

CHAPITRE VI

LE SUICIDE DE L'ENFANT. ENTRE CONCEPTION DE LA MORT ET PASSAGE À L'ACTE

Mélanie Piñon

Pages 153-170 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 : 10.26039/3rbm-cj03

Licence : CC BY-NC-ND

TABLE DES MATIÈRES

	TROISIÈME PARTIE. AUTOUR DU SUICIDE ET DE LA CRISE.....	131
VI....	Mélanie Piñon	
	LE SUICIDE DE L'ENFANT.	
	ENTRE CONCEPTION DE LA MORT ET PASSAGE À L'ACTE.....	153
	APPRÉHENDER LE SUICIDE DE L'ENFANT	154
	La pédopsychiatrie romande	154
	La littérature sur le suicide	155
	COMPRENDRE LA MORT CHEZ L'ENFANT AVANT D'AGIR	158
	La conception de la mort chez l'enfant	158
	Idéation suicidaire et suicide de l'enfant	159
	Passage à l'acte suicidaire chez l'enfant	160
	Prévention, communication et recommandations	161
	QUELLES PISTES INVESTIGUER POUR AGIR ?	162
	Le niveau d'impulsivité dans le suicide de l'enfant	163
	L'influence des médias sur la conception de la mort par l'enfant	164
	Les risques et bénéfices d'une prévention spécifique	165
	LE SUICIDE DE L'ENFANT, UNE RÉALITÉ PEU CONNUE	167
.....	BIBLIOGRAPHIE.....	325
.....	PRÉSENTATION DES AUTEUR-E-S.....	341

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.

LE SUICIDE DE L'ENFANT. ENTRE CONCEPTION DE LA MORT ET PASSAGE À L'ACTE

MÉLANIE PIÑON

Cet article traite d'un thème largement passé sous silence dans notre société: le suicide et plus particulièrement le suicide de l'enfant, âgé-e entre 5 et 11 ans. Cette réalité est très peu abordée tant dans le quotidien que dans la littérature. Pourtant, selon la pédopsychiatre Marie-Aude Gimenez (2011), 3,8 % des décès chez les 5 à 12 ans en France sont dus à un suicide, ce qui en fait une question se situant au croisement des connaissances du domaine social, de la pédopsychiatrie et de la sociologie. Cette problématique revêt ainsi un intérêt en termes d'inter- et de pluridisciplinarité.

Plusieurs interrogations sont à l'origine de cette recherche: comment peut-on expliquer l'acte suicidaire chez l'enfant alors qu'il ou elle n'a pas encore intégré le concept de finitude? Comment se crée la pensée suicidaire chez l'enfant? De quelle manière se suicide-t-on quand on est enfant? Quels axes de prévention faut-il préconiser pour le suicide de l'enfant? Afin de répondre à ces questions, j'ai mené des entretiens avec trois experts pédopsychiatres et une psychologue pour saisir leurs conceptions de la mort chez l'enfant et en interpréter les conséquences en termes d'intervention professionnelle. Mon hypothèse repose sur le principe selon lequel une connaissance précise des processus intrapsychiques de la conception de l'idée de mort et du suicide chez l'enfant

permet une meilleure appréhension de ce problème de santé publique ainsi qu'une prévention plus efficace.

APPRÉHENDER LE SUICIDE DE L'ENFANT

Afin de comprendre au mieux le suicide de l'enfant et le cadre de cette recherche, je vais, dans un premier temps, décrire le contexte pédopsychiatrique suisse romand puis, à travers un bref état de la littérature, définir et approfondir certains concepts nécessaires à la compréhension du processus suicidaire chez l'enfant.

LA PÉDOPSYCHIATRIE ROMANDE

154

La pédopsychiatrie en Suisse romande est principalement répartie sur trois réseaux : celui du Centre hospitalier vaudois (CHUV) avec le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), celui des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) par le Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA) et les pédopsychiatres privé·e·s. Le SUPEA du CHUV regroupe des consultations ambulatoires, des lieux d'hospitalisation, la pédopsychiatrie de liaison, des centres de jour ou du soir et une unité spécialisée. Leur offre est proposée à des patient·e·s âgé·e·s de 0 à 18 ans, ainsi qu'à leur famille. Ce service assure le suivi et le diagnostic d'enfants, adolescents et familles dans tout le canton de Vaud.

Le SPEA, à Genève, a été fondé en 1973 et développé, historiquement, par le psychiatre Julián de Ajuriaguerra qui a mis en place un centre de psychiatrie de l'enfant en lien avec la neurologie, la psychologie génétique et développementale, la neuropsychologie et la pratique de la psychanalyse. En 1978, plusieurs annexes à ce centre ont été créées. Tout d'abord, la guidance infantile, puis une unité de pédopsychiatrie hospitalière ainsi qu'un jardin d'enfants thérapeutique. En 1996, le médecin-psychiatre François Ladame a considérablement développé le réseau de pédopsychiatrie en créant l'unité de crise, aujourd'hui nommée Malatavie, qui accueille des adolescent·e·s suicidant·e·s, ainsi que le centre de prévention du suicide (CEPS) en partenariat avec la fondation Children Action. En 1999, toutes ces structures ont été regroupées au sein du Service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent (SPEA).

Dès 2002, a suivi la création de plusieurs unités et centres : le Salève, le Centre de traitement ambulatoire intensif (CTAI), la Consultation multidisciplinaire du psychodéveloppement et enfin les lits d'hospitalisation, un hôpital de jour et l'Unité ambulatoire périhospitalière (UAPH).

En 2019, la Suisse romande possède donc un large réseau pédopsychiatrique qui permet l'accès à des soins de qualité pour les enfants, adolescent·e·s et familles nécessitant une prise en charge. C'est dans le cadre de ce réseau et plus spécifiquement celui s'occupant des enfants âgés de 5 à 11 ans ayant commis un passage à l'acte suicidaire que s'est déroulée mon étude. L'âge de 5 ans a été déterminé à partir de la littérature qui relève l'âge du premier suicide ayant été dénommé comme tel (Berthod & al., 2013). La limite supérieure de 11 ans a été déterminée en raison du fait qu'au-delà de cet âge, les enfants suicidant·e·s adoptent un comportement approchant celui des adolescent·e·s (Berthod & al., 2013).

LA LITTÉRATURE SUR LE SUICIDE

155

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016), le suicide correspond à « l'acte de mettre fin à ses jours »¹. Le document *Conduites suicidaires*² (2016) précise pour sa part que le ou la suicidaire « est le sujet qui risque d'attenter à sa propre vie » alors que le ou la suicidé·e est « une personne décédée par suicide » ; le ou la suicidant·e « est celui qui commet une tentative de suicide, ou qui s'est manifesté par un comportement auto-agressif à finalité plus ou moins suicidaire ». Sur un plan définitionnel, il importe d'ajouter que la tentative de suicide est « un comportement que l'individu a entrepris avec une certaine intention de mourir » (American Psychiatric Association, 2015, p. 941) et que les idéations suicidaires dénotent le fait d'avoir des pensées visant à se donner la mort. Enfin, la crise suicidaire est une « souffrance psychique dont le risque majeur est le suicide à plus ou moins 48h. C'est un processus multifactoriel réversible » (Terra, 2013). Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM-5, dans sa dernière

1 Référence issue du site de l'OMS : <https://www.who.int/topics/suicide/fr/> (consulté le 16 janvier 2019).

2 Référence issue du site de Conduites suicidaires : <https://www.conduites-suicidaires.com/le-suicide/definitions/> (consulté le 16 janvier 2019).

version en français, a encore inclus « le trouble conduite suicidaire » (American Psychiatric Association, 2015, p. 940), ce dernier étant défini par cinq critères et deux spécificités³.

Ces définitions permettent de poser un cadre clair à la question du suicide. Toutefois, pour traiter les spécificités du suicide de l'enfant, il convient d'explicitier auparavant la conception de la mort par l'enfant et sa compréhension de celle-ci. Plusieurs auteur·e·s se sont intéressé·e·s à cette thématique, à l'instar de la psychanalyste Ginette Raimbault dans son ouvrage paru en 2011 *L'enfant et la mort* ou encore de la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto (1976) dans *Lorsque l'enfant paraît*. Dans ce dernier ouvrage, sans prétendre donner des leçons aux parents, Françoise Dolto s'exprime sur les thématiques qui peuvent toucher les enfants, dont celle de la mort. Elle met en avant qu'il faut répondre de manière concrète aux questions des enfants et adapter le discours en fonction de leur âge.

Le neuropsychiatre et ethnologue Boris Cyrulnik évoque quant à lui la conception de la mort par l'enfant. Il soutient que « l'idée de la mort est un processus qui se construit graduellement dans l'âme d'un enfant » (2011, p. 30). Il poursuit : « Le développement neuropsychologique du petit le fait vivre dans un monde contextuel immédiat. Il ne peut pas encore se représenter un ailleurs lointain dans le temps et dans l'espace. » Par conséquent, l'idée de mort irréversible ne peut encore être acquise avant l'âge de 6-8 ans. C'est durant cette période que « le mot "mort" devient "adulte" » (2011, p. 30), selon le « contexte familial et culturel » (2011, p. 30). Et Boris Cyrulnik de conclure sur ce point : « La signification que l'enfant attribue à la mort résulte d'une transaction entre la manière dont il s'est développé et le théâtre de la mort mis en scène par sa culture » (2011, p. 31). On remarque ici que malgré une composante d'âge, l'enfant peut être amené plus ou moins tard à intégrer le concept de mort.

³ Les cinq critères sont définis comme suit : A) Au cours des vingt-quatre derniers mois, le sujet a fait une tentative de suicide. B) L'acte ne satisfait pas aux critères des lésions auto-infligées non suicidaires. C) Le diagnostic ne s'applique pas aux idéations suicidaires ni aux actes préparatoires. D) L'acte n'a pas été initié au cours d'un état confusional ou d'un délirium. E) L'acte n'a pas été entrepris uniquement dans un but politique ou religieux. Les deux spécificités sont : 1) Actuel : moins de douze mois depuis la dernière tentative. 2) En rémission précoce : douze à vingt-quatre mois depuis la dernière tentative.

Selon Hélène Romano, le concept de la mort avec sa composante d'irréversibilité « s'élaborerait progressivement avec le niveau de développement » (2007, p. 95). Mais cette psychologue ne s'accorde pas sur le fait de déterminer des catégories strictes d'âge pour cette élaboration. Il y aurait, d'après elle, « deux périodes charnières dans la compréhension de la mort et les capacités de l'enfant à réagir à une perte: avant 6 ans et au-delà de 6 ans » (2007, p. 95). Suivant cette perspective, il convient non seulement de prendre en considération une composante développementale dans le processus de conception de l'idée de mort, mais également des composantes sociales et culturelles.

La question du suicide de l'enfant en tant que telle reste toutefois peu traitée, et cela à différents niveaux: études de la suicidologie, causes, et prévention. Dans son *Étude sur le suicide des enfants* parue en 1854, le médecin Maxime Durand-Fardel constatait déjà que « l'idée de suicide est si peu compatible avec celle de l'enfance, qu'on se résigne difficilement à voir, dans leur rapprochement, autre chose qu'une monstrueuse exception » (1854, p. 68). Il semble pourtant admis désormais que ce phénomène constitue les 3,8 % des décès chez les 5-12 ans en France, même si cette réalité reste fort peu étudiée et méconnue (Gimenez, 2011). Il est encore avancé que les idéations suicidaires et les passages à l'acte chez l'enfant surviennent de plus en plus tôt (Romano, 2015). En Suisse, il n'existe pas, à ce jour, de recensement officiel concernant le nombre de suicides chez l'enfant ni d'études spécifiques.

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5) n'évoque que peu le suicide de l'enfant. Il précise simplement qu'« une conduite suicidaire peut survenir à tout moment au cours de la vie, mais elle est rarement constatée chez les enfants de moins de 5 ans. Chez les enfants prépubères, le comportement consistera souvent en un comportement qu'un parent a interdit à cause du risque d'accident » (American Psychiatric Association, 2015, pp. 941-942). Enfin, certain·e·s auteurs·es soutiennent que le passage à l'acte suicidaire peut exister chez l'enfant avant même que la compréhension de la mort ne soit intégrée (Petot, 2004a, 2004b, 2005; Delamare, 2007). Il est par ailleurs considéré que le suicide de l'enfant représente un problème important de par sa méconnaissance: « Le problème du suicide chez les enfants semble méconnu et sous-estimé dans la population, mais aussi chez le personnel scolaire et les intervenants psychosociaux. »

(Gallagher & Daigle, 2008, p. 98). L'importance d'une amélioration des connaissances de cette problématique, mais également des interventions apparaît dès lors primordiale.

COMPRENDRE LA MORT CHEZ L'ENFANT AVANT D'AGIR

Afin de se faire une idée de ce degré de connaissance, j'ai souhaité aller à la rencontre des professionnel·le·s susceptibles d'intervenir en première ligne sur cette thématique. J'ai construit un canevas d'entretien sur la base de la littérature existante et présentée ci-dessus. Ce canevas a été utilisé dans le cadre d'entretiens semi-directifs auprès d'expert·e·s pédopsychiatres. Ces derniers et dernières ont été recruté·e·s par email. Douze sollicitations ont été effectuées, et quatre expert·e·s ont répondu favorablement. Les expert·e·s interrogé·e·s étaient trois pédopsychiatres romands (Gabriel, Julien et Nicolas) et une psychologue spécialisée (Marie) dans le suicide des mineur·e·s. Ils et elles sont éminemment reconnu·e·s pour leur expertise dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant.

158

Les entretiens se sont déroulés entre août et octobre 2016 en Suisse romande sur les lieux d'exercice professionnel des expert·e·s. Chaque entretien a eu une durée approximative de trente minutes. Trois entretiens ont porté sur l'intégralité du canevas composé de cinq parties : idée de mort et conception de la mort chez l'enfant ; idéation suicidaire et suicide à l'enfance ; passage à l'acte chez l'enfant ; suicidabilité et suicidologie chez l'enfant ; prévention, communication et recommandations. Un entretien n'a, lui, porté que sur la partie prévention, communication et recommandations, la psychologue de ce quatrième entretien étant experte de la question de la prévention du suicide. Ci-dessous sont décrits, analysés et mis en lien les propos des quatre professionnel·le·s rencontré·e·s sur les thématiques précédemment citées.

LA CONCEPTION DE LA MORT CHEZ L'ENFANT

Traitant de la conception de la mort chez l'enfant, les avis des trois experts pédopsychiatres se sont recoupés autour du fait que l'enfant « n'a pas une représentation claire de la mort » (Gabriel). Toutefois, certains éléments plus spécifiques ont été nommés. En effet, l'idée de mort « est variable pour chaque enfant en fonction de son développement

[...] et articulé aussi avec tout le corpus social, c'est la manière dont la société vit et représente la mort » (Julien). Dès lors, en fonction du contexte, l'approche de la mort et sa conception par l'enfant peut être très différente, mais aussi en fonction du stade de son développement, c'est-à-dire de son âge : « Autour de 8 ans – relève Gabriel – il y a quelque chose qui est quand même un peu plus proche des définitions habituelles. » Le contexte est également déterminé « à partir de ce qu'il [l'enfant] a vécu. » (Gabriel). L'enfant, en fonction de ses expériences, de son environnement et entourage fera évoluer sa conception de la mort. Effectivement, il ne faut pas oublier le fait que la mort est « une construction sociale » (Gabriel). Toutefois, il faut garder à l'esprit qu'elle reste « irréprésentable » pour « tout sujet » (Nicolas).

Nicolas émet l'hypothèse que les enfants puissent « être plus ouverts à imaginer la mort à cause de la crainte qu'ils peuvent avoir de la mort, de la crainte suite à la mort de quelqu'un ». Il affirme aussi que les enfants ont probablement une idée de la mort qui leur est propre, mais que cela pose un problème aux adultes en raison de leurs propres représentations et du fait que parfois eux et elles-mêmes cachent la vérité aux enfants sur cette thématique. Il est encore possible que cette idée soit issue de projections adultes sur l'enfant à partir de l'image qu'ils et elles ont de l'enfance (Nicolas). Julien note pour sa part l'évolution de la conception de la mort chez les enfants avec la société actuelle et la surreprésentation de la mort à travers « la télévision, par la violence ou les feuilletons ». Ces différents éléments viennent complexifier la représentation et la conception de la mort par l'enfant comme, par exemple, dans les jeux vidéo où l'« on peut avoir plusieurs vies » selon Gabriel.

IDÉATION SUICIDAIRE ET SUICIDE DE L'ENFANT

Les avis des trois experts sont plus divergents sur la question de l'idéation suicidaire, à l'exception du principe selon lequel le suicide de l'enfant ne saurait être réglé à travers la composante de l'intentionnalité. Puisqu'il manque d'éléments pour concevoir la mort, l'enfant n'aurait pas encore les facultés permettant l'intentionnalité de ses actes. Nicolas estime ainsi que les termes idéation et pensée suicidaire ne sont pas adaptés pour parler du suicide de l'enfant. Pour lui, il s'agirait « d'un passage à l'acte, donc finalement un franchissement ». Il faudrait modifier

l'approche de l'impulsivité, poursuit-il, en considérant la possibilité selon laquelle « des caractéristiques biologiques d'un seuil d'impulsivité plus bas » pourraient peut-être être une explication du suicide de l'enfant. Dans tous les cas, le suicide de l'enfant représente « une antinomie entre l'acte et la pensée ».

Gabriel note pour sa part qu'une représentation claire de la mort n'est pas nécessaire pour se suicider : « On peut mourir sans avoir une représentation de la mort. » Concernant l'impulsivité dans le suicide, il en déduit que les enfants « sont pris par quelque chose qui les déborde et font des suicides impulsifs ou quasi impulsifs ». Julien soutient, en revanche, un autre discours. Il considère l'impossibilité du suicide chez l'enfant en raison du manque de représentation de la mort : « Vu que là il n'y a pas une représentation de la mort c'est compliqué qu'il y ait un suicide. » Toutefois, selon lui, l'enfant pourrait présenter des idéations suicidaires même s'il n'y a pas de suicide envisageable.

PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE CHEZ L'ENFANT

160

Gabriel estime que le passage à l'acte peut être mis en place comme réponse « à une situation d'impasse », « le suicide comme une solution ». L'objectif étant de « résoudre une tension, des angoisses ». Nicolas envisage cela comme « un court-circuit par rapport à la pensée et par rapport à l'acte ». Il y a, selon ce dernier, « finalement dans l'acte, le passage à l'acte suicidaire, l'idée d'être enfin ». Il distingue également le fait qu'il y a « deux types de passage à l'acte, deux types d'agir suicidaire » : l'*acting out* et le passage à l'acte en tant que tel. L'*acting out* est une réponse à des angoisses trop fortes : « C'est une histoire sans parole qui convoque l'autre, qui convoque ses spectateurs. »

Le passage à l'acte est quant à lui un « franchissement, c'est presque se donner naissance ». Il y aurait donc, argumente Nicolas, « un côté *acting out* qui a un sens, qui est une demande, peut-être à l'insu même du sujet et, un autre, qui est un truc beaucoup plus fondamental, existentiel d'un franchissement pour se donner une nouvelle naissance, tragique parce que c'est vers la mort qu'elle aura lieu. » Gabriel constate également cette différence en distinguant les angoisses qui peuvent mener à l'*acting out* et le passage à l'acte qui peut être mis en place pour avoir un « sentiment d'exister ».

PRÉVENTION, COMMUNICATION ET RECOMMANDATIONS

Concernant la prévention et la communication, plusieurs éléments sont avancés par les expert·e·s. Gabriel met en avant l'importance « d'une bonne information des professionnel·le·s qui s'occupent des enfants ». Il relève l'importance de la prévention « au moment de la petite enfance ». Il faut cibler les professionnel·le·s en contact avec les enfants et mettre en place des éléments de prévention et de communication, mais surtout de détection de la souffrance des enfants. Il note à ce propos – tout comme Julien – qu'il y a souvent « une difficulté à reconnaître la souffrance des enfants ». De plus, afin d'avoir un effet efficace de la prévention, il convient de se situer dans l'environnement de l'enfant et de promouvoir les éléments positifs de ce même environnement.

L'intérêt du travail en réseau est essentiel aux yeux des expert·e·s. Un développement des connaissances et une communication interdisciplinaire est indispensable pour la bonne prise en charge et la détection. Pour Nicolas, il est de « la responsabilité des professionnel·le·s d'arriver à être à l'écoute des enfants tels qu'ils sont » et non de la projection d'une enfance idéalisée que l'on peut avoir comme adultes. Il faut, selon lui, « bien distinguer la projection d'une enfance idéalisée, de l'enfant pulsionnel qui peut être habité par la mort ». Marie, psychologue, insiste, elle aussi, sur l'importance du réseau et de la collaboration interdisciplinaire: « On voit dans la prévention, l'importance de travailler très en lien les uns avec les autres, avec les enseignants, avec les différents professionnel·le·s [...] ». Toutefois, il est nécessaire d'avoir « un langage commun pour pouvoir communiquer » entre professionnel·le·s; la collaboration représenterait « un contenant des contenus ».

Marie met par ailleurs en avant l'importance, dans cette tranche d'âge, de parler de la vie avant tout, « c'est-à-dire des conditions pour le bien-vivre, pour avoir le droit, c'est l'idée de promouvoir des bonnes conditions de vie et que quand on est face à des difficultés on peut en parler » et de donner « l'indication de vers qui l'enfant peut se tourner en cas de besoin ». Pour ce faire, il convient d'être attentif et attentive dans la prévention du suicide de l'enfant au vocabulaire. Effectivement, les termes n'ont pas toujours la même teneur que chez les adultes. Lorsqu'ils et elles jouent à des jeux vidéo, les enfants peuvent dire « je me suicide », « tu te suicides ». Comme le note Marie, les enfants ont

« une espèce de vocabulaire dont on ne connaît pas la teneur » si bien que, à suivre encore Nicolas, nous avons peut-être « une vision de l'enfance qui ne fonctionne pas. [...] L'enfant s'interroge même de manière plus ouverte que l'adulte ».

Sur la prévention auprès des enfants eux-mêmes, les avis des expert·e·s divergent quelque peu. Pour certain·e·s, la prévention primaire pourrait entraîner un effet Werther⁴, comme le pense Julien : « On sait que ça entraîne des épidémies et donc il faut être très prudent. » Marie, elle, note, dans la prévention universelle, qu'il faut « être attentif à la manière dont on formule les mesures de prévention parce que c'est là qu'il y a des risques de contagion qui s'appellent l'effet Werther ». Nicolas, en rapport à cet effet, est plus sceptique : certaines études montrent que « si on parle du suicide, il y aurait plus de risques. Mais moi j'ai vu les mêmes études relues [...] où il était dit que c'était de fausses interprétations statistiques ».

162

Toutes et tous sont néanmoins d'avis que la prévention secondaire est primordiale, en se rendant par exemple disponible par la ligne téléphonique. Une des limites tient dans le fait que certaines ressources sont plus accessibles aux adolescent·e·s qu'aux enfants qui « sont très seul·e·s avec cette question » (Nicolas). Marie relève également qu'avec « la prévention de manière générale », on constate « une baisse des taux de suicide dans le monde ». Lors de prévention directe, auprès d'enfants, il faudrait donc mettre, non seulement, en avant les éléments de vie plutôt que la mort, mais également apprendre aux petit·e·s à s'adresser aux autres quand cela ne va pas et aussi à reconnaître la souffrance chez leurs pair·e·s. De plus, lors d'interventions auprès des enfants, il faudrait, selon Marie, le « faire en présence d'une personne qui connaît le groupe. C'est-à-dire qui va être attentive à l'après-coup [...] » pour favoriser la détection de situations problématiques.

QUELLES PISTES INVESTIGUER POUR AGIR ?

Sur la base de ces différents avis, je présente dans cette partie des voies d'interprétation qui ont émergé et méritent, à mon sens, d'être quelque

4 L'effet Werther suppose qu'il y aurait une contagion épidémique liée à la médiatisation d'un suicide.

peu approfondies, en retournant notamment vers certaines approches théoriques pour les mettre en perspective: la place du niveau d'impulsivité dans le suicide de l'enfant; l'influence des médias sur la conception de la mort par l'enfant; les risques et bénéfices de la prévention spécifique au suicide de l'enfant.

LE NIVEAU D'IMPULSIVITÉ DANS LE SUICIDE DE L'ENFANT

Une des pistes d'interprétation issue de l'analyse des entretiens est que le passage à l'acte suicidaire chez l'enfant pourrait provenir d'un seuil d'impulsivité plus bas, et qui augmenterait avec le développement psychique et biologique. À ce propos, le DSM-5 spécifie que dans la tentative de suicide, «une dimension supplémentaire comprend le degré de préparation par opposition à l'impulsivité de la tentative» (American Psychiatric Association, 2015, p. 940). L'impulsivité est au cœur de nombreuses études neuroscientifiques et neurobiologiques actuelles (Kalenscher, Ohmann & Güntürkün, 2006; Courtet, Guillaume, Jollant, Castelnau & Malafosse, 2008). Assimilée désormais à un concept multidimensionnel, l'équipe de chercheurs en psychiatrie dirigée par Frédéric Moeller donne la définition suivante de l'impulsivité: c'est une «prédisposition à des réactions rapides, non planifiées en réaction à des stimuli internes ou externes, avec un manque de considération des conséquences négatives» (2001, cité par Le Grand, 2015, p. 68).

Baptiste Le Grand, docteur en médecine, note toutefois «l'absence de consensus quant aux dimensions de l'impulsivité» (2015, p. 69) dans les débats résultant des nouveaux apports neuroscientifiques qui mettent en lien des caractéristiques neurobiologiques, neurocognitives et psychologiques. Cette impulsivité serait garante de la prise de décision qui deviendrait, avec le développement et l'avancée en âge, de moins en moins irréfléchie. Je n'ai cependant pas trouvé, malgré une large revue de la littérature sur cette thématique, d'article faisant référence aux enfants, au seuil d'impulsivité et au suicide de manière détaillée. Un élément peut être relevé dans l'article «Penser l'impensable: le suicide des enfants» de Christine Fawer Caputo, professeure en sciences humaines et sociales, qui fait remarquer que «l'impulsivité qui réside fréquemment derrière ces passages à l'acte rend la détection et la prévention particulièrement difficiles» (2015, p. 1). On constate

dès lors la nécessité qu'il y aurait à pouvoir s'intéresser et évaluer le seuil d'impulsivité chez des enfants présentant un risque suicidaire et ainsi mettre en évidence une potentielle corrélation entre les deux.

Des échelles de mesure de l'impulsivité, comme l'échelle de Barratt (Moeller & al., 2001), existent toutefois ; elles sont évolutives avec l'âge et sont testées le plus souvent chez les adultes : peut-être faudrait-il les adapter à une population plus jeune ? Il est probable en effet qu'un seuil d'impulsivité plus bas chez l'enfant puisse expliquer une prise de décision impulsive vers un passage à l'acte suicidaire. L'enfant, dans son développement, ayant une régulation et des mécanismes d'inhibition moins développés, pourrait passer à l'acte de manière bien plus impulsive. De plus, l'absence de la notion d'irréversibilité de la mort pourrait également participer à ce processus.

L'INFLUENCE DES MÉDIAS SUR LA CONCEPTION DE LA MORT PAR L'ENFANT

164

Les quatre participant·e·s aux entretiens ont pointé l'importance de l'évolution des médias, des films et des jeux vidéo à la fois dans la conception de la mort et du suicide par l'enfant et dans l'usage du vocabulaire. Dans son livre *Dialogue avec les enfants sur la vie et la mort*, Daniel Oppenheim (2000), psychiatre et psychanalyste, rapporte le récit de Jeanne, 12 ans, et de ses parents face à une scène de mort vue au cinéma. La petite fille en est bouleversée : les parents s'interrogent alors avec elle sur la question de la mort. Faut-il affronter ces images ou les cacher ? Il y a pour l'enfant qui voit ces images une ambivalence, une envie de voir mêlée à de l'effroi et à de la peur de les affronter : « Voir est souvent la condition de savoir, d'un savoir non abstrait, qui se protégerait peut-être un peu plus des erreurs d'appréciation et de jugement » (Oppenheim, 2000, p. 35).

La curiosité de voir les choses par soi-même pourrait permettre de s'en forger une propre idée sans toutes les projections et vécus adultes, poursuit Daniel Oppenheim : « Ne croyant pas à notre propre mort, nous avons besoin de contrebalancer cet aveuglement, de nous en confirmer la réalité [...] » (2000, p. 35). Cependant, les représentations sur la mort et l'omniprésence de cette dernière dans les médias rendent cette vision parfois difficile à comprendre et à interpréter par les enfants : « La difficulté actuelle des enfants face à la mort vient, peut-

être, pour une part de l'omniprésence des représentations qui en sont données, auxquelles il est impossible d'échapper et qui sont, de façon quasi exclusive de l'ordre de l'image » (2000, p. 36).

Pour les parents, il importerait par conséquent d'être présent·e·s et d'aider les enfants à formuler, avec leurs propres mots et représentations, ce que ces derniers interrogent, voient et comprennent de la mort. C'est ainsi que les enfants, à suivre Oppenheim, « forment, éduquent leurs parents au travers des questions les plus graves comme les plus quotidiennes qu'ils leur posent » (2000, p. 39). L'influence médiatique représente finalement un élément essentiel de la compréhension de la mort et de sa représentation chez l'enfant.

LES RISQUES ET BÉNÉFICES D'UNE PRÉVENTION SPÉCIFIQUE

Le concept d'« effet Werther » provient d'un ouvrage de Goethe (1773), *Les souffrances du jeune Werther*, publié en 1774, dont le protagoniste se suicide. Cet ouvrage a rapidement été interdit en raison du nombre élevé de suicides survenus après sa parution. L'« effet Werther » suppose un lien de causalité entre des cas, résultant en une suite épidémique de suicides, en réponse à la médiatisation d'un suicide en particulier. Cet effet comporte une idée de contagion suicidaire. S'appuyant sur ce principe, documenté dans diverses études (Pynoos & Nader, 1991; Schmit & Falissard, 2007), plusieurs auteur·e·s s'accordent sur le fait d'être prudent·e lors de la prévention primaire (Olliac, 2013). Nicolas, l'un des pédopsychiatres que j'ai rencontrés, demeure toutefois réservé sur ce point. Il mentionne d'autres travaux allant dans une direction contraire, à l'instar de celui de Biddle (2008) qui postule que la prévention du suicide par les médias aurait des effets positifs supérieurs aux effets négatifs et de contagion.

Ces effets positifs, contraires à l'effet Werther, se recourent sous le nom d'« effet Papageno » considéré comme protecteur contre les conduites suicidaires⁵. Ce sont Thomas Niederkrotenthaler et son équipe, médecins psychiatres au Centre de santé publique de Vienne qui, en 2010, ont donné ce nom à cet effet. Dans une première étude,

⁵ Référence issue du site : <https://papageno-suicide.com/> (consulté le 16 janvier 2019).

ils ont remarqué que le fait de donner des recommandations spécifiques aux médias pour parler du suicide avait des effets bénéfiques : une baisse significative « du taux de suicide » était remarquée. Notre-dame relève même que « l'expérience marque un changement de paradigme : les médias, ne sont plus uniquement incitateurs, mais peuvent également, par un traitement journalistique responsable, contribuer à prévenir le comportement suicidaire » (2016, p. 3). Par conséquent, l'effet Papageno est maintenant accepté comme désignant le « potentiel effet prophylactique des médias sur le suicide » (2016, p. 4).

Concernant les enfants, Jérémie Vandevoorde, psychologue clinicien, relève qu'il n'y a pas, à sa connaissance, de recommandations propres aux mineur·e·s de moins de 13 ans. Dans son article toutefois, il émet les recommandations suivantes : « De toujours prendre au sérieux des éléments suicidaires, de soulager immédiatement la souffrance de l'enfant, d'impliquer les familles et le réseau social, d'empêcher l'accès aux moyens létaux, de mettre en œuvre une veille suicidaire (rappel téléphonique) et de mettre en œuvre un suivi de prévention des rechutes » (2015, p. 203). Il insiste avant tout sur l'importance de former les professionnel·le·s à la connaissance de ce phénomène et « de coordonner les différentes institutions s'occupant de l'enfance » (2015, p. 203). Vandevoorde relève encore la nécessité de mettre à jour les connaissances sur le phénomène du suicide de l'enfant, en faisant régulièrement « un état des lieux complet » (2015, p. 203).

Boris Cyrulnik émet quant à lui quatre propositions de prévention et d'intervention « autour de la naissance, autour de l'école, autour de la famille, et dans la culture » (2011, pp. 147-150). Sur la période de la naissance aux premières années, il note l'importance des relations précoces et de la « lutte contre les ruptures affectives répétées » ; il s'accorde en outre avec la nécessité de proposer des formations communes « aux médecins, infirmières, psychologues, éducateurs, enseignants et bénévoles », susceptibles d'opérer comme un « précieux facteur de prévention » (2011, p. 147). Durant l'école, Cyrulnik met l'accent sur l'importance de disposer de « lieux de parole » pour l'enfant, permettant de développer des « structures trait d'union entre les enseignants et les familles » et de lutter « contre le harcèlement à l'école ». Relativement à l'environnement familial, il invite à « favoriser le "village" protecteur et éducatif qui ouvre les familles closes », à « renforcer les cultures de quartier », engager les

enfants dans des responsabilités. Enfin, au niveau plus social et culturel, il invite à intégrer « dans les récits collectifs » la notion de « crise suicidaire et non pas de fatalité » ; il encourage aussi « les créations artistiques [...] afin qu'elles aient un “effet anti-Werther” » (2011, p. 150).

Si les réflexions de Cyrulnik se situent à un niveau somme toute assez général, Rodrigue Gallagher et Marc Daigle (2008), respectivement agent de planification à la direction de la santé publique et de l'évaluation et professeur en psychologie au Canada, se sont pour leur part intéressés plus spécifiquement à l'intervention auprès des enfants confronté·e·s à la problématique du suicide. Ils constatent un manque dans la connaissance de ce phénomène et exposent les principaux éléments qui méritent d'être considérés afin de prévenir le suicide chez l'enfant « dans des milieux comme l'école primaire » (2008, p. 102). Il s'agit tout d'abord de « repérer les signes d'expressions suicidaires » variables en fonction de l'âge de l'enfant et de sa capacité d'expression verbale. Il convient ensuite d'être attentif et attentive aux mots utilisés par l'enfant pour verbaliser la mort ou l'envie de mort – « il nous incombe de décoder leurs messages » – afin d'« évaluer la situation de l'enfant » (2008, p. 102) dans sa globalité. Il s'agit pour cela de prendre le temps de la rencontre de l'enfant et de ses parents, et d'évaluer les différents facteurs précipitants d'un passage à l'acte suicidaire. « Agir sur les facteurs de risque et de protection » sera l'étape suivante (p. 102). En travaillant avec l'enfant, la famille et le réseau, il importe de mettre en place les interventions nécessaires pour diminuer les facteurs de risque.

LE SUICIDE DE L'ENFANT, UNE RÉALITÉ PEU CONNUE

Le thème du suicide de l'enfant demeure un sujet complexe, difficile à appréhender encore loin de faire l'unanimité. La littérature consultée tout comme les avis collectés auprès des pédopsychiatres indiquent certes que la conception de la mort chez l'enfant n'est pas complète ; on sait qu'il ou elle n'a pas une représentation claire de la mort. Mais force est de constater que cette difficulté à se la représenter n'est pas spécifique à l'enfance. La mort demeure irréprésentable pour de nombreuses et nombreux adultes également, cela d'autant plus que la façon de la concevoir et de l'appréhender relève de processus sociaux empêchant d'en donner une définition précise ou univoque.

Les divergences les plus manifestes concernent le lien entre idéations suicidaires et suicide de l'enfant, même si tout le monde s'accorde à dire que la question du suicide de l'enfant ne saurait être réglée à travers la composante de l'intentionnalité. Sur le passage à l'acte chez l'enfant, plusieurs types ont été mentionnés. Dans ce contexte précis, un tel mouvement semble répondre à un mécanisme visant à sortir d'une situation d'impasse par un franchissement, un passage à l'acte. Concernant la prévention, la communication et les recommandations des professionnel-le-s, l'accent a été mis sur l'écoute de la souffrance des enfants, sur la qualité de la formation et le travail en réseau.

Cette problématique représente un réel enjeu pour le domaine du travail social. En effet, celui-ci se situe au centre même de cette thématique. Il a pour but premier d'agir dans l'univers social des individus et de leurs problèmes psychosociaux. Ainsi, si l'on souhaite une intervention efficace auprès de l'enfant et de la question du suicide, elle ne peut s'envisager sans travail social. Il est l'agent même du changement et de l'intervention dans la communauté et l'environnement de l'enfant, il permet de lier scolarité, parentalité et société. À travers la pratique professionnelle, il peut aider l'enfant, dans son quotidien, à accroître ses compétences pour faire face à l'adversité de la vie.

168

Toutefois, demeure toujours la nécessité d'améliorer la collaboration entre les différent-e-s acteurs et actrices de la vie de l'enfant pour diminuer les angles morts dans lesquels il ou elle pourrait tomber. Augmenter et parfaire cette collaboration aiderait l'enfant à trouver, dans chaque espace où il ou elle se développe, une manière d'avoir recours à une aide. Une collaboration et une communication optimisées entre les différent-e-s professionnel-le-s permettraient de réduire significativement les zones d'ombre autour de l'enfant, chacun-e étant ainsi plus informé-e et plus à même de dépister les situations pouvant être à risque. Il faut penser l'articulation santé-social-éducation comme un espace commun dont le but est la protection de l'enfant et où les professionnel-le-s représentent un relais de maintien.

Il revient dès lors à ces acteurs et actrices de créer ensemble un maillage protecteur solide autour de l'enfant pour répondre à ses besoins, prévenir la survenue d'un fait fatal et lui offrir un espace psychique contenant, soutenant et sécurisant. La réalité du suicide de l'enfant est devenue désormais un fait indéniable. Pour conclure, je reprendrais les

propos énoncés par Jeannette Bougrab, ancienne secrétaire d'État à la jeunesse en France, dans le journal *Libération*: « Il faut reconnaître la réalité du suicide des enfants, la regarder en face: cela permet de voir qu'il n'intervient pas sans signes annonciateurs et de trouver les moyens de le combattre. [...] Le Mexique, la Finlande, mais aussi le Japon et l'Italie ont montré que les politiques de prévention fonctionnent. On est coupable si on ne les met pas en place. »⁶

⁶ Référence issue du site du journal *Libération*: http://www.liberation.fr/societe/2011/09/29/creer-un-maillage-affectif-et-social_764445 (consulté le 16 janvier 2019).

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., Fournerey, 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

MÉLANIE PIÑON

341

À la suite de son Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers, Mélanie Piñon s'est dirigée vers la pédopsychiatrie. Très rapidement, elle a constaté l'intérêt et la nécessité, dans cette spécialité, du travail en réseau, pluridisciplinaire, pour une prise en soins de qualité de l'enfant. Une opportunité d'emploi lui a alors été offerte en qualité d'assistante d'enseignement et de recherche à la Haute école de santé de Genève (Heds) où elle a réalisé une spécialisation en psychiatrie clinique et santé mentale puis le Master of Arts HES-SO en Travail social. Depuis 2014, Mélanie travaille à la Heds en qualité de collaboratrice scientifique pour le pôle de « Santé mentale et psychiatrie » (après avoir été assistante d'enseignement et de recherche) et mène, en parallèle, une consultation de santé pour les personnes sans-abri dans un hébergement d'urgence de la Ville de Genève.

melanie.pinon@hesge.ch

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