

# CHAPITRE V

## **INTERVENIR LORS D'UNE CRISE SUICIDAIRE. UN AGIR PROFESSIONNEL COMPLEXE**

Ludivine Barthélémy

Pages 135-152 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](http://www.hetsl.ch)

doi du livre : 10.26039/2xtw-y269

doi du chapitre : 10.26039/dzy4-a891

Licence : CC BY-NC-ND

# TABLE DES MATIÈRES

	<b>TROISIÈME PARTIE. AUTOUR DU SUICIDE ET DE LA CRISE.....</b>	<b>131</b>	<b>5</b>
V.....	Ludivine Barthélémy		
	<b>INTERVENIR LORS D'UNE CRISE SUICIDAIRE.</b>		
	<b>UN AGIR PROFESSIONNEL COMPLEXE.....</b>	<b>135</b>	
	<b>SUICIDE ET TRAVAIL SOCIAL .....</b>	<b>136</b>	
	Contextualisation de la problématique du suicide .....	136	
	Le rôle des professionnel-le-s du social .....	138	
	Quand la mort devient la seule solution envisageable .....	139	
	<b>AU COEUR DES TÉMOIGNAGES .....</b>	<b>141</b>	
	Le profil des personnes rencontrées .....	141	
	La relation comme point de départ pour s'en sortir .....	144	
	L'importance des activités créatives .....	146	
	L'indispensable considération du réseau primaire .....	147	
	L'usage des médicaments comme un moyen de rupture avec ses émotions .....	149	
	<b>PRISE EN CHARGE PROFESSIONNELLE TENANT COMPTE DES BESOINS</b>		
	<b>MIS EN ÉVIDENCE .....</b>	<b>151</b>	
.....	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>325</b>	
.....	<b>PRÉSENTATION DES AUTEUR-E-S.....</b>	<b>341</b>	

# TROISIÈME PARTIE

## AUTOUR DU SUICIDE ET DE LA CRISE

La notion de limites et de frontières permettant de cadrer l'intervention du travail social, en particulier par le droit et – surtout – lorsque des valeurs (autonomie, respect, justice sociale, intégrité) sont en jeu, a fréquemment marqué les discussions entre participant·e·s durant l'atelier de recherche. Les situations de crise et d'urgence (quelle décision prendre et sur la base de quelle échelle de valeurs et de priorités), le suicide ou encore les changements législatifs venant perturber des procédures déjà bien établies ont fait l'objet de plusieurs travaux. Dans cette troisième partie, les articles de Ludivine Barthélémy et de Mélanie Piñon abordent de front la crise suicidaire, à partir de deux angles d'analyse distincts : le premier part du point de vue des personnes ayant effectué une tentative de suicide pour apprécier la pertinence de l'intervention des professionnel·le·s, tandis que le second s'appuie sur l'expertise de pédopsychiatres pour mieux comprendre une réalité très sensible, le suicide de l'enfant. Si ces articles permettent de réfléchir aux formes et limites de l'intervention de crise, quatre autres travaux – non publiés – ont contribué à mettre en évidence le stress et l'inconfort que certaines décisions en situation d'urgence peuvent générer dans les équipes de professionnel·le·s concerné·e·s.

Irena Gonin – « L'EMS de [nom de l'établissement médico-social] : des valeurs en tension après l'introduction de la nouvelle loi [vaudoise]

sur l'assistance au suicide» – a mené un travail de recherche sur les enjeux et impacts éthico-juridiques de l'introduction d'une modification de la loi sur la santé publique vaudoise, acceptée en 2012 en votation populaire et rendant possible l'assistance au suicide dans tout établissement sanitaire reconnu d'intérêt public. Elle a examiné les valeurs en tension au sein d'un EMS subventionné par l'État et affichant des valeurs chrétiennes, sachant qu'un·e résident·e est désormais en droit de solliciter une assistance au suicide s'il ou elle possède sa capacité de discernement, persiste dans sa volonté de se suicider et souffre d'une maladie ou de séquelles d'accidents graves et incurables. Lors de son immersion au sein de l'EMS, Gonin a relevé les contradictions dans la mission que déploient les professionnel·le·s et pointé les tensions et conflits de valeurs: entre liberté de choix des résident·e·s et liberté de conscience des professionnel·le·s; entre volonté d'autodétermination des résident·e·s et obligation de les soigner et de les nourrir; entre professionnel·le·s eux-mêmes et elles-mêmes dans la structure. De plus, le positionnement pas toujours explicite de la direction nourrit des formes de résistance passive au travail. Les impacts de ces tensions sur l'institution sont importants aussi bien pour les personnes qui y résident que pour les professionnel·le·s – de la santé et du social – qui accompagnent ces personnes. Les travailleurs et travailleuses sociales sont d'ailleurs concerné·e·s au premier plan par ces problématiques, car c'est aussi avec elles et eux que les demandes de suicide assisté peuvent être discutées. Ce travail pose *in fine* la question de quand recourir aux directives anticipées et de la marge de manœuvre pour les professionnel·le·s concerné·e·s dans l'accompagnement de fin de vie.

132

Pour sa part, Aurora Gallino n'a pas mené un travail de recherche sur la mort et la finitude à proprement parler, mais sur la représentation qu'un public donné, des personnes toxicodépendantes, se fait du groupe «statistique» auquel elles appartiennent et qui est en train de disparaître (surmortalité). En observant sa pratique dans le milieu de la toxicomanie par le biais de la tenue d'un carnet de bord, Gallino a impliqué activement les personnes concernées dans son rôle professionnel; elle les a confrontées aux statistiques qui les concernent et à l'usage de ces mêmes statistiques par d'autres professionnel·le·s du champ de la toxicomanie pour les aider et les accompagner, et prendre des décisions qui les concernent. Il en ressort un travail marqué par la sensibilité de chacun·e des consommateurs et consommatrices, sorte de manifeste

appelant les professionnel-le-s à sortir des catégories usuelles pour épouser les histoires et les vécus de chacun-e.

Dans ce travail intitulé « “Non, je ne joue pas avec la mort. C’est bien plus sérieux que cela” (Jean, 2014). Étude de terrain s’intéressant aux personnes ayant fait usage de drogues durant les années 1990 par le biais de la surmortalité qui les concerne », Gallino pointe la difficulté à lire des statistiques concernant la dépendance et d’attribuer un décès à un seul facteur en particulier, car toutes les overdoses ou surdoses ne conduisent pas forcément à la mort. Cette difficulté à lire et à comprendre les statistiques laisse place à l’idéologie et appelle à traiter la question de la mort – et de la surmortalité des personnes concernées par une problématique de consommation de produits stupéfiants – non pas sous un angle de santé publique, mais à travers le regard de personnes consommatrices encore en vie. Gallino part du postulat que ces personnes qu’elle côtoie au quotidien connaissent davantage de décès dans leur entourage. Son travail s’appuie sur une hypothèse tirée de son expérience professionnelle : les individus ayant consommé au cours des années 1990 se considèrent comme des « survivant-e-s » ; ils et elles ont une perception bien à eux et bien à elles de cette surmortalité. Gallino montre que de multiples décès dans leur entourage font naître un sentiment de résignation (comme un-e condamné-e à mort) et induisent un sentiment de culpabilité liée à leur survie (comportements d’expiation) ou des attitudes fatalistes. L’appréhension de sa propre mort – et corollairement de sa propre vulnérabilité – est manifeste aussi chez les personnes dépendantes vis-à-vis des autres consommateurs et consommatrices. Cette manière de recontextualiser les représentations de la mort des personnes concernées doit interpeller les travailleurs et travailleuses sociales qui accompagnent au quotidien des personnes toxicomanes. Car il ne s’agit pas d’une relation étroite avec la mort, mais avec la survie.

Natacha Arminante Schneider a elle aussi développé un travail de recherche dans le champ des addictions : « Hors limites : les prises de risque chez les personnes dépendantes ». Cette recherche montre que l’ambivalence se loge dans la prise de risque et que la volonté de maîtrise est nécessairement conditionnée par l’incertitude de l’ordalie. Il y aurait dès lors comme une envie de restaurer un contrôle individuel pour répondre à une sensation croissante d’impuissance. Dans une société caractérisée par un rapport quasi paradoxal au risque (demande de

sécurité versus valorisation de la prise de risque individuelle), Arminante Schneider insiste sur le fait que les personnes dépendantes ne sont pas aussi inconscientes, inconséquentes ou suicidaires que le sens commun le prétend. Elle postule que prendre des risques, ou mener des conduites à risques, y compris lorsqu'on est une personne concernée par la dépendance, permet aussi de prendre du plaisir, d'affirmer une identité et de s'accrocher à l'existence, en plus de rechercher des sensations. Elle évoque la nécessité pour certaines personnes concernées de se révolter – en prenant des risques – pour ne pas se suicider; un de ses interlocuteurs avouant même que « la toxicomanie lui a sauvé la vie ». Elle invite les travailleurs et travailleuses sociales à prendre en considération ces aspects dans leurs interventions.

Dans un autre registre, avec un travail intitulé « Faire de l'erreur médicale un outil générateur de sécurité. Étude de terrain qui s'intéresse aux mesures mises en place dans un hôpital pour se prévaloir de l'erreur médicale afin d'optimiser la sécurité des patient·e·s », Gloria Nely Medina Bernal a développé une réflexion sur la mort causée par erreur médicale. Elle a mis au jour le soutien à apporter à la personne qu'elle dénomme la « deuxième victime » (la première étant le ou la patient·e) : à la fois auteur·e de l'erreur et victime d'un système. Elle a réfléchi en parallèle à la notion d'événement clinique défavorable (ou événement clinique indésirable) qu'elle définit comme la détérioration de l'état de santé des patient·e·s qui a été causée par le processus de soins et non pas par sa pathologie. Après avoir rencontré plusieurs personnes ayant commis une erreur médicale dans le cadre de leur activité au sein d'un hôpital, Medina Bernal affirme que la personne qui a commis une erreur a aussi besoin d'aide et est en grande souffrance. Le processus menant à une erreur médicale est complexe et multifactoriel; un renforcement des ajustements devrait être institué et répété pour éviter que le même type d'erreur ne se reproduise, au risque de générer chez les praticien·ne·s des sentiments de culpabilité ou de honte. Les erreurs médicales peuvent déclencher des crises personnelles allant de l'abandon de la profession à des idées suicidaires chez les soignant·e·s (docteur·esse·s, thérapeutes). Les travailleurs et travailleuses sociales en contexte hospitalier pourraient contribuer à y remédier, dans la mesure où l'erreur peut devenir un puissant outil de réflexion, générateur de sécurité, invitant à prévenir d'éventuels dysfonctionnements et défaillances d'un système.

## INTERVENIR LORS D'UNE CRISE SUICIDAIRE. UN AGIR PROFESSIONNEL COMPLEXE

LUDIVINE BARTHÉLÉMY

*« La mort est sociale de part en part; elle fait intervenir des forces, des sentiments, des émotions, des idées qui sont de nature collective, impersonnelle et contraignante. [...] Bref, elle est façonnée par la culture et la société. »* (Déchaux, 2004, p. 18)

135

Cette citation met en évidence le fait que la mort interpelle notre système émotionnel. Cela vaut tout particulièrement pour un suicide qui représente non seulement la fin de soi, mais surtout une fin précoce; cet acte correspond à une mort non naturelle, difficilement acceptable socialement. Alors que notre société contemporaine gère la mort en général dans les milieux institutionnels, dans les structures hospitalières et *via* les professionnel-le-s du funéraire, certain-e-s décident de mourir, sans vraiment laisser d'explication.

Pour appréhender cette réalité, cet article focalise l'attention sur la prise en charge de personnes à risque suicidaire. J'aborde ici uniquement le suicide non assisté. L'objectif est de découvrir quels sont les besoins<sup>1</sup> en termes de prise en charge professionnelle des personnes

---

<sup>1</sup> Les besoins étant vus dans cet article comme les éléments les plus importants pour les enquêté-e-s dans une prise en charge professionnelle de personnes à risque suicidaire.

ayant traversé une crise suicidaire. Pour y parvenir, je mets en exergue le vécu d'individus ayant été pris en charge, ainsi que les points positifs et négatifs de l'intervention professionnelle reçue.

L'analyse est fondée sur quatre témoignages qui ont permis de recenser certains besoins liés à la problématique de la crise suicidaire. Quatre pistes de réflexion en ont émergé : chacun·e des enquêté·e·s a mis en évidence que la relation entre aidant·e et aidé·e revêtait une importance cruciale, permettant notamment de sortir d'une certaine solitude. Ils et elles ont également remis en question la médication distribuée dans les hôpitaux, tout en soulignant l'importance d'avoir un autre type de soutien : les activités créatrices. Ils et elles ont enfin rappelé l'importance d'intégrer le réseau primaire dans la prise en charge. Ces quatre pistes forment le cœur de ma réflexion, qui interroge certaines pratiques mises en œuvre par les professionnel·le·s et qui permet d'émettre quelques suggestions pour l'action professionnelle.

## SUICIDE ET TRAVAIL SOCIAL

136

Cette partie met en évidence quelques statistiques sur le suicide en Suisse, ce qui permet de mesurer l'ampleur de ce phénomène. Pour permettre une baisse de ce taux de mortalité par suicide, les paragraphes suivants mentionneront une action mise en place en 2014 en Suisse et mettront la focale sur le rôle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux quant à la prise en charge des personnes à risque suicidaire. Pour terminer cette section, il sera décrit ce que représente l'état de crise que vivent les personnes à risque suicidaire, afin de pouvoir mieux comprendre ce qui pousse ces individus à ce geste, parfois irréversible.

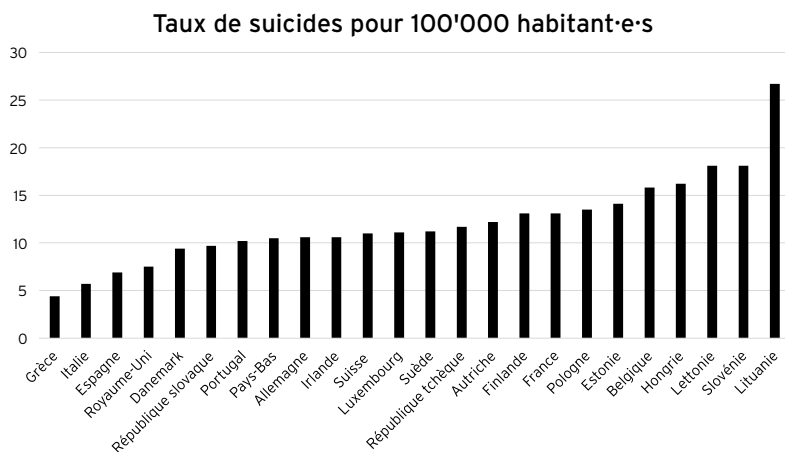
## CONTEXTUALISATION DE LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE

Le suicide demeure une cause fréquente de décès dans les sociétés contemporaines. La Suisse garde une moyenne considérable de suicides en comparaison de certains pays européens, ce que je peux constater dans les données<sup>2</sup> de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2019) :

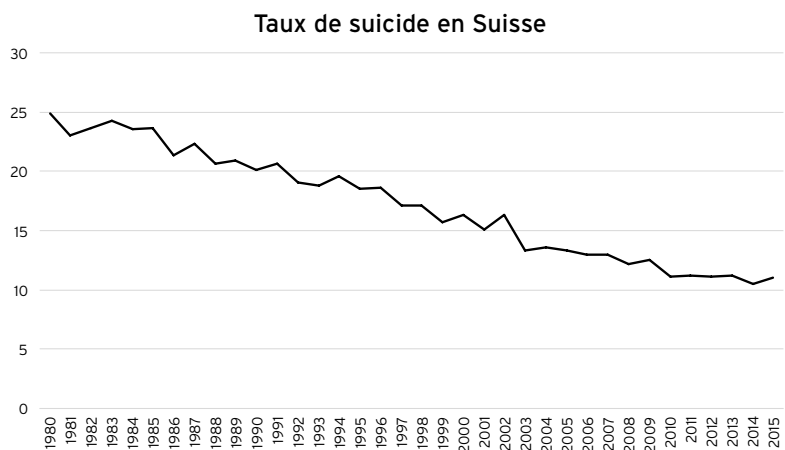
---

<sup>2</sup> Données datant de 2014 à 2016 selon les informations disponibles pour chaque pays.





En Suisse, « le suicide constitue la quatrième cause de mort précoce (en termes d'années de vie potentielles perdues), après le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les accidents » (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2015). Selon l'OFSP (2016, p. 4), le taux de suicide a diminué en Suisse depuis les années 1980. Toutefois, depuis 2010, une stagnation est observée. Ces chiffres peuvent en effet être retrouvés dans les statistiques suisses officielles (Office fédéral de la statistique [OFS], 2018a):



Ce constat de stagnation entre 2010 (11,1 suicides pour 100 000 habitant·e·s) et 2015 (11 suicides pour 100 000 habitant·e·s) a amené le Parlement suisse à adopter une motion en 2014<sup>3</sup> qui vise la prévention des actes suicidaires. Un plan d'action a donc été réfléchi par de nombreux et nombreuses expert·e·s, en relation avec la Confédération. L'objectif général vise à réduire d'approximativement 25 % le nombre de suicides d'ici à 2030, notamment par le biais de la formation, de l'information, de l'accès aux soins et l'amélioration de ceux-ci ou encore de la diminution de l'accès aux moyens létaux (OFSP, 2016, p. 4). Pour parvenir à réaliser un tel plan d'action, il va de soi que chaque acteur (Confédération, cantons, communes, associations, travailleuses sociales et travailleurs sociaux, etc.) a un rôle à jouer.

## LE RÔLE DES PROFESSIONNEL·LE·S DU SOCIAL

138

Les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux gardent un rôle important dans la prévention, la gestion de crise ainsi que la postvention en lien avec le suicide. En effet, beaucoup de professionnel·le·s du social partagent le quotidien et, ou, côtoient des personnes qui traversent une période compliquée dans leur vie. Dans leur situation, nombre de facteurs de risque suicidaire peuvent être cumulés, comme des troubles psychiques, une faible estime de soi, des problèmes d'intégration sociale ou encore des relations familiales conflictuelles, selon Stéphane Saillant, médecin à l'Hôpital neuchâtelois et Yves Dorogi, infirmier psychiatrique au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)<sup>4</sup>. Ces facteurs sont nombreux; ils peuvent être d'ordre individuel, psychosocial ou encore familial.

Selon ces deux professionnels de la santé, aller à la rencontre des personnes en souffrance pour leur offrir un espace de paroles est un accompagnement essentiel pour évaluer le risque suicidaire. En conséquence, les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux, de par leur proximité auprès de personnes pouvant être amenées à se sentir en détresse psychologique, font partie des professionnel·le·s se situant en première ligne pour analyser les situations, que ce soit en prévention d'une crise ou en postvention, afin d'éviter une nouvelle crise. Il convient donc de

<sup>3</sup> Motion Ingold 11.3973.

<sup>4</sup> Cours donné par Stéphane Saillant et Yves Dorogi en 2015, intitulé *Faire face au risque suicidaire*, Neuchâtel, Marin.

former chacun-e de ces professionnel-le-s, afin d'acquérir des méthodes d'analyse et d'intervention efficaces.

En d'autres termes, « le suicide est un phénomène complexe. Il est le résultat d'une interaction associée à des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Il est difficile d'expliquer pourquoi certaines personnes se suicideront alors que d'autres se trouvant dans la même situation, voire pire, ne se suicident pas » (Lafleur & Séguin, 2008, p. 6). Cette citation, relevée par deux spécialistes du suicide formés en psychoéducation, montre bien la difficulté à définir ce phénomène, ainsi que le caractère individuel de chaque situation. Surtout que cet article se base sur quatre témoignages et que chacun d'entre eux doit être rattaché à un contexte et à un individu. Ces données ne sauraient donc être généralisées.

Concrètement, les personnes ayant participé à ma recherche ont tenté de se suicider plusieurs années auparavant. Ce choix de recrutement est méthodologique, à la suite d'avis de professionnel-le-s de la psychiatrie. Il m'a été communiqué que questionner des personnes en crise suicidaire et donc en grande fragilité psychologique pouvait être plus destructeur que réparateur. Je m'en suis tenue à cette recommandation, tout en ayant conscience que l'oubli de certains détails pouvait induire une limite quant au type d'information collectée. Ce choix s'est d'ailleurs confirmé à la lecture d'un chapitre d'ouvrage sur les suicides et les tentatives de suicide, dans lequel des spécialistes de la suicidologie notent que « les distorsions cognitives sur l'autodévalorisation, l'inutilité, la culpabilité, la vision pessimiste de l'avenir sont corrélées à l'intentionnalité suicidaire » (Misson & Bellivier, 2010, p. 112). Il était donc aussi important que chacune des personnes rencontrées bénéficie d'un certain recul pour sortir de ses pensées négatives et puisse laisser place à un regard plus critique sur sa situation. Mon propos se borne à esquisser des pistes à explorer pour répondre au mieux aux besoins de prise en charge des personnes à risque suicidaire qui ne souhaitent que rarement en finir avec la vie, mais ne trouvent plus d'autre solution à leurs maux.

## QUAND LA MORT DEVIENT LA SEULE SOLUTION ENVISAGEABLE

En règle générale, comme relevé par Lafleur et Séguin (2008, p. 9), les réponses données pour sortir d'une situation difficile à vivre sont de

trois ordres. Le premier ordre relève du comportement, faire du sport par exemple, pour évacuer le stress. Le deuxième ordre concerne les émotions, ce qui se traduit notamment par le fait de s'énerver contre quelqu'un ou quelque chose, ou encore de pleurer pour extérioriser son ressenti. Troisièmement, la réponse peut être d'ordre cognitif, en modifiant sa manière de percevoir les événements ou en les niant. Parfois, ces réponses ne suffisent pas pour revenir à un état de stabilité face à des situations difficiles de la vie. Cela peut plonger la personne dans un état de vulnérabilité; des idéations suicidaires peuvent alors faire surface, étant donné que les autres réponses à la situation sont perçues comme inappropriées.

Il est à noter toutefois qu'une personne ne tente que rarement de se suicider subitement<sup>5</sup>. Le passage à l'acte est l'aboutissement d'un processus, et c'est ce dernier qui est nommé « crise suicidaire ». La crise est définie de la manière suivante par Harold Irwin Kaplan, un professeur universitaire, penseur de la prévention en psychiatrie: «Un état qui se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation s'ensuit, période d'inconfort durant laquelle différentes tentatives de solution sont utilisées en vain » (Kaplan, s.d., cité dans Lafleur & Séguin, 2008, p. 8).

Cette définition met en évidence le fait que la personne en crise, face aux événements difficiles de la vie, tente de s'en sortir en recherchant des solutions. Cependant, il peut arriver que celle-ci se trouve à court d'idées pour solutionner son état, si bien que la seule issue possible semble être la mort. En résumé, la mort apparaît comme la dernière possibilité maîtrisable de la vie. Toutefois, il ne faut pas oublier que ce geste vise à mettre fin à des souffrances et rarement à une existence, à l'instar de ce qu'indiquent les témoignages collectés.

Pour mettre en perspective la prise en charge des professionnel·le·s face à la crise suicidaire, la suite de cet article présente les témoignages de quatre enquêté·e·s. Pour trouver une telle population, il a fallu prendre contact avec de nombreuses institutions et associations, car ce sujet sensible retenait les professionnel·le·s de me mettre en relation avec

---

5 *Idem.*

des personnes ayant traversé une crise suicidaire. Après plusieurs refus, j'ai été mise en lien avec une association accueillant des personnes fragilisées dans leur santé psychique. Cette dernière a accepté de parler aux bénéficiaires pour voir si quelqu'un voulait participer à ma recherche. Par ce biais, et par le bouche-à-oreille, j'ai pu interroger quatre personnes, en réalisant des entretiens semi-directifs<sup>6</sup> enregistrés et en m'appuyant sur l'établissement d'une ligne de vie<sup>7</sup>.

## AU CŒUR DES TÉMOIGNAGES

Dans cette partie, je décris les personnes interrogées et la problématique suicidaire vécue. Ensuite, je relève certains points sortis individuellement en entretien avant de proposer une analyse selon quatre axes transversaux, qui ont été exprimés par les enquêté·e·s comme des besoins en termes de prise en charge. Ces quatre axes, concernent autant les prises en charge ambulatoires qu'hospitalières.

## LE PROFIL DES PERSONNES RENCONTRÉES

141

La prise en charge ambulatoire se traduit par une intervention professionnelle hors de l'hôpital. Elle est proposée lorsque le risque de tentative de suicide n'est pas majeur (Kahn, 2010, p. 104). Quant à l'hospitalisation, selon ce professeur en médecine, secteur psychiatrie, elle « a pour but de protéger la vie du sujet, de mettre temporairement à distance les situations ayant précipité l'état actuel de crise suicidaire » (Kahn, 2010, p. 104). La professionnelle Aline Schuwey<sup>8</sup> rajoute que ce n'est pas l'idée de mettre fin à sa vie qui détermine le type de prise en charge, mais bien le risque immédiat de le faire. En effet, dans certains cas, il n'est pas suffisant de proposer une intervention ambulatoire. La personne nécessite une mise à l'abri et un suivi permanent, prestation qui n'existe pas à l'heure actuelle à l'extérieur d'une structure résidentielle.

---

6 Ces entretiens ont pour but de centrer le discours de l'enquêté·e autour de thématiques, afin de pouvoir obtenir les informations en lien avec mes questionnements de recherche.

7 Ligne temporelle tracée sur une feuille blanche que je remplis de manière participative en fonction de ce que l'enquêté·e m'explique.

8 Suppléante à la direction des soins au Centre neuchâtelois de psychiatrie, communication par courriel, 19 et 25 janvier 2019. Cette institution a accepté de ne pas être anonymisée.

Dans ces deux types de prise en charge, les axes transversaux de mes entretiens portent autour des sujets suivants: l'importance de la relation entretenue avec les professionnel·le·s; la nécessité de pouvoir entreprendre des activités avec l'aide des ergothérapeutes; l'implication du réseau primaire dans la prise en charge; l'évitement d'une prise excessive de médicaments. Avant l'analyse de ces points énumérés, je vais évoquer tout d'abord le profil et le parcours de chaque interviewé·e: Leïa, Alexa, Adèle et Andrea<sup>9</sup>.

Leïa est une jeune femme de 27 ans. Dans la continuité d'un deuil difficile, elle a tenté de se suicider en 2011 en ingérant des doses excessives de médicaments. Après avoir survécu, Leïa a elle-même demandé à être hospitalisée dans une unité médicale tout d'abord, psychiatrique ensuite. Elle a séjourné plus de cinq mois dans différentes unités de l'hôpital. Par la suite, elle a continué une thérapie avec sa psychologue de l'hôpital en ambulatoire, a mis en place des activités créatives avec une ergothérapeute et a encore été suivie par son psychiatre durant six mois.

142

Alexa est une dame de 57 ans. Elle a eu ses premières idéations suicidaires en 2001. Par la suite, elle a mis en place autour d'elle des aides qui lui ont permis de mener une existence autonome dans son appartement. Elle a vécu plusieurs séjours en hôpital psychiatrique, deux fois pour des idéations suicidaires et d'autres fois pour des symptômes de troubles bipolaires. Les hospitalisations ont duré généralement trois mois. La première hospitalisation pour des idéations suicidaires s'est faite en 2001 et la dernière, en 2003. Des accompagnements ambulatoires ont ensuite été mis en place. Plus précisément, un infirmier à domicile, un psychiatre, une dame qui aide pour le ménage et des membres d'une association sont les personnes avec qui elle garde un lien depuis les différentes crises suicidaires qu'elle a traversées.

Adèle est une femme de 27 ans. Sa tentative de suicide remonte à 2005 environ. Après cette tentative, ses parents se sont inquiété·e·s de l'état général de leur fille et l'ont encouragée à entamer une thérapie psychologique. La prise en charge s'est toujours faite en ambulatoire et, de fil en aiguille, elle a pu parler de cette tentative de suicide aux professionnel·le·s et expliquer ses sentiments à sa famille. Elle a été non

---

<sup>9</sup> Tous les prénoms utilisés dans ce présent article sont fictifs.

seulement accompagnée par des psychologues et des psychiatres, mais aussi aidée par une médiatrice et une professionnelle de reiki<sup>10</sup>.

Andrea est un homme de 28 ans. Sa première tentative a eu lieu en septembre 2006, l'amenant à une première hospitalisation en milieu psychiatrique. Il y est resté sept mois. Par la suite, un suivi ambulatoire s'est mis en place, mais cela n'a pas empêché de nombreuses autres hospitalisations entre 2006 et 2015 (environ vingt en tout). Les tentatives de suicide ont également été nombreuses, parfois à l'extérieur de l'hôpital et parfois en hôpital. Andrea vit désormais de manière autonome dans son appartement et demande un séjour à l'hôpital lorsqu'il se sent dans un état de mal-être. Il est donc capable de demander de l'aide lorsqu'il en ressent le besoin. L'équipe qui l'accompagne en ambulatoire est maintenant constituée d'une ergothérapeute, d'une infirmière et d'un psychiatre.

Lors de ces quatre entretiens, des éléments individuels ont été mis en évidence par les personnes interrogées. Dans la situation de Leia, elle a pu relever que le lien avec les professionnel-le-s qui l'avaient aidée s'est rompu rapidement quand elle allait mieux. Elle a d'ailleurs eu le besoin de continuer d'être en contact et a trouvé un moyen pour y parvenir : « Je postais des lettres anonymement. [...]. J'écrivais des bouts de poèmes. Sur des super jolies cartes, à la plume. J'avais besoin d'avoir quand même un contact. Je n'allais plus chez le psy, j'avais retrouvé du job. J'avais besoin d'un fil conducteur avec eux [...] j'en écrivais quasiment toutes les semaines. [...]. Je l'ai fait trois mois comme ça. » Rompre le lien de manière douce représente une piste pour éviter de perdre le contact du jour au lendemain.

Alexa relève la pertinence de mettre en place des activités qui permettent de créer du lien social, comme c'est le cas dans l'association dont elle fait partie : « L'amitié, les occupations, du plaisir, des copains, des vrais copains, des amis. Après on va boire un verre avec des copines, après l'Anaap<sup>11</sup>. Des fois, on se retrouve le week-end. [...] C'est magnifique, c'est une deuxième famille. » Ces moments pourraient permettre de reconstruire un réseau social.

Pour finir, Adèle a amené aussi d'autres éléments comme l'importance de faire des activités extérieures pour soi : « Je m'étais beaucoup

---

<sup>10</sup> Pratique reposant sur la transmission d'énergie par l'imposition des mains.

<sup>11</sup> Association neuchâteloise d'accueil et d'action psychiatrique.

réfugiée dans le sport. Il y a une époque aussi où je faisais beaucoup de sport. Cela me permettait de ne pas penser à tout ça (en parlant de ses problèmes familiaux). J'ai eu une blessure et j'ai dû arrêter. Je n'avais plus ce moyen d'évasion. » Ainsi, certaines activités peuvent également être une aide non négligeable. Andrea et elle ont également amené l'idée de permettre aux personnes qui ne vont pas bien d'être accompagnées quotidiennement par un éducateur, une éducatrice, une infirmière ou un infirmier. Adèle l'explique en ces termes: « Peut-être que j'aurais eu besoin de quelqu'un qui m'aide dans ma vie extérieure, dans ma vie de tous les jours. Un éducateur... Quelqu'un qui m'aurait un peu aidée. » Pour Andrea, « il faudrait un infirmier attiré pour chaque personne. Quelqu'un de référence, mais quelqu'un qui soit là pour la personne tout le temps. Un infirmier personnel. » Cela leur aurait permis d'avoir une personne professionnelle sur qui compter.

Bien qu'intéressants, ces éléments n'ont pu être généralisés dans cette présente recherche, car ils ont été mentionnés individuellement. Quatre autres éléments sont néanmoins ressortis de manière constante et transversale, ce qui va être mis en évidence dans la suite de cet article.

144

## LA RELATION COMME POINT DE DÉPART POUR S'EN SORTIR

Chaque témoignage souligne l'importance de se sentir considéré·e et écouté·e dans sa souffrance. Les contacts avec les professionnel·le·s apparaissent comme cruciaux. Les enquêté·e·s espèrent trouver un soutien pour dépasser la situation qui paraît insurmontable et sortir de cette solitude pesante. Ils et elles souhaitent obtenir des conseils et que le lien se construise sur le principe de l'échange, où chacun·e investit la relation à sa manière. À nouveau, en pratique, il a parfois été compliqué de construire ce type de relation comme le relève Leia: « Ils ne disent rien [en parlant des psychiatres], tu vois qu'ils se concertent avec les yeux. Toi tu te demandes ce qu'il se passe, à quoi ils pensent. Tu as l'impression d'être un cas et ils te disent de sortir. » Adèle abonde dans le même sens: « Ils ne m'ont jamais expliqué ce qu'ils faisaient vraiment. La plupart des psys, ils te demandent de parler, ils te posent des questions et ils prennent des notes. Tu ressors et tu cogites encore plus. » De manière transversale, les enquêté·e·s ont exprimé s'être senti·e·s peu considéré·e·s dans leur souffrance.



Leia a aussi relevé l'importance que les entretiens se fassent en petit comité et ainsi, éviter que la présence de trop de professionnel·le·s donne l'impression de vivre un procès. Elle le relève en ces termes: « Au tout début, je ne prendrais pas une assemblée de cinq gars devant une pauvre fille. C'était choquant et tu as l'impression d'être au jugement dernier. » Selon elle, ces entretiens de départ ne lui ont pas permis de se confier dans la crise vécue.

Selon Andrea, les questions administratives devraient être moins présentes dans les premiers entretiens: « Je suis allé au bureau, pour des questions administratives. Ils demandent des questions administratives à quelqu'un qui est complètement à la ramasse. Il ne sait même pas comment il s'appelle, car il est sous les nerfs. Ils n'auraient pas pu demander ça à ma mère? Non, ils doivent me demander à moi... C'est pas logique, franchement. C'est pas terrible. » Il aurait eu besoin d'une discussion pour déposer ce qu'il vivait.

Les personnes questionnées souhaitent non pas subir la relation, mais la vivre sur un mode de partage. Cet investissement demande que le ou la professionnel·le montre une disponibilité dans le quotidien, ce qui favorise la construction d'une relation de proximité selon les interviewé·e·s, et ne peut se réaliser sans une attitude d'ouverture, c'est-à-dire une réceptivité de la part du ou de la professionnel·le quant aux demandes de la personne prise en charge. Selon le point de vue des enquêté·e·s, l'attitude mise en scène a un impact direct sur le genre de relation construite. Elle est à la base des rapports sociaux et va démontrer si le ou la professionnel·le est réellement disponible et prêt·e à investir la relation.

Les attitudes professionnelles adéquates ont été régulièrement abordées, notamment dans le domaine psychiatrique, et de nombreux livres existent sur ce thème, dont celui des psychologues Bioy et Maquet (2003). Ces derniers relèvent que par l'écoute, les professionnel·le·s démontrent déjà une attitude d'ouverture ou de fermeture à l'autre (2003, pp. 50-51). Ils précisent que ces derniers et dernières doivent par ailleurs accepter les patient·e·s comme ils et elles sont et ne pas les juger (2003, pp. 53-58). Ainsi, la théorie abonde dans le même sens que ce que souhaiteraient les enquêté·e·s.

Dans une technique d'intervention régulièrement enseignée dans les cantons de Neuchâtel et Vaud pour tout·e professionnel·le travaillant

auprès d'une population à risque suicidaire, une étape nécessaire de l'intervention professionnelle vise à créer un lien de confiance avec la personne prise en charge<sup>12</sup>. Ces différentes étapes se retrouvent dans le livre de Lafleur et Séguin (2008, pp. 31-38). Cette étape-ci demande des compétences professionnelles individuelles et peut être mise en lien avec l'importance de la relation décrite par les interviewé·e·s. Cela consiste à construire une relation avec le ou la bénéficiaire dans une attitude bienveillante, permettant un climat de confiance. Cette attitude est en effet relevée par les enquêté·e·s, par Leia par exemple, mentionnant que l'important c'est « d'être sympathique, d'avoir plus de tact. Je pense que la personne se confierait plus facilement. [...] Il faudrait avoir une façon plus humaniste de poser les questions. » Ainsi, le rôle d'un·e professionnel·le consiste notamment à favoriser un environnement propice aux échanges.

## L'IMPORTANCE DES ACTIVITÉS CRÉATIVES

146 Les activités artistiques sont régulièrement proposées lors d'un séjour en hôpital psychiatrique et souvent perpétuées lors des suivis ambulatoires. Les quatre personnes interrogées ont mis en évidence l'importance qu'a eu l'art dans leur rémission, notamment pour la raison suivante mise en avant par Leia : « Ça te permet de faire quelque chose. Tu ne bosses pas vraiment, mais tu as une activité dans la semaine. Ça te permet d'avoir une échéance. Ça te réorganise dans ton esprit, ça te demande une organisation. [...]. C'est un but caché. Ce n'est pas tant le bricolage qui t'aide, mais le but. Dans un mois, tu dois avoir fini ton truc ». Ces activités forment une aide non négligeable pour reprendre un rythme, une activité. Leia met en évidence que d'avoir un projet, des objectifs, permet de réorganiser ses journées en fonction de celui-ci.

Elle relève également que ces activités permettent de faire des transitions plus en douceur entre l'hôpital et le retour dans l'environnement extérieur. À l'hôpital, les journées sont chargées entre les rendez-vous et les activités. Alexa relève que les activités peuvent également faciliter les relations et permettent de s'inscrire dans un groupe d'appartenance : « Ça, ça fait du bien, d'aller un peu se promener dans le jardin. Les sorties

---

12 Voir la note 4.

cafétéria. L'ergothérapie. On fait de la poterie; ça, là, cette montre (en me montrant une montre pyrogravée), le pot, l'éléphant, la tortue. De la peinture sur soie. Il y a aussi le coin fumeur, on jouait aux cartes, ça, c'était chouette aussi.» Les activités créatives favorisent donc ce sentiment d'appartenance.

Comme évoqué par les psychiatres Perrot et Weyeneth, ces activités donnent l'opportunité de retrouver une dimension sociale (2004, p. 264). Elles peuvent former un outil considérable pour l'intervention professionnelle et valoriser les ressources des personnes en crise suicidaire; elles servent aussi à briser l'isolement dans lequel elles se retrouvent. D'ailleurs, briser cet isolement fait également partie d'une démarche essentielle que les professionnel·le·s cherchent à favoriser lors de leur intervention, car selon les enquêté·e·s, une personne suicidaire se sent souvent isolée. Lafleur et Séguin estiment à ce propos qu'inciter le ou la patient·e à briser l'isolement constitue une étape incontournable de l'intervention professionnelle (2008, pp. 31-38). En effet, le sentiment de solitude peut prendre le dessus et la personne peut se croire seule pour affronter sa souffrance. Le ou la professionnel·le peut, en plus de sa présence, mobiliser le réseau social primaire (famille, proches) pour désamorcer la crise, ce qui représente aussi un besoin exprimé par les interviewé·e·s.

147

## L'INDISPENSABLE CONSIDÉRATION DU RÉSEAU PRIMAIRE

Les enquêté·e·s ont relevé à plusieurs reprises que le fait de ne pas pouvoir avoir contact avec le réseau primaire, notamment à cause de la privation du droit de visite ainsi que l'interdiction de garder son portable lors des trois premières semaines d'hospitalisation, était très pesant. Cela a été la règle dans certaines unités hospitalières pendant l'hospitalisation de nos enquêté·e·s alors que ces derniers et dernières souhaitaient briser la solitude dans laquelle elles et ils se trouvaient. C'est du moins ce que laisse entendre Alexa: «Le fait de ne pas pouvoir avoir de visites. Ça nous manque. Ça, ils ne comprennent pas qu'on peut en avoir besoin. Pas de visite pendant trois semaines, c'est dur quoi! [...] C'est la perte de contact avec l'extérieur quand on n'a plus de visite et plus de natel.» Il reste cependant à mentionner qu'à la suite d'un échange avec Aline Schuwey, professionnelle de la psychiatrie, il nous

a été mentionné que cette pratique était anti-thérapeutique. Elle relève qu'il peut arriver de retirer provisoirement le téléphone (par exemple, dans la situation d'une personne en phase maniaque qui appelle sa famille des dizaines de fois la nuit), mais que cela n'est pas une règle. Ainsi, nous ne pouvons pas généraliser les pratiques hospitalières, en se basant sur les propos des personnes interrogées.

L'intégration du réseau familial dans la prise en charge ambulatoire a uniquement été évoquée par Adèle, ce qu'elle dit avoir beaucoup apprécié d'ailleurs. Un entourage soutenant peut apparaître – du moins *a posteriori* – comme un facteur protecteur dans la mesure où il brise l'isolement. Misson et Bellivier (2010, p. 113) notent à ce propos l'importance d'impliquer le réseau primaire, ou au moins une personne de confiance désignée par le ou la suicidant·e, pour élaborer un contrat thérapeutique (démarches, objectifs à tenir) et clarifier le rôle de l'entourage dans une telle démarche.

148

Les proches constituent le contexte social dans lequel la personne à risque suicidaire s'inscrit. L'hôpital peut représenter un espace sécurisant, comme le relève Leia dans son témoignage. Néanmoins, il y a un moment où la personne doit sortir de ce lieu et revenir dans son contexte de vie. Je formule par conséquent l'hypothèse que si des piliers solides sont construits avant la sortie de l'hôpital, la personne pourra retourner de manière plus sereine dans son contexte. Si en revanche rien n'est mis en place, j'en déduis que le risque d'une récurrence est plus grand, vu que la personne retourne dans le même contexte compliqué qu'elle ne supportait plus avant son hospitalisation.

Il reste donc essentiel que les professionnel·le·s soient attentif·ive·s à agir autant sur le contexte que sur l'individu. Aline Schuwey rappelle que « durant la prise en charge hospitalière, il est primordial d'élaborer avec la personne concernée les aspects qui ont mené à une décision de passage à l'acte ». C'est ainsi qu'il est possible d'aider la personne prise en charge à regagner un contexte sécurisant par la suite. Cette démarche de prise en compte du contexte existe donc pour les professionnel·le·s formé·e·s. De plus, en prenant en compte les propos d'Adèle et d'Andrea, parallèlement à la prise en compte du réseau et du contexte préexistant à la prise en charge en psychiatrie, la création d'un réseau secondaire professionnel pourrait être une piste pertinente. Cela se traduirait par exemple par la mise en place d'un soutien régulier d'un

travailleur ou d'une travailleuse sociale ambulatoire. La postvention n'en serait que renforcée.

## L'USAGE DES MÉDICAMENTS COMME UN MOYEN DE RUPTURE AVEC SES ÉMOTIONS

Le dernier point commun transversal à tous les entretiens concerne la médication. Aucune des personnes interrogées ne nie la nécessité dans certains cas particuliers de prendre des médicaments, mais cela ne devrait pas être systématique. Selon les interviewé·e·s, afin de calmer les patient·e·s lors des crises suicidaires, les médecins leur prescrivent d'emblée des calmants; chacun·e des enquêté·e·s s'en est vu proposer et ont eu le sentiment de devoir les prendre sans pouvoir donner leur avis. Selon Alexa, le fait de donner autant de médicaments calmants est propre aux personnes suicidaires. Lorsqu'elle y est allée pour sa problématique de bipolarité, le traitement médicamenteux a été beaucoup moins lourd.

Adèle et Leia relèvent quant à elles que les médicaments peuvent couper des émotions et ne guérir le problème qu'en surface. Adèle l'exprime ainsi: «J'étais d'abord allée chez un médecin qui voulait me donner des antidépresseurs. Je ne voulais pas me couper des émotions. Ce n'est pas pour rien si ça sort comme ça.» Leia le dit en ces termes: «J'étais complètement pétée. Quand tu fais un truc comme ça, ils te foutent la dose de médoc. Ça aussi c'est discutable. En même temps, ils t'endorment les sentiments. Dès que ça va mal, ils te foutent plein de médocs.» Selon ces deux personnes, le corps et l'esprit devraient aussi lutter. Néanmoins, avec l'administration des médicaments, cette lutte ne leur a plus semblé indispensable étant donné que leurs sentiments étaient «endormis», pour reprendre les termes de Leia. Les enquêté·e·s ont donc eu le sentiment que la médication faisait partie intégrante de la prise en charge. Toutefois, Aline Schuway explique que:

149

*«La médication représente toujours un choix. À savoir que la personne concernée ayant des vellétés à se faire disparaître, est en grande souffrance. La seule idée est de diminuer, voire éliminer cette souffrance. L'angoisse est au premier plan et c'est une médication spécifique pour diminuer l'angoisse qui sera*

*proposée dans un premier temps. Par la suite, un examen global doit être effectué puisque le risque suicidaire représente une symptomatologie liée à d'autres éléments. Un traitement médicamenteux ne devrait pas être la seule alternative, mais utilisé en synergie avec d'autres approches, telles que des entretiens psychothérapeutiques individuels ou, et, de groupe, des thérapies psychocorporelles voire d'autres.»*

150 Ainsi, je ne peux que relever un écart entre le fonctionnement actuel du Centre neuchâtelois de psychiatrie, mentionné par Aline Schuwey, et le ressenti des personnes interrogées. Reste à se demander si cela peut être mis en lien avec la capacité de discernement de la personne lorsqu'elle se trouve dans un état de crise? En d'autres termes, je peux imaginer que lors d'une crise, l'important est de réduire la souffrance, mais qu'il n'est pas possible dans cet état de réfléchir aux conséquences de la prise de médicaments. Avec le recul, Andrea et Leia mettent en évidence que ce genre de médication risque d'engendrer une dépendance. Leia l'exprime en ces termes: «Tous les médocs que je bouffais... C'était presque routinier. Tous les après-midis, j'allais chercher ma réserve comme une tox. Alors que je n'en avais pas vraiment besoin.» Leia dit avoir pu se désaccoutumer de la dépendance, mais le sevrage s'est fait sur une longue période, par un processus de diminution des doses. Quant à Andrea, il souligne le point suivant: «Ça a été la plus grande erreur de ma vie: prendre des médicaments. Parce qu'aujourd'hui, je ne peux pas m'en libérer. J'espère m'en libérer un jour. Du coup, c'est... J'étais en réelle détresse à l'époque.» Il a donc pu exprimer que sa dépendance était encore bien réelle et fait un lien entre son état de détresse de l'époque et l'acceptation de cette prise de médicaments. Toujours selon Aline Schuwey, l'approche pharmacologique permet de traiter les symptômes, mais un travail tout aussi important vise à traiter les causes. D'autres thérapies peuvent donc être une piste d'intervention pour cela.

Comme déjà mentionné, une des enquêtée·s a eu l'occasion de recourir aux médecines alternatives, plus précisément au reiki, ce qui l'a beaucoup aidée. Selon Aline Schuwey, la médecine alternative « est reconnue comme étant moins agressive et parfois plus efficace que la médecine conventionnelle ». Elle précise qu'elle est plus fréquemment proposée et utilisée lors d'une prise en charge ambulatoire, notamment

au vu des hospitalisations de courtes durées. À savoir, les professionnel·le·s du Centre neuchâtelois de psychiatrie sont sensibles à ce que les médecines proposées soient remboursées par la caisse maladie obligatoire, afin d'éviter des conséquences négatives sur la situation sociale de la personne prise en charge. Les médecines alternatives représentent une intervention efficace. Il serait ainsi intéressant de développer les prestations de la caisse obligatoire des soins, dans l'idée de pouvoir proposer une offre diversifiée à la personne prise en charge.

## PRISE EN CHARGE PROFESSIONNELLE TENANT COMPTE DES BESOINS MIS EN ÉVIDENCE

Avec un regard rétrospectif, je peux maintenant relever que les personnes interrogées auraient eu d'autres idées pour leur prise en charge à l'hôpital. Ces idées sont d'ailleurs pour la plupart signalées dans les techniques théoriques pour intervenir auprès de personnes à risque suicidaire, mais n'ont pas été pratiquées comme telles auprès de notre population interrogée. Quant à l'ambulatorio, pour beaucoup, il a été très bénéfique et peu de critiques négatives ont été formulées quant à cette prise en charge extérieure.

151

Concernant les témoignages sur la prise en charge des bénéficiaires en crise suicidaire, je peux dire que la relation entre aidant·e et bénéficiaire demeure un point central pour qu'une action professionnelle puisse être efficace. Cela est mentionné tant du point de vue théorique que de celui des personnes concernées au travers des différents témoignages récoltés. Pourtant, un grand travail de mise en pratique de ces techniques reste à accomplir. Comme indiqué précédemment, à l'hôpital, les personnes ayant été prises en charge par les professionnel·le·s témoignent d'attitudes inadaptées. Sans pouvoir confronter ici les points de vue, et sachant que mes propos ne portent pas sur le discours de ces mêmes professionnel·le·s, je souhaite simplement souligner le fait que chaque professionnel·le doit rester attentif·ive aux besoins que peuvent exprimer les bénéficiaires, et peut-être explorer encore plus en détail, à la fois sur le court et le long terme, la façon dont ces derniers et dernières apprécient ces prises en charge.

La question de l'implication du réseau primaire de la personne dans sa prise en charge apparaît aussi comme importante. En effet, mettre à

profit les proches pour soutenir la personne s'avère être un point relevé en théorie, notamment par Misson et Bellivier (2010), mais à nouveau peu pratiqué auprès des enquêté·e·s de cette recherche. La théorie regroupe donc beaucoup de points essentiels pour mener à bien une action professionnelle, reste à agir sur le contexte réel pour que les méthodes soient appliquées.

Concernant les activités créatives, une évaluation très positive en a été faite. Il est donc positif de maintenir ce qui existe déjà, voire de le développer par l'engagement d'autres professionnel·le·s des arts. Cette idée peut être liée à celle de réduire la médication. Une des pistes pourrait être de soutenir encore plus fortement les pratiques artistiques, qui représenteraient une alternative à la médication dans certains cas.

Comme déjà mentionné, les professionnel·le·s du social peuvent être amené·e·s à intervenir auprès des personnes à risque suicidaire. Deux des personnes interrogées ont d'ailleurs proposé, comme piste d'amélioration de la prise en charge, que du personnel les accompagne au quotidien. Les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux ambulatoires pourraient assumer un tel travail. Toutefois, il conviendrait de former chacun·e de ces professionnel·le·s, afin d'acquérir des méthodes d'analyse et d'intervention efficaces. Cet article espère y contribuer, en informant les lectrices et lecteurs des besoins exprimés par certaines personnes ayant traversé une crise suicidaire.

En résumé, une prise en charge adéquate de la personne ayant commis une tentative de suicide, tenant compte des éléments susmentionnés, permet de prévenir le décès par suicide et constitue un facteur de prévention non négligeable. La nécessité de se former et d'améliorer les formations par le biais de la recherche, pour pouvoir prendre en charge au mieux les personnes à risque suicidaire, demeure un point crucial dans les professions sociales et médicales, car des vies sont en jeu.



# 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](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](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. Pennek (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<sup>e</sup> 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](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.

Niederkrötenhaler, 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.

Niewiadomski, 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](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](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

## LUDIVINE BARTHÉLÉMY

341

Ludivine Barthélémy s'est tout d'abord formée en tant qu'éducatrice sociale. Elle a exercé ce métier durant cinq ans au sein d'une structure qui accueille des personnes sans domicile. Tout en accomplissant des études dans la recherche et la gestion de projet (Master of Arts HES-SO en Travail social), elle est devenue responsable de cette structure, manageant ainsi une équipe pluridisciplinaire de 13 personnes. En partenariat avec une autre collègue, Ludivine a pu mettre en place – et évaluer – depuis 2016, un nouveau dispositif neuchâtelois visant la réinsertion par le logement d'adultes en difficultés sociales, projet ambitieux qui a permis à de nombreux bénéficiaires de retrouver un logement.

[ludivinebarthelemy@hotmail.com](mailto:ludivinebarthelemy@hotmail.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