'inverse est vrai ou pas? C'est super compliqué. Jamais je n'aurais pensé que c'était aussi compliqué pour la mort physique; alors pour la mort sociale, tu imagines, ça l'est encore plus. » Malgré cette réserve, j'estime possible de dégager un certain nombre d'éléments convergents.

Il semble exister un lien entre les deuils de différents statuts sociaux antérieurs à effectuer afin de se réinventer et, à défaut, le risque d'entrer dans un processus vers une « mort sociale ». De même, les liens sociaux sont apparus comme centraux et, pour la plupart des professionnel·le·s que j'ai rencontré·e·s, la qualité du lien social reste centrale afin de prévenir une « mort sociale ». Enfin, même si le niveau socio-économique apparaît comme un facteur de risques, celui-ci semble pouvoir être contrebalancé par des ressources suffisantes pour chercher d'autres solutions, notamment dans les loisirs ou le caritatif.

Sans pouvoir fixer une définition qui puisse satisfaire chaque participant·e, dans la pratique, il apparaît que certains indicateurs alertent les professionnel·le·s, de manière à ce qu'elles et ils puissent analyser les situations et tenter de mettre des stratégies en place. Toutefois, ces

intervenant·e·s sont confronté·e·s à des limites, au niveau de leur terrain professionnel, de l'environnement social plus large ainsi que des bénéficiaires. Ces limites ne permettent pas toujours d'améliorer la situation; elles peuvent influencer la compréhension de cette dernière et inciter à la lire en termes de responsabilité individuelle avant tout. Le cas échéant, cela générerait un risque de faire porter la charge de l'isolement pouvant mener à une « mort sociale » à la personne elle-même, bien que les professionnel·le·s interrogé·e·s soient resté·e·s critiques et réflexifs ou réflexives à ce propos.

Finalement, même s'il apparaît que la « mort sociale » n'est pas pensée en tant que telle sur le terrain du travail social, cette notion semble subsumer un ensemble de notions plus usuelles, comme la désaffiliation ou l'exclusion sociale. En commentant la notion de « mort sociale », les professionnel·le·s ont pu marquer une séparation entre les personnes ayant une vie sociale de qualité et celles qui n'en auraient pas. Ils et elles se sont également interrogé·e·s sur l'impact de leurs interventions en ce qui concerne le lien social, non sans constater que leur marge de manœuvre restait faible. Il serait dès lors intéressant de poursuivre dans cette direction afin d'évaluer plus précisément les offres et possibilités réelles qu'ont les bénéficiaires de l'aide sociale pour s'intégrer socialement via des activités collectives en s'appuyant sur leurs propres ressources autant que sur celles des professionnel·le·s qui les entourent.

BIBLIOGRAPHIE

Altilio, T. & Otis-Green, S. (2011). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Oxford : Oxford University Press.

325

Amar, S. (2012). *L'accompagnement en soins palliatifs. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Amiotte-Suchet, L., Anchisi, A. & Von Ballmoos, C. (2017). Dépendance et visibilité. Quand les religieuses âgées sortent de l'ombre. In C. Hummel et N. Burnay (éds), *Vieillesse et classes sociales* (pp. 221-245). Berne : Peter Lang.

Anchisi, A. (2017). Vieillir au couvent, de l'habit au linge. Fil de trame et fil de chaîne. *Ethnographiques.org*, 35 [En ligne]. Récupéré de : <http://www.ethnographiques.org/2017/Anchisi>

Anchisi, A. & Amiotte-Suchet, L. (2018). Vivre dans une communauté de religieuses. Des solidarités revisitées à l'aune de la vieillesse. *Nouvelles Questions Féministes*, 37(1), 52-67.

Ariès, P. (1977a). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident : du Moyen Âge à nos jours*. Paris : Seuil.

Ariès, P. (1977b). *L'homme devant la mort*. Paris : Seuil.

Aubry, R. (2014). Qu'ont donc à transmettre les personnes malades en fin de vie ? In V. Milewski et F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 15-20). Limoges : Lambert-Lucas.

Augé, M. (2015). *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris : Seuil.

Augé, M. (2010). Retour sur les "non-lieux". Les transformations du paysage urbain. *Communications*, 2(87), 171-178.

Aulino, F., & Foley, K. (2001). The Project on Death in America. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(9), 492-495.

Bailat, M. (2015). Lorsque la mort pénètre les lieux de vie enfantine : enjeux de gestion et utilité d'un protocole. In C. Fawer-Caputo et M. Julier-Costes (dir.), *La mort à l'école : annoncer, accueillir, accompagner* (pp. 131-148). Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Barrelet, C. (2008). *Ethnographie de la vie quotidienne de jeunes s'identifiant comme « lesbien », « gay », « bisexuel » ou « transgenre » et fréquentant un « shelter » de Manhattan* (Thèse de doctorat). Neuchâtel : Institut d'ethnologie, Université de Neuchâtel.

Baudry, P. (2003). Travail du deuil, travail de deuil. *Études*, 11(399), 475-482.

Baudry, P. (1999). *La place des morts. Enjeux et rites*. Paris : Armand Colin.

Beaud, S. & Weber, F. (2013). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.

Beck, F., Firdion, J.-M., Legleye, S. & Schiltz, M.-A. (2014). *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et Perspectives*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action.

Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York : Free Press.

Benelli, N. (2011). Rendre compte de la méthodologie dans une approche inductive : les défis d'une construction a posteriori. *Recherches qualitatives*, 11, 40-50.

Bertaux, D. (2010). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*. Paris : Armand Colin.

Berthod, C., Giraud, C., Gansel, Y., Fourneret, P. et Desombre, H. (2013). Tentatives de suicide chez 48 enfants âgés de 6 à 12 ans. *Archives de Pédiatrie*, 20(12), 1296-1305.

Berthod, M.-A. (2019a, sous presse). Fin de vie. In J.-M. Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder & U. Tecklenburg (éds), *Dictionnaire de politique sociale suisse*. Zurich : Seismo.

Berthod, M.-A. (2019b). Mort, territoires et citoyenneté. In G. Clavandier et F. Michaud-Nérard (dir.), *Les cimetières. Que vont-ils devenir?* (pp. 113-126). Paris : Hermann.

Berthod, M.-A. (2018a). La circulation des morts, l'ancrage des corps et le deuil sans frontières. *Diversité urbaine*, 18, 87-104.

Berthod, M.-A. (2018b). Deuil. In A. Piette & J.-M. Salanskis (dir.), *Dictionnaire de l'humain* (pp. 101-108). Paris : Presses universitaires de Paris Nanterre.

Berthod, M.-A. (2016). Cheminer dans une temporalité incertaine, la fin de vie. *Frères en marche*, 4, 10-12. Récupéré de : <https://mort-anthropologie.com/wp-content/uploads/2016/10/Cheminier-dans-une-temporalit%C3%A9-incertaine-Berthod.pdf>

Berthod, M.-A. (2014-2015). Le paysage relationnel du deuil. *Frontières*, 26(1-2), 1-11. doi : 10.7202/1034383ar

Berthod, M.-A. (2009a). Le quasi-accompagnement des employés en deuil au sein des entreprises. *Pensée plurielle*, 22, 89-98.

Berthod, M.-A. (2009b). Entre psychologie des rites et anthropologie de la perte : notes pour l'étude du deuil. *Journal des anthropologues*, 116-117, 159-180.

Berthod, M.-A. (2007). Mort et vif : penser le statut paradoxal des défunts. In S. Chappaz-Wirthner, A. Monsutti & O. Schinz (dir.), *Entre ordre et subversion. Logiques, alternatives, écarts, paradoxes* (pp. 189-201). Paris : Karthala.

Berthod, M.-A. (2006). De si beaux cadavres. Réflexions sur les soins de conservation des morts. *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, 7(3), 427-440.

Berthod, M.-A. & Magalhães de Almeida, A. (2011). *Vivre un deuil au travail. La mort dans les relations professionnelles*. Lausanne : Éditions EESP.

Bickel, J.-F. (2014). La participation sociale, une action située entre biographie, histoire et structures. In V. Caradec, C. Hummel & I. Mallon (dir.), *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques* (pp. 207-226). Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K., Kapur, N., & Gunnell, D. (2008). Suicide and the Internet. *British Medical Journal*, 336(7648), 800-802.

Bioy, A. & Maquet, A. (2003). *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Paris : Dunod.

Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.

Blondet, M. & Lantin Mallet, M. (dir.). (2017). *Anthropologies réflexives. Modes de connaissance et formes d'expérience*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.

Boltanski, L. (2004). *La condition fœtale : une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris : Gallimard.

Bonneville, S. (2014). Récit de vie et reconstruction identitaire : le cas des lésions cérébrales acquises. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 87-94). Limoges : Lambert-Lucas.

Bossi, L. (2012). *Les frontières de la mort*. Paris : Payot et Rivages.

Bourdieu, P. (2003). Ce terrible repos qui est celui de la mort sociale. *Le monde diplomatique*, juin, 5.

Bozon, M. (2009). *Sociologie de la sexualité*. Paris : Armand Colin.

Bureau d'aide aux curateurs et tuteurs privés – BAC. (2014). *Manuel à l'attention des curateurs privés*. Lausanne : s.n.

Castra, M. (2003). *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris : PUF.

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA). (2016). *En Bref. Descriptif*. Récupéré de : http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=3133

Charlier, P. & Hassin, J. (2015). La mort sociale : réflexions éthiques et d'anthropologie médicales. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1, 512-516.

Charrier, Ph. & Clavandier, G. (2018). Aménagement autour du principe de sépulture. Une tension entre des corps là et un *au-delà* des corps. In Ph. Charrier, G. Clavandier, V. Gourdon, C. Rollet & N. Sage Pranchère (dir.). *Morts avant de naître. La mort périnatale* (pp. 273-292). Tours : Presses universitaires François Rabelais.

Charrier, Ph. & Clavandier, G. (2015). Petites dépouilles. Le sort des fœtus et des mort-nés. *Communications*, 2(97), 117-128. doi 10.3917/commu.097.0117.

Chauvier, E. (2003). *Fiction familiale : Approche anthropologique de l'ordinaire d'une famille*. Pressac : Presses universitaires de Bordeaux.

Chauvière, M. (2004). *Le travail social dans l'action publique. Sociologie d'une qualification controversée*. Paris : Dunod.

Christ, G., & Blacker, S. (2005). Setting an Agenda for Social Work in End-of-Life and Palliative Care : An Overview of Leadership and Organizational Initiatives. *Journal of Social Work in End-of-Life et Palliative Care*, 1(1), 9-22. doi : https://doi.org/10.1300/J457v01n01_02

Clavandier, G. (2009). *Sociologie de la mort. Vivre et mourir dans la société contemporaine*. Paris : Armand Colin.

Clavandier, G., & Michaud-Nérard, F. (2019) (dir.). *Les cimetières. Que vont-ils devenir ?* Paris : Hermann.

Code civil suisse (CC): RS 210. Récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>

Conduites-suicidaires.com (2016). *Définitions*. Récupéré de : <https://papageno-suicide.com/effets-werther-et-papageno-revue-de-litterature>

Courtet, P., Guillaume, S., Jollant, F., Castelnaud, D. & Malafosse, A. (2008). Neurobiologie des conduites suicidaires : voies de recherche actuelles. *EMC-Psychiatrie*, 133, 1-8. doi : 10.1016/S0246-1072 (08) 48252-4

Couvreur, C. (1995). *Nouveaux défis des soins palliatifs, philosophie palliative et médecines complémentaires*. Bruxelles : De Boeck Université.

Crettaz, B. (2010). *Cafés mortels. Sortir la mort du silence*. Genève : Labor et Fides.

Cyrulnik, B. & Bougrab, J. (2011). *Quand un enfant se donne "la mort" : attachement et sociétés*. Paris : Odile Jacob.

D'Agostino, G., Kilani, M. & Montes, S. (2010). *Histoires de vie, témoignages, autobiographies de terrain. Formes d'énonciation et de textualisation*. Berlin : Lit Verlag.

Damon, J. (2003). "Désocialisés" et "Désaffiliés", Remarques à partir du cas des SDF. *Les Cahiers français*, 314, 58-63.

Déchaux, J.-H. (2004). La mort n'est jamais familière. Proposition pour dépasser le paradigme du déni social. In S. Penneç (dir.), *Des vivants et des morts. Des constructions de "la bonne mort"* (pp. 17-26). Brest : Université de Bretagne occidentale.

Déchaux, J.-H. (2001). Un nouvel âge du mourir : "la mort en soi". *Recherches sociologiques*, 2, 79-100.

Déchaux, J.-H. (2000). L'intimisation de la mort. *Ethnologie française*, 30(1), 153-162.

Déchaux, J.-H. (1997). *Le souvenir des morts. Essai sur le lien de filiation*. Paris : PUF.

Déchaux, J.-H., Hanus, M. & Jésus, F. (éds) (1998). *Les familles face à la mort*. Le Bouscat : L'Esprit du temps.

De Jonckheere, C. (2010). *83 mots pour penser l'intervention en travail social*. Genève : IES.

- Dejours, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. *Éducation permanente*, 116, 47-70.
- Delamare, C., Martin, C., & Blanchon, Y. (2007). Suicide Attempts in Children under 13 Years Old. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(1), 41-51.
- Delbès, C. & Gaymu, J. (2002). Le choc du veuvage à l'orée de la vieillesse : vécus masculin et féminin. *Population*, 57(6), 879-909.
- Delphy, C. (2000). Comment nous en venons à avorter (nos vies sexuelles). *Le Monde*, 22 octobre.
- Del Re, A. (2000). Avortement et contraception. In H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré et D. Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme* (pp.1-6), Paris : PUF.
- Derzelle, M. (1997). *Pour une conception psychosomatique de l'hypocondrie. La pensée empêchée*. Paris : L'Harmattan.
- Des Aulniers, L. (1997). *Itinérances de la maladie grave. Le temps des nomades*. Paris : L'Harmattan.
- 330 Divay, S. (2004). L'avortement : une déviance légale. *Déviance et société*, 28(2), 195-209. doi : 10.3917/ds.282.0195
- Dolto, F. (1976). *Lorsque l'enfant paraît*. Paris : Seuil.
- Dorlin, E. (2005). Dark Care. De la servitude à la sollicitude. In P. Paperman & S. Laugier (éds), *Le souci des autres. Éthique et politique de la race* (pp. 87-97). Paris : EHESS.
- Dumoulin, M. & Valat, A.-S. (2001). Morts en maternité : devenir des corps, deuil des familles. *Études sur la mort*, 1(119), 77-99. doi 10.3917/eslm.119.0077.
- Durand-Fardel, M. (1854). *Étude sur le suicide chez les enfants*. Impression de L. Martinet.
- Duras, M. (1984). L'horreur d'un pareil amour. *Outside*. Paris : P.O.L.
- Editor's Introduction (2005). *Journal of Social Work and End-of-Life Care*, 1(1), 1-7.
- Éon, P. (2009). Le couple après la mort d'un enfant. *Empan*, 75(3), 159-165.
- Esquerre, A. (2011). Les morts mobiles. Étude sur la circulation des cendres en France. *Raisons Politiques*, 41(1), 69-85.
- Farman, A. (2013). Speculative Matter : Secular Bodies, Minds, and Persons. *Cultural*

Anthropology, 28(4), 737-759. doi : <https://doi.org/10.1111/cuan.12035>

Fauré, C. (2004). *Vivre le deuil au jour le jour. Réapprendre à vivre après la mort d'un proche*. Paris : Albin Michel.

Fawer Caputo, C. (n.d). *Penser l'impensable: le suicide de l'enfant*. Récupéré de : <https://www.hepl.ch/files/live/sites/systemsite/files/unite-communication/prismes/numero-21/articles/prismes-21-penser-l-impensable-le-suicide-des-enfants-christine-fawer-caputo-2015-hep-vaud.pdf>

Fontaine, R. (2006). La sexualité en fin de vie : un mythe ou une réalité ! *Congrès du réseau des soins palliatifs du Québec* (23 avril).

Frund, R. (2008). *L'activité professionnelle : compétences visibles et invisibles*. Lausanne : Éditions EESP.

Gallagher, R. & Daigle, M. (2008). La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins : l'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire. *Frontières*, 21(1), 98-106.

Gaucher, J. & Van Lander, A. (2013). Fin de vie : émergence de la continuité de sens chez la personne âgée. In P. Pitaud (dir.), *Vivre vieux, mourir vivant* (pp. 129-139). Récupéré de : <https://www.cairn.info/vivre-vieux-mourir-vivant-9782749236704-p-129.htm>

Gaudreault, M. (2007). La sexualité et le cancer. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 8(1), 43-51.

Gimenez, M.-A., Gut, A.-S., Saint-André, S. & Service universitaire de psychiatrie de l'enfant de l'adolescent et de la famille, Chu de Brest, Hôpital de Bohars et Jeune Équipe éthique (2011). Conduites suicidaires chez l'enfant : Suicide. *La revue du praticien*, 61(2), 195-197.

Giraud, A.-S. (2011). *Quand la mort termine une vie, mais pas une relation. Transformations du vécu parental de la mort périnatale en France* (Mémoire de master 2, Université de Provence, Aix-Marseille 1). Récupéré de : <https://core.ac.uk/download/pdf/52450088.pdf>

Godelier, M. (dir.) (2014). *La mort et ses au-delà*. Paris : CNRS éditions.

Goethe, J. (1774/1973). *Les souffrances du jeune Werther*. Paris : Gallimard.

Goffman, E. (2010). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Minuit.

Goguel d'Allondans, T. & Gomez, J.-F. (2011). *Le travail social comme initiation. Anthropologies buissonnières*. Toulouse : Éditions Erès.

Gorer, G. (1955). The Pornography of Death. *Encounter*, 16, 49-52.

- Groupe « Sol » de l'Université du 3^e âge. (1992). *La Solitude, ça s'apprend ! L'expérience du veuvage racontée par celles qui la vivent*. Genève : Georg.
- Gsell-Herold, G. & Bacqué, M.-F. (2014). Le blog ou les vertus thérapeutiques de l'écriture électronique. In V. Milewski et F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 21-32). Limoges : Lambert-Lucas.
- Guillemard, A.-M. (2013). Le vieillissement actif : enjeux, obstacles, limites. Une perspective internationale. *Retraite et société*, 65(2), 17-38.
- Guillemard, A.-M. (2002). De la retraite mort sociale à la retraite solidaire. La retraite mort sociale (1972) revisitée trente ans après. *Gérontologie et société*, 102(3), 53-66.
- Guillemard, A.-M. (1972). *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*. Paris/La Haye : Mouton.
- Hanus, M. (1998). Les deuils en famille aujourd'hui. In J.-H. Déchaux, M. Hanus et F. Jésus (éds), *Les familles face à la mort* (pp. 231-248). Le Bouscat : L'esprit du temps.
- Hefel, J. (2019). *Verlust, Sterben und Tod über die Lebensspanne. Kernthemen Sozialer Arbeit am Beispiel österreichischer Fachhochschulen*. Opladen : Budrich UniPress.
- Hennezel, M. de (1995). *La mort intime : ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris : Robert Laffont.
- Herzog, S. (2005a). La mort fait partie du travail social, mais son déni reste vivace. *Repère social*, 71, 6-8.
- Herzog, S. (2005b). La mort confronte les sociaux à l'échec. *Repère social*, 71, 5.
- Higgins, R. W. (2003). L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée. *Esprit*, 1, 139-168.
- Hôpitaux Universitaires de Genève et Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA). (2016). *Historique du service*. Récupéré de : <http://www.hug-ge.ch/psychiatrie-enfant-adolescent/historique-du-service>
- Hostettler, U., Marti, I., & Richter, M. (2016). *Lebensende im Justizvollzug. Gefangene, Anstalten, Behörden*. Berne : Stämpfli.
- Inabas, H., Zaman, S., Whitelaw, S., & Clark, D. (2017). Declarations on Euthanasia and Assisted Dying. *Death Studies*, 41(9), 574-584. Récupéré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5951142/>

Julier-Costes, M. (2012). Le monde des morts chez les jeunes. *Études sur la mort*, 142, 125-144.

Julier-Costes, M. (2010). *Socio-anthropologie des socialisations funéraires juvéniles et du vécu intime du deuil. Les jeunes face à la mort d'un(e) ami(e)* (Thèse de doctorat). Strasbourg : Université de Strasbourg.

Kabengele Mpinga, E., Chastonay, P., Burgenmeier, B. & Rapin, C.-H. (2003). Lieux de décès en Suisse : champs et perspectives de recherche. *Revue médicale de la Suisse romande*, 123, 515-518.

Kahn, J.-P. (2010). Évaluation spécifique du risque suicidaire. In P. Courtet (dir.), *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 102-105). Paris : Lavoisier.

Kalenscher, T., Ohmann, T., & Güntürkün, O. (2006). The Neuroscience of Impulsive and Self-controlled Decisions. *International Journal of Psychophysiology*, 62(2), 203-211.

Kamm, F. (2017). Advanced and End of Life Care : Cautionary Suggestions. *Journal of Medical Ethics*, 43, 577-586.

Kaufman, S. (2006). ... *And a Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life*. Chicago : University of Chicago Press.

Kellehear, A. (2014). *The Inner Life of the Dying Person*. New York : Columbia University Press.

Kellehear, A. (2007). *A Social History of Dying*. Cambridge : Cambridge University Press.

Konan, N. P. & Girardet, K. (2018). Pratiques funéraires et ressources de migrants en procédure d'asile confrontés à la mort d'un proche. *Diversité urbaine*, 18, 129-147.

Krüger, T. (2015). Death Education und Soziale Arbeit – ein Beitrag zur Integration der Themen Sterben und Tod. *Sweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 18(2), 24-40.

Kübler-Ross, E. (1975 [1969]). *Les derniers instants de la vie [On Death and Dying]*. Genève : Labor et Fides.

Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2009). *Sur le chagrin et sur le deuil. Trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. Paris : Jean-Claude Lattès.

Lafleur, C. & Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Lambelet, A. (2014). *Des âgés en AG. Sociologie des organisations de défense des retraités*. Lausanne : Antipodes.

Lambert, S. (2014). L'injonction à un vécu dramatique de l'IVG : représentations et expériences vécues de l'interruption de grossesse. In L. Bodiou, M. Cacouault-Bitaud & L. Gaussoit (dir.), *Le genre entre transmission et transgression* (pp. 213-225). Rennes : PUR.

Laugier, S. (2009). L'éthique comme politique de l'ordinaire. *Multitudes*, 37-38 (2), 80-88.

Le Grand, B. (2015). *Tentative de suicide et impulsivité, aspects psychopathologiques et outils de mesures. Une évaluation du serious game «Clash-Back Tattoo or not tattoo»* (Thèse de doctorat). Bordeaux : Université Bordeaux Segalen, U.F.R des sciences médicales.

Le Huffington Post. (2014). *Une femme transgenre présentée par sa famille comme un homme les cheveux coupés à ses funérailles*. Récupéré de : http://www.huffingtonpost.fr/2014/11/25/femme-transgenre-jennifer-gable-obseques-transsexualite-lgbt_n_6217012.html

334

Leroux-Hugon, V. (2014). Maladies, fins de vie dans les textes déposés à l'APA. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 45-54). Limoges : Lambert-Lucas.

Maraquin, C. (2001). Pour une utilisation éthique de la résilience. D'après la vie et la réflexion de Stanislaw Tomkewicz. *VST – Vie sociale et traitement*, 1(105), 105-111.

Martin, A., Spire, A. & Vincent, F. (2009). *La résilience. Entretien avec Boris Cyrulnik*. Lormont : Le Bord de l'eau.

Masciulli, A. (2017, 19 juin). Régulation sociale dans des couples endeuillés. *Reiso : revue d'information sociale* Récupéré de : <https://www.reiso.org/articles/themes/parcours-de-vie/1851-regulation-sociale-dans-des-couples-endeuilés>

Mathieu, N.-C. (2013). *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe* (nouvelle édition augmentée). Donnemarie-Dontilly : Éditions iXe.

Mauboussin, S. & Guy-Coichard, C. (2007). "No Sex Last Nights"? Sexualité et intimité en phase palliative : attitudes et réflexions de soignants à l'hôpital. *Médecine palliative, soins de support-accompagnement-éthique*, 6(6), 351-358.

Memmi, D. (2014). *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris : Seuil.

Memmi, D. (2011). *La deuxième vie des bébés morts*. Paris : Éditions de l'EHESS.

- Milewski, V., Trouillet, V., Solub, D., Duriez, F. & Patin-Serpantié, A. (2014). Gravement malade et sa vie devant soi. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 67-77). Limoges : Lambert-Lucas.
- Misson, H. & Bellivier, F. (2010). Le risque face aux idées de suicide. In Ph. Courtet (dir.), *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 110-115). Paris : Lavoisier.
- Moeller, F., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Molinié, M. & Hureaux, S. (2012). La vie tangible des bébés morts. *Études sur la mort*, 2(142), 109-123. doi 10.3917/eslm.142.0109.
- Montavon, M. (2012). La dignité humaine de l'enfant mort-né. *Jusletter*, 27 août. 1-19.
- Morath, P. (2012). *Chronique d'une mort oubliée* [Film]. Suisse : Point Prod.
- Moreau, A., Dedienne, M.-C., Letrillard, L., Le Goaziou, M.-F., Labarère, J. & Terra, J.-L. (2004). Méthode de recherche : S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien : Médecine générale*, 18(645), 382-384. Récupéré de : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/295028/>
- Moreau, C., Desfrères, J. & Bajos, N. (2011). Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 148-161.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010). Role of Media Reports in Completed and Prevented Suicide: Werther v. Papageno Effects. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.
- Niewiadomski, C. (2014). De quelques enjeux d'une clinique narrative dans le domaine médical. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 79-86). Limoges : Lambert-Lucas.
- Niewiadowski, C. & Delory-Momberger, C. (2013). *La mise en récit de soi. Place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Notredame, Ch.-E. (2016). *Efficacité d'un programme de sensibilisation au suicide à destination d'étudiants en journalisme. Résultats préliminaires*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Étude Spécialisé de Psychiatrie, Université de Lille 2. Récupéré de : https://papageno-suicide.com/wp-content/uploads/2018/01/Notredame_Mémoire.pdf

OCDE. (2019). *Taux de suicide (indicateur)*. Récupéré de : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>

Office fédéral de la statistique (2019) *L'aide sociale économie*. Récupéré de : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/securite-sociale/aide-sociale/beneficiaires-aide-sociale/aide-sociale-economique.html>

Office fédéral de la statistique. (2018a). *Taux de suicide – Décès par suicide pour 100 000 habitants*. Récupéré de : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.6367165.html>

Office fédéral de la statistique (2018b). *Statistique des interruptions de grossesse*. Récupéré de : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html>

Office fédéral de la santé publique (2016). *La prévention du suicide en Suisse : contexte, mesures à prendre et plan d'action*. Récupéré de : <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>

Office fédéral de la santé publique (2015). *Suicide et tentatives de suicide*. Récupéré de : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/index.html?lang=fr>

336

Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia.

Olivier de Sardan, J.-P. (1998). Émique. *L'Homme*, 38(147), 151-166.

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, 1, 71-109. doi : 10.4000/enquete.263

Olliac, B. (2013). *Événement de vie, traumatismes psychiques et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent* (Thèse de doctorat). Toulouse : Université de Toulouse III.

Oppenheim, D. (2000). *Dialogues avec les enfants sur la vie et la mort*. Paris : Seuil.

Papageno Programme (2016). *Effets Werther et Papageno : l'influence des médias*. Récupéré de : <https://papageno-suicide.com/effets-werther-et-papageno-revue-de-litterature/>

Paris, P.-G. (2014). Ambivalence du récit de soi dans les institutions de soins. In V. Milewski et F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 109-117). Limoges : Lambert-Lucas.

Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris : PUF.

Pereira, R. (1998). Le deuil : De l'optique individuelle à l'approche familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, 20, 31-48.

Perrey, C. & Pinilo, F. (2014). Écrire pour se redéfinir. Réflexions autour de la création d'un atelier d'écriture pour personnes atteintes de cancer. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 57-66). Limoges : Lambert-Lucas.

Perrin, J., Bühler, N., Berthod, M.-A., Forney, J., Kradolfer, S., & Ossipow, L. (2018). Searching for Ethics. Legal Requirements and Empirical Issues for Anthropology. *Tsantsa. Revue suisse d'ethnologie*, 23, 138-153.

Perrot, E. & Weyeneth, M. (2004). *Psychiatrie et psychothérapie : une approche psychanalytique*. Bruxelles : De Boeck Université.

Petot, D. (2005). Les idées suicidaires chez les enfants de six ans : leur réalité et leur expression au test de Rorschach. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 55(4), 267-276. doi : <http://doi.org/10.1016/j.erap.2005.03.004>

Petot, D. (2004a). Les réponses à déterminants sensoriels multiples au test de Rorschach et l'idéation suicidaire chez l'enfant. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 54(4), 219-225. doi : <http://doi.org/10.1016/j.erap.2004.03.003>

Petot, D. (2004b). Présence précoce et continue d'idées suicidaires pendant l'enfance. *L'Évolution Psychiatrique*, 69(4), 663-670. doi : <http://doi.org/10.1016/j.evopsy.2004.09.004>

Picard, H. & Dumoulin, M. (2007). Le tout-petit et la crémation. *Études sur la mort*, 2(132), 55-64. doi 10.3917/eslm.132.0055.

Pineau, G. et Legrand, J-L. (2013). *Les histoires de vie*. Paris : PUF.

Pitaud, P. (dir.). (2011). *Sexualité, handicaps et vieillissement*. Toulouse : Erès.

Pons, Ch. (2009). L'humanité élargie par le bas. La question des mort-nés. In P. Dreyer (éd.), *Faut-il faire son deuil ? Perdre un être cher et vivre* (pp. 247-262). Paris : Autrement.

Proia-Lelouey, N. & Lelion, N. (2014). Cancer et écriture de soi : vertu traumatologique d'une écriture traumatographique ? In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 97-107). Limoges : Lambert-Lucas.

Prothero, S. (2001). *Purified by Fire. A History of Cremation in America*. Berkeley : University of California Press.

Pruvost, G. (2010). Récit de vie. In S. Paugam (dir.), *Les 100 mots de la sociologie* (pp.38-3). Paris : PUF.

Puaud, D. (2012). L'«empathie méthodologique» en travail social. *Pensée plurielle*, 2, 97-110.

Puaud, D. (2011). Les usages du savoir anthropologique en travail social. *Journal des anthropologues*, 126-127, 165-184.

Pynoos, R., & Nader, K. (1991). Prevention of Psychiatric Morbidity in Children after Disaster. In D. Schaffer, I. Philips, & N.B. Enzer (éds), *Prevention of Mental Disorders, Alcohol, and Other Drug Use in Children and Adolescents. OSAP Prevention Monograph-2. Disturbances in Children* (pp. 225-242). Washington DC : American Academy of Child and Adolescent.

Rachédi, L. & Halsouet, B. (dir.). (2017). *Quand la mort frappe l'immigrant : défis et adaptations*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Raimbault, G. (1975). *L'enfant et la mort*. Paris : Dunod.

Reynaud, J.-D. (1997). *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin.

338

Ribes, G. (2013). Et après le veuvage. In P. Pitaud (dir.), *Vivre vieux, mourir vivant* (pp. 167-179). Récupéré de : <https://www.cairn.info/vivre-vieux-mourir-vivant--9782749236704-page-167.htm>

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Roberge, M. (2015). Autopsie des rites funéraires contemporains : une tendance à la re-ritualisation. In D. Jeffrey & A. Cardita (dir.), *La fabrication des rites* (pp. 179-194). Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.

Romano, H. (2015). Les conduites suicidaires. Dossier. *Revue de santé scolaire et universitaire*, 35, 9-25.

Romano, H. (2007). L'enfant face à la mort. *Études sur la mort*, 1(131), 95-114.

Rossi, I., Kaech, F. & Papadaniel, Y. (2009). Des professionnels dans la tendresse. Entretien avec Paul et Danielle Beck. *Pensée plurielle*, 22, 45-52.

Roudaut, K. (2012). *Ceux qui restent, une sociologie du deuil*. Rennes : PUR.

Roudaut, K. (2005). Le deuil : individualisation et régulation sociale. *A contrario*, 1(3), 14-27.

Rouzel, J. (2000). *Le travail d'éducateur spécialisé. Éthique et pratique*. Paris : Dunod.

- Rullac, S. (2018). Recherche action collaborative en travail social: les enjeux épistémologiques et méthodologiques d'un bricolage scientifique. *Pensée plurielle*, 48(3), 37-50. doi : 10.3917/pp.048.0037
- Sahun, R. & Dubois, D. (2010). Sexualité et fin de vie. *Bulletin de la Fédération Alliance, jusqu'au bout accompagner la vie*, 8, 1-8.
- Schepens, F. (dir.). (2013). *Les soignants et la mort*. Paris: Erès.
- Schmit, G., & Falissard, B. (2007). Troubles des conduites: quelles pratiques en prévention? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(8), 475-480.
- Schwierz, C., & Riegelning, J. (2013). *Sterben in Zürich. Mortalität und Todesursachen*. Zürich: Statistik Stadt Zürich.
- Seale, C. (1998). *Constructing Death. The Sociology of Dying and Bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B., & Kaminski, M. (2003). Women's Life Cycle and Abortion Decision in Unintended Pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, 57(8), 601-605. doi : 10.1136/jech.57.8.601
- Stark, J. (2018). *A Death of One's Own. Literature, Law, and the Right to Die*. Evanston: Northwestern University Press.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Baszanger (éd.). Paris: l'Harmattan.
- Tavernier, M. (2006). *Les soins palliatifs*. Paris: PUF.
- Terra, J.-L. (2013). *La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge*. Récupéré de : https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/996/1541/4057.pdf
- Theiler, M. (2010). *De la découverte de son homosexualité à son affirmation...* (Travail de Bachelor). Lausanne: Haute école de travail social et de la santé.
- Thierry, X. (1999). Risques de mortalité et de surmortalité au cours des dix premières années de veuvage. *Population*, 54(2), 177-204.
- Thomas, L.-V. (1975). *Anthropologie de la mort*. Paris: Payot.
- Tourniaire, D. (2007). Gestion de la crise devant une mort subite inexplicée en institution. *Epilepsies*, 19(3), 169-172.
- Trompette, P. (2008). *Le marché des défunts*. Paris: Presses de Sciences Po.

Vandecasteele, I. & Lefebvre, A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, 26(1), 137-162.

Vandevoorde, J. (2015). Le geste suicidaire chez l'enfant : mesure du phénomène, caractéristiques épidémiologiques et recommandations de base. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 28(4), 197-204.

Wacquant, L. (2000). La prison est une institution hors-la-loi. Entretien autour des "Prisons de la misère"/R de réel. *Sociología crítica*, 3. Récupéré de : <https://dedona.wordpress.com/2017/09/04/loic-wacquant-la-prison-est-une-institution-hors-la-loi-entretien-autour-des-prisons-de-la-misere-r-de-reel/>

Walter, T. (2017). *What Death Means Now. Thinking Critically about Dying and Grieving*. Bristol : Policy Press.

Wolf, J. (2013). Du silence des corps aux méandres des mots : une incursion ethnographique en chambre mortuaire. *Socio-anthropologie*, 27. doi : <http://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.1485>.

Zimmermann, M., Felder, S., Streckeisen, U. & Tag, B. (2019). *La fin de vie en Suisse. Perspectives individuelles et sociales*. Bâle : Schwabe Verlag.

PRÉSENTATION DES AUTEUR·E·S

341

ANNE-LAURE NEUWERTH

Après une formation initiale d'employée de commerce avec maturité professionnelle, Anne-Laure Neuwerth a obtenu un Bachelor of Arts HES-SO en Travail social (service social). Durant sa formation à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HES-SO), elle a effectué deux stages, l'un dans le domaine de la psychiatrie, l'autre dans celui de l'aide sociale. À la fin de ses études, elle a travaillé durant une dizaine d'années à l'aide sociale vaudoise. Cette expérience lui a permis d'évoluer dans un domaine très diversifié en termes de problématiques et de populations. Au cours de cette expérience professionnelle, elle a diminué son activité afin d'effectuer le Master of Arts HES-SO en Travail social, en emploi. Depuis l'automne 2018, Anne-Laure travaille dans le service social d'un établissement privé de psychiatrie et de psychothérapie.

anne-laure.neuwerth@outlook.com

Éditions HETSL, chemin des Abeilles 14
CH-1010 Lausanne
Tél. 021 651 62 00
editions@hetsl.ch
www.hetsl.ch/editions

Tous ces ouvrages sont disponibles chez votre libraire

Ils sont diffusés en Suisse par :
Albert le Grand
Route de Beaumont 20, 1700 Fribourg
Tél. 026 425 85 95 – Fax 026 425 85 90

Ils sont diffusés hors de Suisse par :
CID, rue Robert-Schuman 18, 84227 Charenton-le-Pont

Imprimé à Chavannes-de-Bogis en décembre 2019