2023-2024

M2 Pratiques de la recherche historique

SUICIDE ET ACTIONS PUBLIQUES EN REGION PAYS DE LA LOIRE : DE LA QUESTION SOCIALE A LA BIOPOLITIQUE (1897-2002)

Archives départementales de Mayenne (Laval), 1 J 766 : gravure du "Petit Journal", supplément illustré du 27 septembre 1906 (p. 8) représentant un employé du cinéma qui s'est suicidé en rentrant dans la cage aux lions à Laval.

Antoine Marquis

Sous la direction de David Niget, maître de conférences en histoire contemporaine.

Second juré : Yves Denéchère, directeur du laboratoire TEMOS (Temps, Mondes et Sociétés) et professeur d'histoire contemporaine.

Soutenu publiquement le

Avec le soutien de :

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, **Antoine Marquis**, soussigné, déclare être pleinement conscient·e que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signé le 03/06/2024 :

REMERCIEMENTS

Je remercie, tout d'abord, mon directeur de mémoire, Monsieur Niget pour m'avoir accompagné cette année dans la rédaction de mon mémoire. J'ai également une pensée particulière pour tous les archivistes avec lesquels j'ai échangé aux différentes archives départementales de la région Pays de la Loire ou encore au Bon Pasteur à Angers. Je me permets également d'avoir un mot pour mes proches, mes camarades de promotion, mes professeurs et mais aussi mes collègues de travail au lycée David d'Angers qui ont été d'une grande aide.

SOMMAIRE

Avertissement.....4
Engagement de NON-PLAGIAT.....5
Remerciements.....6
Sommaire.....7
Introduction.....8
Partie I : Suicides et enfermement : l'« institution totale » au prisme du XXe siècle27
Propos liminaire : Du concept d'« institution totale » au « stigmate » : l'apport de l'approche sociologique d'Erving Goffman.....27
Chapitre I : Le modèle du suicide carcéral : entre surveillance et réformes...32
Chapitre 2 : Le suicide en psychiatrie : un exemple d'évolution des pratiques et des savoirs médicaux au long court.....56
Chapitre 3 : Le suicide des jeunes : des centres fermés aux politiques publiques....79
Conclusion générale de la Partie I : 103
Partie II : La lutte contre le suicide : une construction « biopolitique »..... 104
Propos liminaire : Du « gouvernement des corps » à la « biopolitique » : le legs de la philosophie historique de Michel Foucault..... 104
Chapitre 4 : De la mesure du suicide en population générale aux politiques de prévention 109
Chapitre 5 : Le suicide comme objet moral et socio-politique : le regard de la presse locale 126
Chapitre 6 : Les enjeux de la production scientifique et universitaire autour du suicide 144
Conclusion générale de la Partie II : 164
Partie III : Des nouveaux acteurs dans la prise en charge du suicide : des institutions régionales à la sociéte civile..... 165
Propos liminaire : La santé publique : un approfondissement du pouvoir de l'Etat ? 165
Chapitre 7 : Des enquêtes menées par des médecins locaux aux rapports de l'Observatoire régionale de Santé sur le suicide 170
Chapitre 8 : Les associations et la thématique du suicide : une histoire de l'après Seconde Guerre mondiale jusqu'à nos jours 184
Conclusion générale de la partie III : 196
Conclusion Générale du Mémoire : 197
Annexes..... 199
Bibliographie et sources : 203
Bibliographie : 203
Sources : 211
Table des matières 214
Résumé 217

INTRODUCTION

A) Les enjeux contextuels d'un sujet contemporain :

En 1976, Michel Foucault publie le premier volume de l'*Histoire de la sexualité* intitulé *La volonté de savoir* dans lequel il consacre un chapitre à la question du « Droit de mort et pouvoir sur la vie ». Dans ce dernier, il inaugure le concept de « biopolitique » qui renvoie à un nouveau type de pouvoir sur le corps et l'existence des individus qui s'inscrit dans un nouveau régime d'historicité depuis la fin du XVIIIe siècle avec l'idée que le pouvoir de l'État n'est plus de donner la mort, mais d'au contraire prolonger et gérer la vie. L'un des exemples que prend Foucault pour illustrer son propos est la prise en charge du suicide et c'est en ce sens que nous allons essayer d'historiciser le concept de biopouvoir à l'aune des enjeux du XXe siècle : « Il ne faut pas s'étonner que le suicide crime autrefois puisqu'il était une manière d'usurper sur le droit de mort que le souverain, celui d'ici-bas ou celui d'au-delà, avait seul le droit d'exercer soit devenu au cours du XIXe siècle une des premières conduites à entrer dans le champ de l'analyse sociologique ; il faisait apparaître aux frontières dans les interstices du pouvoir qui s'exerce sur la vie, le droit individuel et privé de mourir. Cette obstination à mourir, si étrange et pourtant si régulière, si constante dans ses manifestations, si peu explicable par conséquent par des particularités ou accidents individuels, fut un des premiers étonnements d'une société où le pouvoir politique venait de se donner pour tâche de gérer la vie[1]. »

Ce projet de recherche donne suite à un mémoire de première année de master Pratiques de la recherche historique qui portrait sur : « Le Suicide : dépénalisation, psychiatrisation, socialisation (1761-1897) ». D'un point de vue chronologique, celui-ci se place dans la droite lignée de ce premier travail puisqu'il commence avec la publication du *Suicide* de Durkheim en 1897 qui permet l'institutionnalisation de la sociologie. Il est également concomitant avec la mise en place d'une surveillance spécifique de la problématique du suicide en prison sous la forme de comptes-rendus de suicides et tentatives de suicides intervenus dans le contexte carcéral. Nous allons, en ce sens,

[1] FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité : Volume 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1998 (première édition : 1976), p. 182.

montré que nous passons dans la manière d'appréhender le suicide dans l'espace public d'une « question sociale » à une gestion « biopolitique » de cette problématique. Le terme "question sociale" décrit la montée en puissance au XIXe siècle, d'un certains nombres de préoccupations qui amènent la société civile et tout particulièrement la presse que l'Etat intervienne pour réguler des phénomènes perçus comme pouvant disloquer la cohésion de la société. Comme le montrent les chercheuses Brigitte Bouquet et Geneviève Crespo dans la revue *Vie sociale*, la terminologie entourant la « question sociale » émerge dans les années 1830 et est à nouveau mobilisé à la fin du XXe siècle, dans les travaux du sociologue de la psychiatrie et du travail Robert Castel, que nous sommes amené à réemployer à plusieurs reprises dans notre mémoire : « La « question sociale », nom donné au siècle dernier aux problèmes posés par l'extension de la pauvreté à la suite de l'industrialisation, et dénommé « paupérisme », s'est posée pour la première fois comme telle dans les années 1830, phase de prise de conscience des conditions d'existence des populations qui sont à la fois agents et victimes de la révolution industrielle. Dès cette période, elle est associée à l'idée de solidarité. [...] La résolution de la question sociale en France est au cœur des débats politiques sur les réformes économiques et sociales à mettre en œuvre pour inscrire la solidarité dans un système de droit. Quand elle resurgit à partir des années 1980, Robert Castel parle alors de « métamorphoses, dialectique du même et du différent »[2]. » Pour ce qui est de la borne finale, nous avons choisi une date décisive tant sur le plan national avec la publication des résultats d'une conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie sur *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*[3]. Au niveau local, à cette date a été élaborée une politique régionale de santé ayant pour objectif de réduire en 5 ans de 20% le nombre de suicides en région Pays de la Loire, ainsi que la création d'un baromètre santé jeunes 12-25 qui s'intéresse à la suicidalité grandissante des jeunes depuis la fin des années 1980. En ce sens, notre étude se termine en 2001.

En effet, l'année dernière, du fait du peu de sources au niveau du Maine-et-Loire sur le suicide au XIXe siècle, nous avions adapté notre approche en nous intéressant, tout

[2] BOUQUET Brigitte et CRESPO Geneviève, « Présentation : La question sociale », *Vie sociale*, n°1, 2013, p. 17-18.
[3] FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Paris, John Libbey Eurotext, 2001, 446 p.

d'abord, au contexte culturel et national dans lequel évoluait la question de la mort volontaire, sous le prisme de contributions littéraires, philosophiques ou encore d'écrits de psychiatre. Nous avions simplement pris quelques exemples tirés de l'histoire locale à la fin de chaque chapitre pour tenter d'introduire une forme de généalogie des pratiques sociales autour du suicide, que ce soient des suicidants eux-mêmes que des praticiens. Cette année, l'objectif est de faire du contexte social le centre de ce mémoire. Pour le dire autrement, nous allons essayer de cantonner les réflexions autour du champ culturel et des représentations à montrer qu'elles sont complémentaires avec les pratiques qui entourent la mort volontaire à travers des écrits scientifiques, mais aussi de la presse locale et nationale où le suicide y est relaté abondamment soit en voulant faire de la prévention, soit pour garnir les pages faits divers.

Mais, pour mener ce projet à bien, il nous faut ici évoquer la nature des sources que nous avons à disposition qui sont essentiellement institutionnelles. Ces sources sont soit tirées d'institutions fermées comme les registres des maisons d'arrêt ou des hôpitaux psychiatriques, soit d'associations accompagnant des suicidants comme SOS Amitiés à partir des années 1980, mais aussi issues de l'objectivation croissante de la prise en charge des phénomènes suicidaires post-Seconde Guerre mondiale à travers les recherches menées dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). Quant aux écrits des suicidants eux-mêmes, ils sont peu nombreux. Il nous paraît donc nécessaire, pour comprendre la réalité sociale des phénomènes suicidaires, de faire le lien entre le développement d'institutions régionales et nationales qui s'intéressent spécifiquement à la question du suicide comme l'Observatoire régionale de santé (ORS) et la mutation des discours et pratiques autour de la mort volontaire au XXe siècle, le questionnement central de notre recherche. Cela nous amène à intituler notre mémoire de la façon suivante : « Suicide et actions publiques en région Pays de la Loire : de la question sociale à la biopolitique (1897-2002) ». Nous entendons par « suicide » les diverses manifestations liées à la mort volontaire comme le passage à l'acte en lui-même, mais aussi les tentatives de suicide ou encore les idées suicidaires dont nous aurons à cœur de démontrer qu'elles s'inscrivent dans un contexte socio-historique. A ce point clé, s'adjoint le concept d'« action publique » que nous avons défini comme l'ensemble des décisions prises par les services

et l'administration de l'Etat[4]. L'évolution de « l'action publique » autour du suicide est au cœur de notre problématique et de notre plan, en étant sous-tendue par deux autres notions, celle d'« institution » comme appareil administratif cohérent, pouvant accueillir des populations et dont la mission est déterminée le plus souvent par les pouvoirs publics et celle de « société civile » qui renvoie à des organisations non-étatiques et le plus souvent non-lucratifs comme les associations.

Il nous semble nécessaire, ici, de préciser pourquoi nous avons choisi d'étendre notre cadre d'étude d'un point de vue géographique à l'ensemble de la région des Pays de la Loire et non plus simplement au département de Maine-et-Loire comme c'était le cas dans le mémoire précédent. Cela permet aussi d'analyser les disparités socio-historiques entre départements au sein des Pays de la Loire qui amènent à des taux de suicides extrêmement hétérogènes d'un département à l'autre. Par exemple, dans les années 1980, certains départements se distinguent vis-à-vis de la problématique du suicide, comme la Mayenne dont la mortalité par suicide est supérieure à la moyenne nationale de 44,5 % et respectivement en Sarthe de 54,5%. A l'inverse la Vendée se situe en-dessous de la moyenne nationale et que le Maine-et-Loire et la Loire-Atlantique ont un taux de suicide supérieur seulement de 10% à cette même moyenne. Ce cadre nous amène, d'un côté, dans une logique comparatiste, à essayer de voir si d'un asile psychiatrique à l'autre, d'une prison à l'autre, la question du suicide est traitée de manière différente ou similaire. De l'autre, c'est la volonté de montrer que la problématique du suicide a été prise à bras-le-corps par les pouvoirs publics, surtout dans la deuxième partie du XXe siècle, que ce soit au niveau départemental avec la veille entretenue par exemple par la Direction départementale des affaires sociales et sanitaires (DDASS) depuis la fin des années 1970, mais aussi régional comme nous l'avons vu avec l'ORS. Pour ce qui est des limites des sources que nous prendrons en compte dans notre mémoire, il est vrai que nous nous intéressons d'abord au cas de suicides ou tentatives de suicides intervenus dans des cadres collectifs pour mieux comparer nos observations à ceux des sociologues ou psychiatres qui ont également travaillés sur la question. Nous porterons notre intérêt sur des cas individuels dans de rares occasions comme des études de « parcours de vie », mais que

[4] MOTIS Alejandra et POINTEAU-LAGADEC Erwan (dir.), « L'action publique, un thème historien ? », *Hypothèses*, Volume 19, n°1, 2016, p. 97-108.

nous emprunterons le plus couramment à la presse ou aux institutions fermées avec la volonté de les ancrer dans une dynamique socio-historique.

B) Des réflexions épistémologiques sur une historiographie lacunaire :

Les contributions sur l'histoire du suicide sont peu abondantes[5]. C'est d'autant plus vrai au XXe siècle, mais c'est le cas également des autres périodes dans une proportion moindre. Sur le XXe siècle lui-même, nous pouvons citer l'ouvrage de Emmanuel Thiébot, historien au mémorial de Caen, et de François Athané, agrégé de philosophie et chargé de cours à la Sorbonne et l'Université Paris Saclay, publié en 2005 et qui traite de l'*Approche historique des formes et des causes au XXe siècle*[6]. Toutefois, les deux auteurs s'interrogent plus sur les représentations culturelles et intellectuelles du suicide en France, mais aussi à l'international, plutôt qu'aux manifestations sociales directes de la mort volontaire. Quant aux ouvrages de synthèse sur la question, ils ne sont également pas légion. Nous pouvons, cependant, citer la contribution de Georges Minois[7], mais cette dernière ne compte qu'une dizaine de pages sur le rapport du suicide au XXe siècle et s'intéresse principalement au rapport entre suicide, culture et science, notamment à travers les innovations des idées freudiennes, sans s'intéresser plus que ça à la réalité sociale de la mort volontaire. Enfin, pour ce qui est des monographies locales, concernant le suicide au XXe siècle, elles sont assez rares et celle que nous avons consulté, si elle a le mérite d'être une étude transdisciplinaire qui mêle histoire, sociologie et psychologie, elle est l'œuvre d'un psychiatre, Jean-Yves Broudic, avec une méthodologie qui bien sûr diffère de celle d'un historien : *Suicide et alcoolisme en Bretagne au XXe siècle*[8]. Plus

---

[5] Voir pour l'époque médiévale et contemporaine : SCHMITT Jean-Claude, « Le suicide au Moyen-Age », *Annales*, n°1, 1976, p. 3-28 ; WATT Jeffrey, *From Sin to Insanity: Suicide in Early Modern Europe*, Ithaca, Cornell University Press, 2004, 256 p.

[6] THIEBOT Emmanuel et ATHANE François, *Approche historique des formes et des causes au XXe siècles*, suivi *Les causes du suicide et les raisons de se tuer : Les explications du suicide, de la philosophie à la neurobiologie*, Caen, Editions Fol'Art, 2005, 200 p.

[7] MINOIS Georges, *Histoire du suicide : La société occidentale face à la mort volontaire*, Paris, Fayard, 1995, 421 p.

[8] BROUDIC Jean-Yves, *Suicide et alcoolisme en Bretagne au XXe siècle (Sociologie-Histoire-Psychologie)*, Rennes, Editions Apogée, 2008, 237 p.

récemment, nous pouvons également citer la contribution de Déborah Sautel sur les suicides de résistants[9].

Avant de développer plus en détails les autres champs historiographiques et disciplines de sciences sociales et médicales qui nous aident dans la réalisation de notre recherche, il nous faut tenter d'expliquer pourquoi les historiens ont peu abordé la question, quelle que soit la période et d'autant plus sous un angle social. La première explication qui nous vient à l'esprit tend au fait que le suicide comme objet d'étude a largement été préempté par la psychiatrie et la psychanalyse dès le début du XIXe siècle, mais aussi par la sociologie avec Durkheim à la fin XIXe siècle avec la volonté de se distinguer des autres sciences, en faisant de la mort volontaire un fait social à part entière. Pour comprendre pourquoi les historiens ont été peu nombreux à cette relecture du suicide, sujet de recherche aux facettes multiples, il faut bien se représenter que ce dernier a été saturé par un faisceau d'explications scientifiques allant de la prophylaxie à la criminologie qui laissent peu de place à d'autres disciplines pour se distinguer sur la question. Mais, la structuration de la suicidologie, comme champ d'étude interdisciplinaire des comportements suicidaires, d'abord aux Etats-Unis dans les années 1960, puis en France dans les années 1970, aurait pu amener à une approche historique du suicide comme l'appelait de ses vœux le médecin états-unien et historien de la médecine, George Rosen en 1971[10]. Toujours dans une perspective disciplinaire, il nous semble qu'assurément, il faut chercher ce peu d'intérêt des historiens pour la question par rapport à leurs collègues de sciences humaines, parce que cette dernière était estampillée comme un objet sociologique depuis Durkheim. Or, au XXe siècle, les querelles entre histoire et sociologie ont été considérables, tant sur le plan théorique que stratégique, au sens où les deux disciplines cherchaient à devenir la référence des sciences humaines[11]. Il faut attendre les années 1920-1930 pour que Marc Bloch et Lucien Febvre, à travers

---

[9] SAUTEL Déborah, *La mort comme dernier recours : Les suicides de résistants en France (1940-1944)*, mémoire en histoire contemporaine, sous la direction de DENECHERE Yves et PIKETTY Guillaume, Angers, Université d'Angers, 2021, 247 p.

[10] ROSEN George, « History in the study of suicide », *Psychological Medecine*, Vol. 1, n°4, 1971, p. 267-285.

[11] Voir BESNARD Philippe, « 17. L'impérialisme sociologique face à l'histoire » dans *Etudes durkheimiennes*, Paris, Librairie Droz, 2003, p. 299-310 + REVEL Jacques, « Histoire et sciences sociales : Lecture d'un débat français autour de 1900 », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, n°25, 2007, p. 101-126.

l'École des *Annales*, à partir de la création en 1929 de la revue phare du champ historique, pour qu'une partie des critiques qu'avaient formulé le sociologique François Simiand à l'égard de l'école méthodique soit incorporé au nouveau paradigme dominant de l'Histoire, notamment en affirmant le temps historique et ces acteurs comme autant de faits sociaux[12]. Pour autant, l'incorporation de cette critique de Simiand, comme l'intérêt que porte Fernand Braudel pour la question de la « longue durée » après la Seconde Guerre mondiale, toujours dans le cadre des *Annales*, n'a pas pour objectif de coconstruire un espace disciplinaire à égalité avec d'autres champs scientifiques. Que ce soit vis-à-vis de la sociologie ou postérieurement de l'anthropologie, l'un des objectifs sous-jacents de ces nouveaux paradigmes est de continuer à perpétuer la suprématie de l'histoire sur l'ensemble des sciences sociales et humaines. Comprendre ce rapport quasi-hiérarchique qu'entretient l'histoire avec les autres champs, nous permet de mieux saisir pourquoi les historiens n'ont pas dédaigner s'intéresser au suicide comme fait social, car au cœur des investigations sociologiques. Néanmoins, il faut noter qu'un rapprochement beaucoup plus paritaire depuis les années 1970 semble s'opérer entre histoire et sociologie, mais aussi d'autres disciplines des sciences sociales et humaines, notamment à la suite de la fondation en 1975 par le sociologue Pierre Bourdieu des *Actes de la recherche en sciences sociales*. Plus récemment encore, depuis les années 1900 s'est développée une école historiographique qui tente de mêler méthode sociologique et historique sous la houlette de l'historien Gérard Noiriel[13]. Si certaines de ses hypothèses de travail méritent d'être mises à jour comme ce qui touche aux « savoirs situés[14] » pour mieux comprendre le rapport du chercheur à son sujet de recherche, une grande partie du paradigme de la socio-histoire est au cœur de notre démarche pour enquêter sur l'histoire du suicide au XXe siècle. Si ce développement peut sembler un peu long, il est impératif pour comprendre les difficultés que rencontre l'émergence d'une historiographie du suicide et il est également utile dans le corps de notre étude elle-même, puisque cette dernière porte en

[12] A noter que l'une des premières critiques de l'ouvrage *Les causes du suicide* du sociologue Maurice Hawlbachs a été fait par Marc Bloch en 1931, preuve de l'intérêt que portait alors les *Annales* pour la sociologie : BLOCH Marc, « Mr Maurice Halbwachs, *Les causes du suicide* », *Annales*, n°12, 1931, p. 590-592.

[13] Voir NOIRIEL Gérard, *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte, 2008 (première édition : 2006), 128 p.

[14] Voir LAVERGE-GERARDIN Mona et COLLIER Anne-Claire, « Circulation et production des savoirs : Une discussion épistémologique », *Terrains/Théories*, n°11, mis en ligne le 19/06/2020, consulté le 20/12/2023, URL : https://journals.openedition.org/teth/2588.

partie son attention sur l'histoire des sciences et ses pratiques avec un intérêt vif pour les débats qui ont touchées la sociologie et la suicidologie au cours du XXe siècle.

D'autres hypothèses, quant au peu d'études historiques autour du suicide sont également à considérer, comme le fait que le suicide en tant que tel ne représente entre 2 et 3% de la mortalité par an en France[15] et que la parole sur le sujet est très fortement obstruée par un fort tabou social et culturel qui s'instille même dans la manière dont les familles ont un rapport à des proches qui se sont tués, en essayant d'en parler le moins possible. Ainsi, les archives sur le sujet demeurent restreintes et sont d'autant plus difficiles d'accès qu'elles appartiennent à des institutions et des thématiques dont le cadre historiographique est relativement récent. En premier lieu, nous pouvons citer l'historiographie de la mort, dont Michel Vovelle a été un des pionniers au début des années 1970 à travers l'exemple de la Provence et qui l'a amené en 1983 a rédigé une synthèse sur le temps long sur *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours*[16]. Mais, celle-ci s'intéresse avant tout à l'histoire des mentalités et n'évoque pas la mort volontaire. Un autre grand nom de ce champ d'études, Philippe Ariès, a lui écrit un court chapitre sur la thématique du suicide, non pas dans son célèbre *L'Homme devant la mort* publié en 1977[17], mais dans ses *Essais de mémoire : 1943-1983* édités à titre posthume en 1993[18]. Pour autant, dans ce texte, il défend les idées du sociologue Jean Baechler[19] pour qui la manière et le nombre de suicides seraient stables quel que soit les époques ou les aires culturelles, une hypothèse qui a depuis été invalidée statistiquement et n'est plus d'actualité. Quant à l'historiographie de la mort, elle continue de se développer encore aujourd'hui, que ce soit sous l'angle des pratiques religieuses, funéraires ou encore hospitalières, en témoigne l'ouvrage d'Anne Carol parue en 2004 sur *Les médecins et la mort, XIXe et XXe siècles*[20]. Toutefois, le suicide n'y est abordé qu'une seule fois et de

---

[15] Voir ELBAUM Mireille (dir.), « Suicide et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique », *Etudes et Résultats*, n°109, 2001, p. 1-8.

[16] VOVELLE Michel, *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours*, Paris, Gallimard, 1983, 824p.

[17] ARIES Philippe, *L'Homme devant la mort*, Paris, Le Seuil, 1977, 570 p.

[18] ARIES Philippe, « III - Comprendre le présent, 7 - Le suicide » dans *Essais de mémoire (1943-1983)*, Paris, Editions du Seuil, 1993, pp. 223-235.

[19] BAECHLER Jean, *Les Suicides*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, 650 p.

[20] CAROL Anne, *Les médecins et la mort, XIXe-XXe siècle*, Editions Aubier, Paris, 2004, 335 p.

manière simultanée avec celle de l'euthanasie, question d'actualité depuis les années 2000 et amplifiée par l'organisation d'une Convention citoyenne sur la fin de vie de décembre 2022 à avril 2023[21]. Il y a aussi également l'hypothèse que le suicide étant à la croisée de champs tout aussi divers que celui du droit, des sciences, de la psychiatrie ou encore de la mort, il est difficile pour un historien d'en esquisser une étude qui épouse l'ensemble de ces facettes, en plus du tabou culturel qui entoure la mort volontaire.

Mais pour compléter notre approche, il faut faire appel à d'autres champs historiographiques et notamment à ceux qui ont étudié les institutions qui accueillent des suicidants, ainsi qu'à d'autres disciplines qui ont mené des recherches autour de la mort volontaire. L'historiographie de la psychiatrie fait partie de ces champs importants que nous devons aborder, car encore aujourd'hui et cela depuis la dépénalisation du suicide en 1791, suicide et maladie mentale sont très souvent associées, si bien qu'il n'est pas rare de croiser nombre de patients en psychiatrie internés pour des tentatives de suicide que ce soit au XXe siècle, mais aussi aujourd'hui. Pendant longtemps, l'histoire de la psychiatrie a été essentiellement hagiographique, louant les bienfaits de la démarche du pionnier de la psychiatrie en France, Philippe Pinel, et fait par les psychiatres eux-mêmes. Le tournant critique se situe au moment où un philosophe, Michel Foucault, soutient sa thèse en 1961 : *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*[22]. Ce sont les derniers chapitres de cette thèse, en particulier celui consacré à la « Naissance de l'asile », qui vont particulièrement marquer ses contemporains et véritablement lancer les bases d'une historiographie de la psychiatrie. En effet, il affirme, à rebours des écrits antérieurs sur l'histoire de cette discipline comme ceux de Zilboorg et ses continuateurs[23], que la psychiatrie n'est pas une œuvre humaniste ayant pour objet premier le soin, mais l'enfermement des fous et de leur supposé besoin de rééducation à une certaine idée de la norme, qui en définitive ne serait qu'un projet de nature répressive. Bien que Foucault nuance cette thèse dans un de ses cours au Collège de France, *Le Pouvoir psychiatrique*

---

[21] CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, « La Convention Citoyenne sur la fin de vie remet ses propositions », lecese.fr, publié le 02/04/2023, consulté le 23/12/2023, URL : https://lecese.fr/actualites/la-convention-citoyenne-cese-sur-la-fin-de-vie-remet-ses-propositions.

[22] FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, 1964, 673 p.

[23] HAUSTGEN Thierry, « L'histoire de la psychiatrie française vue par les anglophones (Première partie : L'ère des "psychiatres historiens amateurs"(1941-1987)) », *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences (PSN)*, Volume 16, 2018, p. 43-63.

entre 1973 et 1974[24], il continue d'affirmer que la psychiatrie est avant tout une structure disciplinaire. Si bien que la psychiatre Gladys Swain et son mari, le philosophe Marcel Gauchet ont entrepris d'écrire en 1980, une sorte de contre-histoire de la psychiatrie[25], en opposition à la lecture de Foucault qui faisait de l'asile et de ses protagonistes une institution déshumanisante, en montrant que ce dernier s'inscrivait dans un long processus de progrès, allant de la découverte des maladies mentales au début du XIXe siècle jusqu'à l'invention des neuroleptiques dans l'après Seconde Guerre mondiale. Pour autant, la question de la prise en charge des suicidants est peu évoquée par ces auteurs. Cela peut s'expliquer largement qu'à mesure que la psychiatrie a réformé ses modèles nosographiques, les tentatives de suicide sont devenues des symptômes de maladies mentales et non une maladie mentale en soi, comme cela a pu être le cas au XIXe siècle[26], donc n'ayant pas permis la production d'archives spécifiques sur le sujet, si ce n'est le repérage de tentatives de suicide chez le patient. Pour ce qui est de Foucault en lui-même, il a laissé peu de commentaire sur la question du suicide pour des raisons qui lui semblent intimement liés, une de ces tentatives de suicide[27] l'a amenée à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne dans les années 1950. Toutefois, d'autres continuateurs de la pensée foucaldienne ont tenté de lier suicide et psychiatrie, en reprenant également le concept de « biopouvoir » qu'avait forgé Foucault et qui désigne un régime d'historicité depuis la fin du XIXe siècle, dans lequel la souveraineté ne s'exercerait plus majoritairement en donnant la mort, mais au contraire en étendant au maximum l'existence des individus et en contrôlant chacune de ces étapes[28].

---

[24] FOUCAULT Michel, *Le Pouvoir psychiatrique (Cours au Collège de France, 1973-1974)*, Paris, Gallimard, 2003, 416 p.

[25] GAUCHET Marcel et SWAIN Gladys, *La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 2007 (première édition : 1980), 528 p.

[26] Voir GUILLEMAIN Hervé, « Petits arrangements avec la mort volontaire. Suicide, folie et refus de sépulture dans la première moitié du XIXe siècle », *¿ Interrogation ?*, n°14, 2012, consulté le 23/12/2023, URL : https://www.revue-interrogations.org/Petits-arrangements-avec-la-mort + YAMPOLSKY Eva, *La folie du suicide. Une histoire de la mort volontaire comme objet médical en France de la fin du XVIIIe siècle aux années 1870*, Barras Vincent (dir.), thèse en histoire de la médecine, Lausanne, Université de Lausanne, 2019, 725 p.

[27] Voici une des rares contributions sur la question de Michel Foucault qui lie ici homosexualité et suicide sur le ton de l'ironie : FOUCAULT Michel, « Un plaisir si simple », *Le Gai Pied*, n°1, 1979, p. 1-10.

[28] Voir LAE Jean-François, « La place vide du suicidé dans le droit : lecture jurisprudentielle de la fin du XIXe siècle-à la mi XXe siècle » dans ARTIÈRES Philippe et DA SILVA Emmanuel (dir.), *Michel Foucault et la médecine : Lectures et usages*, Paris, Editions Kimé, 2001, p. 231-248.

Un autre milieu suicidogène avec un champ historiographique également bien constitué est au cœur de notre travail, la prison. C'est bien entendu un champ où Foucault a été parmi ceux qui ont permis son renouvellement et nous nous devons ici de citer une table ronde à laquelle il a participé en 1978 sous la direction de l'historienne Michelle Perrot : *L'Impossible prison. Recherches sur le système pénitentiaire au XIXe siècle*[29]. Il y a de nombreuses contributions sur la question et nous ne pouvons nous attarder sur chacune d'entre elles. C'est en ce sens que nous allons plutôt prendre le temps de présenter quelques chercheurs qui nous permettent d'éclairer notre approche du suicide carcéral. En premier lieu, la thèse en histoire contemporaine de Maxime Boucher soutenue en 2010 et qui s'intitule *La nuit carcérale : souffrir et éviter la souffrance en prison, le cas français (1944-1981)*[30], dans laquelle il revient sur la signification du suicide en milieu carcéral et du lien entre suicidalité de la prison, réformes pénales et surpopulation. Un autre essai sur la question est aussi à citer ici, même s'il est l'œuvre de deux psychiatres, Nathalie Papet et Sylvie Lepinçon[31]. Dans cette œuvre, elles reviennent avec rigueur et exhaustivité sur les différentes circulaires et réformes qui ont entourées le suicide en prison, ainsi que sur l'évolution du taux de suicide en prison et les nombreuses études qui ont été faites sur le sujet et en prenant soin de prendre le temps de présenter les différentes disciplines qui ont influencé la prise en charge du suicide en milieu carcéral du XIXe siècle jusqu'au début des années 2000. Enfin, dans la continuité de la sphère carcérale, il est pertinent que nous nous penchions sur le rapport entre suicide et droit, d'autant plus dans un cadre institutionnel, et ce malgré la dépénalisation de 1791, car le suicide, notamment pour ce qui est du droit des assurances, reste un objet à part. Sur le sujet, nous nous appuyons sur la thèse datée de 1995 de Sophie Poirey en histoire du droit : *Droit, suicide, suicidés : histoire d'une condamnation*[32]. De même, nous allons faire appel sur le sujet à une contribution datée de 2022, sous la direction de trois historiens du

---

[29] PERROT Michelle (dir.), *L'Impossible prison. Recherche sur le système pénitentiaire au XIXe siècle*, Seuil, Paris, 1980, 320 p.

[30] BOUCHER Maxime, *La nuit carcérale. Souffrir et éviter la souffrance en prison*, The Book Edition, Lille, 2011, 504 p.

[31] PAPET Nathalie et LEPINCON Sylvie, *Le suicide carcéral : des représentations à l'énigme du sens*, Paris, L'Harmattan, 2005, 196 p.

[32] POIREY Sophie, *Droit, Suicide, Suicidés : Histoire d'une condamnation*, thèse de droit, sous la direction de BART Jean, Dijon, Université de Bourgogne, 1995, 428 p.

droit, Pascal Vielfaure, François Vialla et Sophie Joly sur *Le Suicide : De l'Antiquité au XXIe siècle*[33].

Dernier objet de notre approche historiographique du suicide n'est pas des moindres : l'institution. Or, problème de taille, il n'y a pas de définition consensuelle de ce qu'est une institution. Nous avons circonscrit, pour les besoins de notre mémoire, celle-ci a une définition minimale. Autrement dit, nous entendons l'institution comme un appareil administratif cohérent, pouvant accueillir des populations et dont la mission est déterminée le plus souvent par les pouvoirs publics[34], cela touche dans notre mémoire autant le champ hospitalier ou universitaire. Mais une définition beaucoup plus large existe en sociologie et en anthropologie[35], l'institution comme instance de socialisation, ainsi la famille ou la religion sont, en ce sens, une institution. En histoire, il n'existe pas à proprement parler d'historiographie des institutions ou alors celle-ci se fait sous le prisme de l'histoire politique de ces institutions dont Pierre Rosanvallon et Jacques Bouveresse ont été les dignes représentants. Une autre manière d'analyser les rapports entre institutions et politiques publiques a émergé au début des années 2000, à travers l'histoire des acteurs de ces institutions comme le sont par exemple les fonctionnaires. Nous pouvons citer à ce sujet l'ouvrage dirigé par Vincent Duclert et Marc-Olivier Baruch : *Serviteurs de l'Etat : Une histoire politique de l'administration française (1875-1945)*[36]. Nous pouvons également nous référer à la synthèse de 1989 de l'historien du droit François Burdeau sur *Histoire de l'administration française, XVIII-XXe siècles*[37] ou encore un article de synthèse du chercheur en science politique François Buton sur le sujet[38]. Pour ce qui est d'approfondir notre approche et de la circonscrire aux institutions

---

[33] VIALLA François, VIELFAURE Pascal et JOLY Sophie (dir.), *Le suicide (De l'Antiquité au XXIe siècle)*, LEH Edition, 2022, 818 p.

[34] Voir LAFORE Robert, « Chapitre 1 - Qu'est-ce qu'une institution ? » dans *L'individu contre le collectif*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2019, p. 7-53.

[35] Voir ABÉLÈS Marc, « Pour une anthropologie des institutions », *L'Homme*, n°135, 1995, p. 65-85 + BELLIER Irène, « Une approche anthropologique de la culture des institutions », dans ABÉLÈS Marc et JEUDY Henri-Pierre (dir.), *Anthropologie politique*, Armand Colin, Paris, 1997, p. 129-161.

[36] DUCLERT Vincent et BARUCH Marc-Olivier (dir.), *Serviteurs de l'Etat : une histoire politique de l'administration française (1875-1945)*, La Découverte, Paris, 2000, 588 p.

[37] BURDEAU François, *Histoire de l'administration française, XVIII-XXe siècles*, Editions Montchrestien, 1989, 400 p.

[38] BUTON François, « Histoires d'institutions : Réflexion sur l'historicité des faits institutionnels », *Raisons politiques*, 2010, p. 21-41.

qui nous accaparent comme l'hôpital, il nous faudra nous référer à des monographies conservées aux archives régionales des Pays de la Loire ou encore à des travaux comme ceux de l'historien de la santé Olivier Faure sur les pratiques sociales au sein de l'hôpital[39] ou encore Benoît Majerus pour ce qui est de l'hôpital psychiatrique[40]. Quant aux travaux nous permettant de dialoguer sur les formes d'institutions, il nous paraît par exemple intéressant pour ce qui est de la prison et de l'hôpital psychiatrique de nous référer au concept d'« institution totale », développé par le sociologue Erving Goffman[41], qui désigne un espace dans lequel les individus sont astreints à vivre et sont surveillés durant l'entièreté de leur séjour. Sur cette même thématique, les premiers travaux du sociologue Robert Castel qui s'intéressait alors au milieu psychiatrique sont prépondérants[42]. En particulier son concept de « désaffiliation sociale » nous travaille. Il décrit le processus à travers lequel un individu se retrouve dans l'impossibilité de s'intégrer à la vie en communauté ou encore au marché du travail, c'est malheureusement le cas de beaucoup de personnes atteintes de maladies mentales qui peuvent être plus ou moins touchée par la désaffiliation sociale, mais aussi des suicidants qui en tant que personnes perçues comme « à risque » peuvent être écartés de certaines fonctions, de façon plus ou moins implicite. Enfin, une dernière thématique qui mêle institution et psychiatrie et est centrale dans notre travail sur le suicide, c'est la thématique de la « désinstitutionnalisation ». C'est le processus visant à mettre fin au système asilaire depuis les années 1968 pour administrer le plus possible des soins de jour et ainsi permettre aux patients de ne plus être enfermés en permanence. Cette histoire a d'abord été évoquée au Québec par André Cellard, Marie-Claude Thifault et Henri Dorvil[43] dès la fin des années 1990 et a été reprise

---

[39] FAURE Olivier, *Histoire sociale de la médecine en France, XVIII-XXe siècle*, Economica, Paris, 1994, 272 p. + FAURE Olivier et BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé : Acteurs, objets, logiques sociales, XVIII-XXe siècles*, Belin, Paris, 2005, 383 p.

[40] MAJERUS Benoît, *Parmi les fous : Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, PUR, Rennes, 2013, 312 p. + MAJERUS Benoît et HENCKES Nicolas, *Maladies mentales et sociétés, XIX-XXIe siècle*, La Découverte, Paris, 2022, 128 p.

[41] GOFFMAN Erving, *Asiles : Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Les Éditions de minuit, 2013 (première édition : 1968), 452 p.

[42] CASTEL Robert, *Le psychanalysme : l'ordre psychanalytique et le pouvoir*, Editions Maspero, Paris, 1973, 434 p. + *L'ordre psychiatrique*, Editions de Minuit, Paris, 1977, 340 p.

[43] THIFAULT Marie-Claude et CELLARD André, *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec (1930-2013)*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 2013, 216p. + DORVIL Henri, « La désinstitutionnalisation : du fou de village aux fous des villes », *Bulletin d'histoire politique*, volume 10, n°3, 2002, p. 88-104.

en France très récemment notamment sous la houlette d'Hervé Guillemain[44]. Pour la problématique du suicide, cette désinstitutionnalisation va de pair avec une prise en charge de plus en plus importante par le domaine associatif dont nous chercherons à faire l'histoire à partir de la fin des années 1980.

Enfin, il est capital, en l'absence de champ historiographique propre autour de l'histoire du suicide, de se référer aux travaux effectués dans les autres sciences sociales et médicales. En premier lieu, la sociologie dont l'approche durkheimienne a été prépondérante, malgré le fait que le *Suicide* n'a pas créé d'enthousiasme particulier pendant près d'un demi-siècle. Même dans l'ouvrage *Les Causes du suicide* de Halbwachs[45] en 1930, celui-ci se démarque quelque peu des conclusions de Durkheim sur le lien entre religion et suicide sur lesquelles Halbwachs se montre très sceptique. Il faut attendre que le *Suicide* soit traduit en anglais en 1951 pour qu'aux Etats-Unis l'approche durkheimienne de la mort volontaire prenne une place prépondérante en sociologie et devienne un texte théorique important de la suicidologie balbutiante des années 1960. Anthony Giddens, sociologue britannique, revient sur cette redécouverte de Durkheim, ainsi que la genèse et la réception de ce texte, dans *The Sociology of Suicide: A Selection of Readings* en 1971[46]. En France, c'est à partir des années 1970 que le *Suicide* devient un classique auxquels les sociologues Christian Baudelot et Roger Establet consacrent un essai en 1984[47]. Quant à l'anthropologie du suicide, nous pouvons citer la thèse de Patrick Baudry, sous la direction du fondateur de la thanatologie, qui se voulait une discipline interdisciplinaire de l'étude de la mort, Louis-Vincent Thomas, en 1989 : *Corps, mort et problématiques suicidaires*[48]. Enfin pour ce qui est de la psychiatrie, de nombreuses revues de médecine ont hébergé des articles sur le sujet comme l'*Évolution psychiatrique* ou encore des synthèses sur les progrès sur la question comme en 2000, le

---

[44] GUILLEMAIN Hervé, KLEIN Alexandre et THIFFAULT Marie-Claude (dir.), *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*, PUR, Rennes, 2018, 236 p.

[45] HALBWACHS Maurice, *Les causes du suicide*, PUF, Paris, 2002 (première édition : 1930), 424 p.

[46] GIDDENS Anthony, *The Sociology of Suicide: A Selection of Readings*, Taylor and Francis, Abingdon-on-Thames, 1971, 421 p.

[47] BAUDELOT Christian et ESTABLET Roger, *Durkheim et le suicide*, Paris, PUF, 2011, 130 p.

[48] BAUDRY Patrick, *Corps, mort et problématiques suicidaires*, thèse d'anthropologie, THOMAS Louis-Vincent (dir.), Paris V, Paris, 1989, 980 p.

document issu d'une conférence à la Salpêtrière par la Fédération française de psychiatrie : *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*[49]. Cependant, la question qui se pose vis-à-vis de ces études est de savoir, si nous les utilisons comme appuie à un angle critique ou, alors, comme sources des débats qui ont lieu dans le champ scientifique au XXe siècle.

C) Sources, méthodes et problématique :

Notre mémoire part du postulat que la mutation des discours et des pratiques autour du suicide au XXe siècle s'explique par la formation d'un réseau d'institutions prenant en charge cette question cette question. C'est, en ce sens, que nous nous sommes tournés en premier lieu vers les archives de la psychiatrie et dans le cadre du département de Maine-et-Loire, les archives de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Ces archives sont conservées sur place. Nous avions déjà consulté les registres d'aliénés de cette institution, de l'ouverture de l'asile en 1844 jusqu'en 1855 pour notre mémoire qui portait l'année dernière sur la question du suicide au XIXe siècle. Nous formulons un projet d'étude similaire cette année, toutefois du fait de la massification du nombre de patients en psychiatrie à partir de la charnière entre le XIXe et le XXe siècle, il n'est pas possible de produire une étude empirique d'une envergure telle sur cette période. Nous avons donc choisi de faire des échantillons en prenant un registre tous les dix ans, en ajoutant des observations sur les registres pendant des périodes de crise comme la Première et la Seconde Guerre mondiale. Nous allons également chercher à pallier des éléments que nous n'avions pas à disposition l'année dernière concernant les soins apportés aux suicidants en se référant aux transmissions journalières de l'hôpital (en 17 HS R) et aux rapports médicaux annuels (en 17 HS L).

De même, nous avons cherché à explorer les archives d'autres institutions suicidogènes comme le pensionnat pour jeunes filles du Bon Pasteur. Pour le moment, je me suis intéressé aux dossiers individuels des pensionnaires de Cholet, mais à la

[49] FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, John Libbey Eurotext, Paris, 2001, 446 p.

différence des registres de l'hôpital psychiatrique, les cas sont beaucoup plus rares. Il est, donc, plus intéressant d'observer les parcours de vie de quelques suicidantes, notamment parce que dans le cas de tentatives de suicide le pensionnat avait l'habitude de confier ses pensionnaires à l'hôpital psychiatrique. Enfin, fait rare pour être signalé, nous avons trouvé aux archives départementales de Maine-et-Loire, un dossier (1 Y 154) comprenant 54 comptes-rendus de suicides et tentatives de suicides intervenus à la maison d'arrêt de Fontevraud entre 1897 et 1920. L'intérêt de ces archives est de confronter les observations de l'administration pénitentiaire au début du XIXe siècle aux consignes données par le ministère de l'Intérieur, mais aussi aux débats postérieurs en sociologie sur les types de suicides en prison, particulièrement après la publication de l'étude de Nicolas Bourgoin en 1994 sur *Le suicide en prison*[50].

Pour ce qui est d'autres sources dont je dispose dans le département de Maine-et-Loire, nous pouvons citer le fonds Janine Brouard (257 J), déposé aux archives départementales, du nom d'une ethnologue qui avait travaillée à l'Institut de psychologie et sociologie appliquées (IPSA) dépendante de l'UCO à Angers et qui comprends diverses enquêtes menées par Janine Brouard et ses étudiants sur les mœurs des Angevins dans les années 1970-1980, dont une sur la question du suicide.

Pour ce qui est des archives régionales de la région Pays de la Loire en elle-même, nous allons nous pencher sur les financements alloués aux programmes hospitaliers (132 PR), nous nous intéresserons également à la population des personnes âgées très touchées par le suicide (204 PR), les rapports de la Conférence régionale de santé (477 PR) et enfin le financement des organismes médico-sociaux (105 PR). Pour ce qui est des archives départementales de Loire-Atlantique toujours à Nantes, nous avons repéré des comptes rendus de suicides de détenus qui seraient à mettre en parallèle avec ceux de Fontevraud (1 Y 81, 1305 W 104 et 1115 W 51). Nous avons également des suicides relevés par la police judiciaire dans la deuxième partie du XXe siècle (1136 W 459-462, 478, 488 et 242 J 33) dont nous pourrions comme les fonds carcéraux faire une lecture lexicométrique. Nous avons également à disposition des archives concernant des

[50] BOURGOIN Nicolas, *Le suicide en prison*, L'Harmattan, Paris, 1994, 271 p.

programmes régionaux de luttes contre le suicide (2674 W 45 et 2734 W 33-35). Pour ce qui est des archives départementales de Vendée à La Roche-sur-Yon, nous avons comme en Loire-Atlantique des rapports autour de suicides intervenus en prison (1 Y 49) et en hôpital psychiatrique (1 Y 103). Pour ce qui est des archives départementales de la Mayenne à Laval, nous avons le cas d'une gravure représentant le suicide d'un employé de cinéma en 1906 à Laval (1 J 766), ce qui offrirait un cas intéressant pour faire une étude de trajectoire, mais également les archives de l'hôpital psychiatrique de la Roche-Gandon (382 W 33-42). Nous disposons également de sources de sources concernant les archives départementales de la Sarthe tant médical avec l'enquête en 1964 du docteur Claude Ranvoizé sur *Le Suicide en milieu rural dans la Sarthe*[51] ou encore de suicides intervenus dans les prisons du département de la Sarthe (1 Y 144). Enfin, derniers types de sources, ce sont les articles de la presse locale qui nous permettent de documenter des cas de suicides précis qui sont légion dans les pages faits divers, mais aussi scientifiques, ces supports nous permettant de documenter les discours et l'arrière-plan culturel dans lequel étaient immergées les pratiques autour du suicide en Pays de la Loire au XXe siècle.

Cette approche comparatiste et nourrie d'épistémologie des sciences nous amène à nous interroger, en premier lieu, sur la « gestion des risques »[52], terme repris au sociologue Robert Castel qui s'intéressait en 1981 aux mutations du champ psychiatrique post-1968 avec la désinstitutionalisation progressive de la pratique psychiatrique. Ce concept désigne alors la propension du champ psychiatrique, pour limiter l'engorgement hospitalier et la pratique de l'enfermement, à l'élaboration de politiques de prévention qui vise à identifier les populations présentant des fragilités psycho-sociales ou dites « à risque » le plus précisément et le plus tôt possible pour permettre la mise en place d'une surveillance et de soins hors de l'hôpital. Dans notre volonté d'historiciser la prise en charge du suicide, nous allons montrer que les cadres de pensée de la prévention se constituent dès le début du XXe siècle et connaissent une accélération majeure post-Seconde Guerre mondiale avec l'apparition dans les années 1960 de la suicidologie. Ce premier terme s'accompagne d'un second qui tend à décrire la dynamique historique qui

[51] RANVOIZE Jean-Claude, *Le Suicide en milieu rural dans la Sarthe*, Le Mans, Imprimerie Jobidon, 1964, 112 p.

[52] CASTEL Robert, *La Gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Editions de Minuit, Paris, 1981, 224 p.

fonde la prise en charge du suicide au XXe siècle : la gouvernementalité. Elle désigne, ici, le processus qui vise à rendre le plus efficient possible les manières de lutter contre les manifestations du suicide, en s'appuyant sur de nouvelles technologies de pouvoir. Comme nous allons le voir à travers le corps de notre plan ce processus lie intimement histoire des sciences et politiques publiques, qui sont l'ensemble des décisions prises à différents échelons par les services de l'Etat dans l'objectif de réguler un ensemble de problématiques liées à un ensemble de groupes sociaux qui forment une « population » sur un territoire donné. Par conséquent, nous allons nous demander : comment la gestion des risques suicidaires en région Pays de la Loire s'inscrit dans de nouvelles formes de gouvernementalités et participe à la construction de politiques publiques centrées sur les populations dépendant de ce territoire et de ses institutions au cours du XXe siècle ?

La première partie de notre développement s'intéresse aux manifestations du suicide en contexte fermé, car ces milieux soit présentent une forte suicidalité, soit favorisent de par une surveillance accrue un grand nombre d'écrits quant aux manifestations suicidaires en son sein. Sur ce dernier point, le sociologue Erving Goffman a créé en 1961 dans son ouvrage *Asiles : études sur la condition des malades mentaux*[53] le concept d'« institution totale » qui désigne un lieu dans lequel des individus sont enfermés en permanence et sont totalement dépendants de ce dernier. Cette définition vaut tout autant pour le modèle psychiatrique que carcéral ou encore les centres de rééducation pour jeunes, d'autant plus qu'il existe une forte synergie sur le plan local entre ces institutions sur la question du suicide où en cas de passage à l'acte, l'intervention d'un médecin est toujours requise et peut amener à l'internement de l'individu suicidant. Nous cherchons à démontrer dans cette partie que les évolutions de la législation et des pratiques qui entourent les manifestations suicidaires en cadre fermé nous informent également sur les mutations que vont connaître ces « institutions totales » entre pressions des acteurs de la société civile comme les associations intervenants auprès des prisonniers et conception politique et rationaliste de la fonction sociale de l'enfermement qui amène à l'« humanisation progressive » de ces lieux fermés.

[53] GOFFMAN Erving, *Asiles : Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Les Éditions de minuit, 2013 (première édition : 1968), 452 p.

Dans le deuxième temps de notre étude, nous montrerons comment les expériences de prévention en contexte fermé vont être adaptées, généralisées et optimisées en population générale au cours du XXe siècle, en empruntant le concept de « biopolitique » au philosophe Michel Foucault. A travers la problématique de la prise en charge du suicide, nous allons démontrer qu'au XXe siècle, la « biopolitique » rentre dans un nouveau régime d'historicité favorisé par un progrès de la connaissance scientifique et des techniques de surveillance de plus en plus sophistiqués. Sur la prévention du suicide en elle-même, cela nous amène à prouver que la rationalisation des discours et des pratiques qui entourent le suicide forme une construction politique au long court. Nous finissons notre démonstration à travers le portrait des nouveaux acteurs qui participent à la réalisation de cette construction « biopolitique » à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale, que ce soit le cadre de l'université et des institutions de recherche qui participe à l'objectivation de la prise en charge du suicide, que des mesures effectuées par les institutions régionales comme l'Observatoire régionale de la santé ou au niveau départemental de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ou encore du secteur associatif qui depuis la fin des années 1970 prend une place de plus en plus prépondérante dans la prise en charge du suicide.

PARTIE I : SUICIDES ET ENFERMEMENT : L'« INSTITUTION TOTALE » AU PRISME DU XXE SIECLE

Propos liminaire : Du concept d'« institution totale » au « stigmate » : l'apport de l'approche sociologique d'Erving Goffman

En 1961, le sociologue états-unien Erving Goffman publie un essai[54] dans lequel il revient sur une enquête qu'il a mené à l'intérieur des murs d'un des premiers hôpitaux psychiatriques du pays, le St Elizabeths Hospital à Washington D.C. Dans cet ouvrage traduit en français en 1968 sous la direction du sociologue Robert Castel, Erving Goffman développe le concept d'"'institution totale" qu'il conçoit alors comme un lieu totalement fermé qui, en coupant du monde les individus enfermés en son sein, transforme leur rapport aux autres et à eux-mêmes. Il en donne la définition suivante dans l'« Introduction » de son étude : « On peut définir une institution totalitaire (*total institution*) comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées[55]. » Ces institutions constituent des lieux de socialisations particulier, au sens, où l'individu ne peut se soustraire à aucun moment au mode de fonctionnement que celles-ci lui imposent. Ce type de modèle institutionnel vaut tout autant pour le cadre carcéral que psychiatrique selon Goffman : « Les prisons constituent un bon exemple de ce type d'institutions, mais nombre de leurs traits caractéristiques se retrouvent dans des collectivités dont les membres n'ont pas contrevenu aux lois. Cet ouvrage traite des institutions totalitaires en général, et des hôpitaux psychiatriques en particulier. Le centre de cette étude est l'univers du reclus (*inmate*), et non celui du personnel d'encadrement, son objectif majeur étant d'élaborer une théorie sociologique de la structure du moi (*self*).[56] »

---

[54] GOFFMAN Erving, *Asiles : Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de minuit, Paris, 2013 (première édition : 1968), 451 p.

[55] *Ibid.*, p. 41.

[56] *Ibid.*, p. 41.

Il est bien sûr difficile, ici, de ne pas avoir ici la parenté entre l'analyse que fait Goffman de « l'institution totale » de la critique foucaldienne de ce que le philosophe appelle alors les « institutions disciplinaires » et qu'il perçoit comme autant de lieux fermés dont l'objectif est d'amener par la surveillance, la sanction ou encore l'éducation les individus à se soumettre aux attentes de la société. L'exemple que développe en priorité Foucault dans *Surveiller et Punir* est bien sûr celui du Panoptique de Bentham, utopie architecturale et politique adaptée au système carcéral au XIXe siècle pour maintenir l'illusion d'une surveillance permanente auprès des détenus enfermés dans des cellules, toute surveiller d'un point central en hauteur[57]. Pour autant, l'élaboration de ces institutions entre la fin du XVIIe siècle et du XVIIIe siècle, selon Foucault, a pour but de généraliser ces systèmes de surveillance à l'ensemble de la société : "Ces disciplines que l'âge classique avait élaborées en des lieux précis et relativement fermés – casernes, collèges, grands ateliers – et dont on n'avait imaginé la mise en œuvre globale qu'à l'échelle limitée et provisoire d'une ville en état de peste, Bentham rêve d'en faire un réseau de dispositifs qui seraient partout et toujours en éveil, parcourant la société sans lacune ni interruption. L'agencement panoptique donne la formule de cette généralisation. Il programme, au niveau d'un mécanisme élémentaire et facilement transférable, le fonctionnement de base d'une société toute traversée et pénétrée de mécanismes disciplinaires[58]. » Cette généralisation de l'appareil disciplinaire fait écho à un autre concept foucaldien, celui de « gouvernementalité », qu'il développe dans ces *Dits et écrits*[59] comme un ensemble de pratiques étatiques qui se sont constituées à partir de l'époque moderne dans l'optique de réguler de surveiller de manière rationnelle les populations qui dépendent de son champ territorial. C'est cette hypothèse politico-historique que nous allons chercher à confronter à notre historicisation des modes de prévention du suicide qui sont mis en œuvre, dans un premier temps, dans les institutions fermées dès la fin du XIXe siècle pour, ensuite, être généralisés à l'ensemble de la société.

---

[57] Voir illustration dans FOUCAULT Michel, *Surveiller et Punir : Naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 2013 (première édition : 1975), p. 220.

[58] *Ibid.*, p. 202-203.

[59] FOUCAULT Michel, « La gouvernementalité » dans *Dits et écrits, Tome III (1976-1979)*, Gallimard, Paris, 1994, p. 635-657.

L'intérêt de confronter l'approche de Goffman au regard de l'historien et l'approche foucaldienne dans une étude sur le suicide tient également dans son concept de « stigmate », au sens où nous entendons, encore aujourd'hui, le suicide et ses diverses manifestations comme autant d'actes qualifiés d'« anormaux[60] » ou para-sociaux. Si le suicide constitue un tabou dans nombre d'aires civilisationnelles comme ont pu le montrer des travaux d'anthropologues[61], au même titre que l'inceste ou le parricide, il n'en demeure pas moins que sa condamnation sociale quant à elle à varier selon les époques, les systèmes philosophiques ou juridiques alors en place, en témoigne par exemple la glorification de certains « suicides héroïques » dans la Grèce et Rome antique et pris comme modèle littéraire et philosophique à la fin du XVIIIe siècle[62]. Ce qui constitue la spécificité du suicide à l'époque contemporaine, à la suite de sa dépénalisation en France en 1791, comme nous l'avons montré l'année dernière, c'est la pathologisation croissante des problématiques entourant le suicide dès la fin du XVIIIe siècle avec l'émergence du discours psychiatrique[63] et la désindividualisation progressive de la mort volontaire avec l'apparition d'outils statistiques[64] dès les années 1820 autour du suicide et enfin son objectivation par la sociologie, permise par Durkheim en 1897. C'est sur cette structure des mentalités que se constitue la prise en charge du suicide dès le début du XXe siècle. Pour en revenir au concept de « stigmate », selon Goffman ce dernier renvoie au fait de disposer d'une caractéristique dans l'histoire de la personnalité d'un individu qui le distingue du groupe et qui le rend donc au regard des institutions sociales « anormal » :

---

[60] En 1974, Foucault consacre un cours sur la perception des individus considérés comme « anormaux » et qui a amené au XIXe siècle la société à penser un certain nombre de technologie pour les corriger : « Le cadre de référence de l'individu à corriger est beaucoup plus limité : c'est la famille elle-même dans l'exercice de son pouvoir interne ou dans la gestion de son économie ; ou, tout au plus, c'est la famille dans son rapport avec les institutions qui la jouxtent ou qui l'appuient. L'individu à corriger va apparaître dans ce jeu, ce conflit, ce système d'appui, qu'il y a entre la famille et puis l'école, l'atelier, la rue, le quartier, la paroisse, l'église, la police, etc. » (FOUCAULT Michel, *Les Anormaux (1974-1975)*, Paris, Gallimard, 1999, p. 52).

[61] Voir BAUDRY Patrick, *Corps, morts et problématiques suicidaires (3 volumes)*, sous la direction de Louis-Vincent Thomas, thèse en sociologie, Paris, Université Paris Descartes, 1989, 955 p.

[62] Voir FAVRE Robert, « Chapitre XI. Du suicide au sacrifice héroïque » dans *La Mort au siècle des Lumières*, Lyon, PUL, 1978, pp. 469-496.

[63] Voir PINEL Philippe « Observations sur une espèce particulière de mélancolie qui conduit au suicide » dans Antoine François FOURCROY (de), *La médecine éclairée par les sciences physiques, ou Journal des découvertes relatives aux différentes parties de l'art de guérir*, Paris, Buisson, 1791, p. 154-159 (Volume 1) et p. 199-201 (Volume 2).

[64] Pour la première occurrence de statistiques officielles sur le suicide en France, voir : MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, Paris, Imprimerie royale,1828, p. 21.

« Le mot de stigmate servira donc à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler. L'attribut qui stigmatise tel possesseur peut confirmer la banalité de tel autre et, par conséquent, ne porte par lui-même ni crédit ni discrédit[65]. » Ce que met en lumière ici Goffman est que le fait qu'un individu soit stigmatiser en raison de tel ou tel trait de sa personnalité ne tient pas en soi de l'acte ou l'attitude qu'il manifeste en soi, mais de la manière dont le corps social le perçoit et l'amène par cet étiquetage à recevoir un traitement différent des autres individus. Dans le cas du suicide, comme nous allons le voir, cette différence de traitement se fait jour non seulement par la mise à l'écart des personnes suicidantes à l'intérieur même des institutions fermées, mais également par la pathologisation de l'acte suicidaire au point de silencer le témoignage des suicidants eux-mêmes. C'est ce que Goffman qualifie aux yeux de la société de « tares du caractère », au sens où les manifestations du suicide sont alors considérées comme autant d'actes qui vont à l'encontre de la morale majoritairement partagée par la population générale : « Ensuite, on trouve les tares du caractère qui, aux yeux d'autrui, prennent l'aspect d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, qu'il est ou a été, par exemple, mentalement dérangé, emprisonné, drogué, alcoolique, homosexuel, chômeur, suicidaire ou d'extrême-gauche[66]. »

Toutefois, il nous reste à démontrer que cette socialisation particulière qu'entretient le suicidant du fait du stigmate provoqué par son acte trouve un intérêt heuristique en histoire. C'est dans cette perspective que nous nous faisons écho d'un article daté de 2014 dans la revue *Hypothèse* portant sur « Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique » ». Dans cet article, les deux autrices repartent d'une réflexion de l'historienne du genre, Joan Scott, sur l'intérêt de faire l'histoire des populations stigmatisées et des « identités minorées » pour construire des ponts entre les théories de Goffman et la démarche historique. L'une des pistes de recherche que mettent à jour dans cet article est l'étude du stigmate à travers les archives des institutions dont bien sûr il est important de contextualiser à chaque fois le cadre pour comprendre le sens des

[65] GOFFMAN Erving, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de Minuit, 1975 (première édition : 1963), p. 13.

[66] *Ibid.*

productions qu'elles émettent : « C'est alors une histoire institutionnelle du stigmate qui est privilégiée, car les institutions – au sens classique d'organisation productrice de normes et/ou capable de les imposer – laissent des traces et des archives. L'essentiel d'entre elles émanent d'institutions dominantes (justice, police, hôpital, école) et formulent des représentations auxquelles elles donnent une intensité plus ou moins performative. Elles forgent des cadres et des supports matériels, des murs, des registres, des frontières qui contribuent à promouvoir ces normes et à les médiatiser, mais aussi à les mettre en scène et du coup à les transformer[67]. » C'est cette piste que nous allons suivre dans cette première partie pour enquêter sur les germes de la prévention du suicide en contexte fermé dès le début du XXe siècle et ainsi interroger les divers concepts de nature sociologique que nous venons d'introduire à la lumière d'institutions locales, à l'échelle de la région Pays de la Loire. Le premier chapitre est ainsi consacré au cadre carcéral dont les premières archives sur le suicide datent de la fin du XIXe siècle. Un deuxième chapitre est quant à lui réservé à la question des métamorphoses du champ psychiatrique au cours du XXe siècle autour de la problématique du suicide. Enfin, le dernier chapitre qui clôt cette première partie est quant à lui consacré à la problématique du suicide dans les centres de rééducation juvénile et dans la manière dont la jeunesse devient un objet de socialisation et d'institutionnalisation à part entière.

[67] PLUMAUZILLE Clyde et ROSSIGNEUX-MEHEUST Mathilde, « Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique » », *Hypothèses*, volume 17, n°1, p. 220-221.

Chapitre I : Le modèle du suicide carcéral : entre surveillance et réformes

Introduction : Carcéralité et production documentaire à l'épreuve de la modernité

En 1975, Michel Foucault publie l'un de ses écrits les plus célèbres : *Surveiller et Punir*. Dans cet ouvrage, il revient sur les raisons pour lesquelles le modèle carcéral s'est imposé depuis la fin du XVIIIe siècle et dont il juge qu'il participe aux nouvelles technologies de surveillance de la population. Parallèlement, il fonde dès 1971 avec l'historien Pierre-Vidal Naquet et l'écrivain catholique Jean-Marie Domenach le Groupe d'information sur les prisons (GIP) qui s'auto-dissout fin décembre 1972 pour laisser la place à un autre mouvement dont Foucault est également membre : le Comité d'action des prisonniers (CAP). Proche, à cette époque, de l'extrême-gauche, ce groupe vise à informer le monde extérieur de la condition des prisonniers, en leur donnant la parole, tout en militant pour la fin du système carcéral jugé inique par ses membres[68]. De plus, le GIP a tenu une revue composée de quatre numéros, *Intolérable*, dont le dernier numéro s'intitule « Suicides de prison »[69], nous allons avoir l'occasion d'y revenir au cours de ce chapitre.

C'est, donc, bel et bien, un point de vue situé historiquement et politiquement que nous avons avec Michel Foucault. Pour autant, le philosophe a eu le mérite d'être un des premiers à réfléchir à une histoire contemporaine de la prison, en ayant à cœur de comprendre le basculement idéologique qu'induit le système carcéral dont il attribue la fonction suivante : « Presque sans toucher au corps, la guillotine supprime la vie, comme la prison ôte la liberté, ou une amende prélève des biens. Elle est censée appliquer la loi moins à un corps réel susceptible de douleur, qu'à un sujet juridique, détenteur, parmi d'autres droits, de celui d'exister[70]. » Pour lui, le système carcéral est l'application des idéaux d'égalité abstraite qui ont émergé au cours du XVIIIe siècle et ce sont réalisés avec

[68] Voir FOUCAULT Michel, "Manifeste du GIP" dans *Dits et écrits, Tome II (1970-1975)*, Paris, Gallimard, 1994, p. 174.

[69] « Suicides de prison », *L'intolérable*, n°4, 1973, 64 p.

[70] FOUCAULT Michel, *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 19.

la Révolution et ceux de libertés, en privant celui qui contrevient à l'ordre public de cette dernière et en appliquant à chacun une peine proportionnée à son délit, régie par la loi et dans des institutions où le traitement de la détention doit être le plus uniforme possible.

Pour faire respecter ces préceptes, le système carcéral s'est construit autour d'une administration extrêmement hiérarchisée et dont la principale fonction est de faire respecter l'ordre à l'intérieur des prisons par l'usage de la surveillance. L'historien Christian Carlier, également directeur d'un établissement pénitentiaire, a consacré un article sur la question de l'histoire des prisons de l'Ancien Régime à nos jours, montrant qu'elles ont connu un âge d'or du Second Empire jusqu'à la désorganisation provoquée par la Seconde Guerre mondiale, à travers l'établissement de statistiques pénitentiaires dès 1852 et l'établissement de premiers syndicats de surveillants pénitenciers au début du XXe siècle[71]. Toutefois, comme l'a montrée l'historienne Sophie-Anne Leterrier, le modèle carcéral a connu de nombreux échecs au XIXe siècle, le plus souvent faute de moyen, que ce soit pour les colonies pénitentiaires ou la mise en place de cellules individuelles à partir du deuxième tiers du XIXe siècle, s'inspirant du modèle d'Auburn que décrit Tocqueville *Du système pénitentiaire aux États-Unis et de son application en France* en 1833[72].

Cette surveillance et mise au pas du prisonnier passe également par le travail organisé en prison de manière continue jusqu'en 1987 dans l'optique de rééduquer le prisonnier à la vie sociale comme l'explique Patrick Bellenchombre dans la *Nouvelle Revue de psychosociologie* en 2006 : « Majoritairement mal rémunéré, dépourvu de

[71] CARLIER Christophe, « Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours », *Criminocorpus*, 2009, consulté le 01/04/2024 : https://journals.openedition.org/criminocorpus/246.

[72] « En réalité, l'idéologie officielle de l'amendement n'est jamais suivie de moyens au XIXe siècle, et le régime cellulaire mis en œuvre avec parcimonie ne peut que tourner à la barbarie. Au total, la prison brise les hommes, les détruit, elle achève d'exclure ceux qu'elle doit réformer. Les hommes de la Révolution qui ont pensé le dispositif pénitentiaire ne l'ont jamais aménagé. L'Empire a multiplié les établissements sans organiser le régime intérieur. L'état réel des prisons est resté déplorable, et le nombre de cellules très insuffisant. Toutes sortes de raisons expliquent cet état de fait : d'une part, la thèse de la prison pénale a eu dès le début des adversaires, au parlement comme sur le terrain. Dans l'enquête ministérielle de 1833, les directeurs de maisons centrales répondent presque tous que la réclusion solitaire ne peut corriger les condamnés. » (LETERRIER Anne-Sophie, « Prison et pénitence au XIXe siècle », *Romantisme*, n°142, publié en 2008, consulté le 01/04/2024 URL : https://www.cairn.info/revue-romantisme-2008-4-page-41.htm, p. 50).

spécialisation, soumis à la cadence, le travail en prison d'aujourd'hui ressemble de très près au travail accompli de force au XVIe siècle. S'il semble ne pas pouvoir changer, outre les discours qui justifient son impossible évolution, on peut l'imputer à des pratiques et à des croyances profondément ancrées dans ce qui l'a fait exister. Autrefois conçu comme une occupation nécessaire, il est désormais perçu par l'institution carcérale comme une simple occupation régulatrice des tensions carcérales et comme un signe visible de la volonté d'insertion sociale du travailleur incarcéré[73]. » A travers, le travail et sa documentation, que ce soient des documents comptables ou l'observation des gardiens quant à l'attitude des prisonniers, il donne un bon exemple de la façon dont la carcéralité met en jeu le corps et la santé du prisonnier et produit des formes de socialisation à part entière, mais toujours contrôlées et surveillées appliquant les directives ministérielles et les utopies philanthropiques décrétées le plus souvent à l'extérieur des murs de la prison.

Ce particularisme de la vie sociale induite par le carcéral s'accompagne d'une surabondance documentaire qui doit permettre de réguler et modeler l'expérience des détenus d'une prison à l'autre comme l'explicite l'historienne Aya Umezawa. Elle note qu'une véritable science de la prison et des prisonniers s'est développée à partir des années 1820, nourrie par la crainte d'une augmentation de la population carcérale relevé dans le Compte général de l'administration criminelle publiée à partir de 1827 : « À la vue de ces statistiques, les enquêteurs ont conclu, sans prendre en considération l'augmentation de la population totale, que les prisonniers se multipliaient avec une rapidité alarmante — comme si la masse des prisonniers, dont ils ont réellement vu une partie en prison, était incarnée par ces chiffres et resurgissaient devant leurs yeux, comme une menace sourde[74]. » Plus insolite, la littérature occupe une place à part à l'intérieur des prisons, représentant les dangers et la violence qui y règne comme en témoigne les *Mémoires* de Vidocq, ancien bagnard devenu policier, qu'il publie entre 1828 et 1829.

---

[73] BELLENCHOMBRE Patrick, « Le travail, la peine et la prison. Approche socio-historique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°1, publié en 2006, consulté le 24/04/2024, URL : https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006-1-page-209.htm, p. 216.

[74] UMEZAWA Aya, « L'histoire des sens et les prisonniers : la science pénitentiaire et la littérature des prisonniers », *Epistémocritique*, vol. 19, 2021, URL : https://epistemocritique.org/3-lhistoire-des-sens-et-les-prisonniers-la-science-penitentiaire-et-la-litterature-des-prisonniers/.

Ce motif du corps et des interactions sociales dans un contexte de forte promiscuité et de haute surveillance trouve aussi une signification particulière dans l'optique de surveiller la santé des prisonniers. C'est ce que met en tout cas en relief Pierre-Olivier Chaumet, maître de conférences en histoire du droit, à travers une étude sur les établissements pénitentiaire de Seine-et-Oise au cours du XIXe siècle[75]. La prison est d'une ambiguïté singulière quant à la place de la santé du détenue, entre d'un côté son maintien en vie dans des conditions physiques nécessaires pour qu'il accomplisse des tâches capables de le ramener aux attendus de la société, de l'autre il ne doit pas bénéficier de trop de soins pour qu'il soit châtié et ne trouve pas dans la prison un refuge contre la misère : « Au XIXe siècle, la prison devient progressivement un laboratoire d'expérimentation pour toutes les idées hygiénistes novatrices. De véritables politiques de santé sont ainsi lancées, afin de préserver le bien-être physique des prisonniers. Cette recherche d'une meilleure hygiène de vie des détenus débouche naturellement sur une nouvelle police sanitaire des établissements pénitiaires. [...] Afin de s'assurer de leur bon état sanitaire, différentes mesures sont entreprises par l'administration pénitentiaire pour faire de la prison un lieu propre, exempt de toute maladie [...]. Si, pour une partie des médecins-hygiénistes, les lois de l'humanité défendent d'imposer au détenu des privations et de souffrances inutiles, d'autres praticiens n'entendent pas « pousser trop loin la philanthropie ». Pour ces derniers, la prison ne doit pas devenir un lieu de refuge pour malheureux, assurés d'y trouver entre ses murs le minimum nécessaire à leur survie[76]." Il est facile de comprendre aisément en quoi cette double injonction rend problématique la prise en charge des tentatives de suicide en prison au début du XXe siècle, entre volonté de maintenir en vie le détenu sans trop lui donner de soins, si bien que le traitement administré comme nous allons le voir passe avant tout par la surveillance et l'isolement.

L'historienne Laurence Guignard, spécialiste du savoir au XIXe siècle, notamment dans le contexte judiciaire, a consacré deux contributions à la question de la prise en charge du suicide en prison. Le premier texte s'insère dans un ouvrage collectif sur

[75] CHAUMET Pierre-Olivier, « Emprisonnement et santé au XIXe siècle : l'exemple des établissements pénitentiaires de Seine et Oise », *Revue historique de droit français et étranger*, 2010, p. 241-275.

[76] *Ibid.*, p. 246.

l'histoire des enfermements et s'intitule « Enfermement et suicide sous la IIIe République : le paradigme de la discipline[77] » et le second est une contribution sur « Le suicide, une pathologie carcérale ? » à une journée d'étude intitulée : *La pathologie du suicide. Pour une nouvelle histoire des enjeux médicaux et socio-politiques aux XIXe-XXe siècles*[78]. Pour elle, le système carcéral, à la fin du XIXe siècle, connaît une mutation dans son rapport au suicide, en premier lieu, parce qu'ils semblent plus nombreux à l'intérieur des murs de la prison. En effet, la *Statistique des prisons et établissements pénitentiaires* établissait en 1857 qu'il n'y avait que « 4 suicides et 8 morts par accident[79] ». Pour l'année 1878, ce relevé statistique fait état du double de suicides, bien qu'on peut questionner la précision de ces relevés : « On relève, dans les établissements affectés aux hommes, 8 tentatives de suicide par suspension, strangulation, chute et autres moyens et 7 suicides accomplis avec les mêmes modes de perpétration ; on ne constate chez les femmes, qu'une seule tentative à l'aide d'un instrument tranchant[80]. » D'ailleurs dans le rapport de 1898 une section spécifique a été créée autour de la question de l'« Aliénation mentale – Suicides ». A cette question du nombre de suicides en prison, Guignard avance également que c'est la normativité croissante des rapports administratifs et l'inflation du nombre de ces rapports qui expliquent que cette question devienne un objet d'intérêt pour l'administration pénitentiaire, en témoigne la *Statistique des prisons et établissements pénitentiaires* que nous venons de citer et qui a été créée en 1856. Dernier élément d'explication rapporté par l'historienne, la création des cellules de sûreté à partir des années 1840 permet de mieux isoler les suicidants du reste de la population carcérale et de permettre une intense surveillance de ces détenus de la part des gardien, nourrissant par la même occasion un début de foisonnement documentaire sur la question en contexte carcéral. Cette date correspond, d'ailleurs, toujours selon l'historienne, aux premiers écrits sur la prévention du suicide en prison. Comme le rappelle Laurence Guignard, le fait de lutter contre le suicide en prison, malgré la dépénalisation de la mort volontaire en

---

[77] GUIGNARD Laurence, « Enfermement et suicide sous la IIIe République » dans HEUILLANT-DONNAT Isabelle et Claustre JULIE (dir.), *Enfermements, Volume 2*, Paris, Presses Universitaires de la Sorbonne, 2015, p. 375-391.

[78] GUGNARD Laurence « Le suicide, une pathologie carcérale » dans Marc RENEVILLE et Eva YAMPOLSKY, *La pathologie du suicide. Pour une nouvelle histoire des enjeux médicaux et socio-politiques aux XIXe-XXe siècles*, 2018, consulté le 24/04/2024, URL : https://journals.openedition.org/criminocorpus/3813.

[79] *Ibid.*

[80] *Statistique des prisons et des établissements pénitentiaires*, Paris, ministère de l'Intérieur, 1898, p. 40-41.

1791, tient du fait que la mort d'un prévenu comme d'un détenu depuis le *Code des délits et des peines* de 1795 sous la Révolution éteint toute poursuite du processus pénal : "Comme dans le monde libre, le suicide est dépénalisé depuis 1791 mais, en prison, puisque la mort éteint toute poursuite, ainsi que l'affirme le *Code des délits et des peines* de 1795, il est une manière d'échapper à la peine qui doit être jugulée par une administration chargée, en outre, si ce n'est du bien-être des détenus ou de leur amendement qui demeure un horizon lointain, au moins de leur entretien[81]. »

Il y a aussi dans cet esprit de « science de la prison » comme le qualifie l'historienne Aya Umezawa de penser le suicide à travers les standards scientifiques de son époque avec une influence croissante de la statistique morale et en toute fin de siècle de la sociologie faisant du suicide un fait social que l'on peut réguler en identifiant les facteurs qui en favorisent le développement : « La date de sa publication – *Le suicide* paraît en 1897 – est également significative puisqu'elle correspond presque exactement à un point maximum d'intérêt institutionnel pour le suicide carcéral, révélant certainement une inquiétude sociale plus vaste[82]. » Comme le montre l'historienne Laurence Guignard, une véritable politique de prévention du suicide en prison est décidée à partir des années 1860, le ministère de la Justice explique ainsi dans son « Instruction générale du 20 mars 1868" que les suicides sont des « faits particulièrement graves, lorsqu'ils s'accomplissent à l'intérieur d'une prison, c'est-à-dire à côté d'agents spécialement chargés de veiller, jour et nuit, sur la population détenue[83] ». Dès 1864, une enquête de l'administration pénitentiaire vise à éliminer tous les éléments physiques à l'intérieur des prisons qui permettraient aux détenus de mettre fin à leurs jours. Plusieurs circulaires sont alors mis en œuvre pour éviter le suicide en milieu carcéral comme celle du 12 avril 1866 qui permet de revêtir la camisole de force à un détenu qui aurait tenté de se suicider. Autre exemple, une circulaire du 21 mars 1877 oblige les gardiens a prodigué les soins de premiers secours aux pendus dès la découverte du corps pour tenter de les ramener à la vie. Ces instructions permettent à la fois de standardiser les pratiques des agents

[81] GUGNARD Laurence « Le suicide, une pathologie carcérale » dans Marc RENEVILLE et Eva YAMPOLSKY, *La pathologie du suicide. Pour une nouvelle histoire des enjeux médicaux et socio-politiques aux XIXe-XXe siècles*, 2018, consulté le 24/04/2024, URL : https://journals.openedition.org/criminocorpus/3813.

[82] UMEZAWA, *Ibid.*

[83] GUIGNARD Laurence, *Ibid.*

carcéraux, tout en produisant du savoir sur la manière de prendre en charge le suicide, imbriquant ainsi savoirs et pratiques : « Le déploiement de la surveillance intensive et des enquêtes administratives a pour effet corollaire de produire des savoirs empiriques sur le suicide qui permettent en retour de raffiner la surveillance. Les statistiques pénitentiaires permettent ainsi de repérer le « choc carcéral », dans les quelques jours ou le mois qui débute la détention[84]. »

En fin de compte, comme nous avons cherché à le montrer, dans un premier temps, la prison est un acteur socio-historique dont les rapports au suicide sont induits par un mode de fonctionnement où le corps du détenu est étroitement contrôlé que ce soit par la sanction ou le travail. De plus, il existe une histoire spécifique de la prise en charge du suicide en prison qui passe par l'incorporation des savoirs médico-sociaux qui émergent sur la mort volontaire à la fin du XIXe siècle aux instructions du ministère de la Justice données aux agents pénitentiaires. Nous allons, donc, dans un premier temps examiné ces instructions et leurs évolutions au cours du XXe siècle, puis nous allons analyser la prise en charge effective du suicide en prison à travers l'exemple de la maison centrale de Fontevraud entre 1897 et 1920, avant de comparer ce corpus tiré de Fontevraud à d'autres prisons de la Région Pays de la Loire sur le temps long.

1) L'administration pénitentiaire et la standardisation progressive de la prise en charge du suicide en prison au cours du XXe siècle

Les psychiatres Nathalie Papet et Sylvie Lepinçon ont sorti en 2005 un livre intitulé: *Le suicide carcéral : des représentations à l'énigme du sens*. Elles reviennent sur l'histoire de la prise en charge du suicide en prison, expliquant que le temps de détention doit permettre d'amener l'individu à revenir sur le droit chemin et donc qu'il est nécessaire qu'il accomplisse sa peine jusqu'à son terme : « L'exécution de la peine se charge de honte. Dans cette voie, l'exécution de la peine tend à devenir un secteur autonome, un secteur administratif confié longtemps au ministère de l'Intérieur. Il n'est plus uniquement question d'une expiation mais aussi d'une amélioration, d'une

[84] *Ibid.*

correction, peut-être d'une guérison[85]. » Pour les deux autrices, les premiers développements du secteur de la santé en milieu carcéral datent de l'ordonnance de 1670 qui institue un droit au soin pour les détenus : « Voulons que les prisons soient sûres et disposées en sorte que la santé des prisonniers n'en puisse être altérée[86]. » En 1810, l'article 64 du Code Pénal exclut qu'on puisse enfermer une personne atteinte de folie et en 1819 sont adoptées les premières circulaires permettant la nomination de médecins en prison, dépendant directement de l'administration pénitentiaire et ce jusqu'en 1994.

Dès le début du XXe siècle est continué la politique de prévention et d'une prise en charge particulière suicide entamée dans les années 1860 comme nous l'avons vu avec l'historienne Laurence Guignard. En 1905, la circulaire « Chaumié », du nom du garde des Sceaux de l'époque permet l'atténuation des peines concernant des détenus dont le discernement est en partie aliéné. Or, le suicide est considéré depuis les écrits de Pinel et d'Esquirol au début du XIXe siècle comme un signe possible d'aliénation mentale. Le psychiatre Georges Lanteri-Laura revient sur cette circulaire en 2001 dans un article intitulé « Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif ». Dans cet article, le psychiatre montre que paradoxalement cette circulaire qui a été influencée par les idées criminologiques en vogue au début du XXe siècle sur la nature « dégénérée » de certains individus ont paradoxalement permis ici une individualisation grandissante de la prise en charge des détenus avec un important volet sanitaire : « À partir de cette circulaire de 1905, la justice s'intéressera de plus en plus à la personne du prévenu, l'expertise mentale se complétera par l'étude de personnalité, l'expert psychiatre se trouvera secondé par un expert psychologue et, au milieu de XXe siècle, l'éducation surveillée deviendra le paradigme de tout le droit pénal, au moins jusqu'à la loi Sécurité et liberté[87]. » En effet, dans les rapports de Fontevraud, les gardiens font souvent un point sur l'état mental des détenus suicidants, on peut supposer que cette circulaire n'y est pas pour rien.

---

[85] PAPET Nathalie et LEPINCON Sylvie, *Le suicide carcéral : des représentations à l'énigme du sens*, Paris, L'Harmattan, 2005, p. 23.

[86] *Ibid.*

[87] LANTERI-LAURA Georges, « Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif » dans *Journal français de psychiatrie*, n°13, p. 31

En 1937, il y a une proposition de loi de deux députés Lisbonne et Camboulives qui avaient pour but d'introduire de nouvelles dispositions concernant les détenus atteints d'aliénés mentaux. Bien que ce projet échoue, ce projet de réforme du *Code Pénal* s'inscrit dans le temps long, dès les années 1890. Elle est héritière des théories de la « Défense sociale ». Le magistrat, Marc Ancel, auteur de *La défense sociale nouvelle*, en donne la définition suivante en 1954 : « On s'aperçoit alors que la protection de la société (la « défense sociale » au sens strict) ne réside pas seulement dans la mise au point d'un arsenal peines-châtiments, qu'il existe différentes catégories de criminels et qu'à côté du droit pénal, qui énonce l'acte prohibé et en fixe la sanction, on peut recourir utilement à des modes de réaction non strictement répressifs[88]. » Autrement dit la défense sociale se veut comme un modèle d'individualisation des peines dans lequel on s'intéresse plus au profil de l'individu qu'au crime commis lui-même. Sur la thématique du suicide en prison, il est vrai que dans les rapports entourant les suicidants, les gardiens s'intéressent à leur trajectoire de vie et les jours qui ont précédé le passage à l'acte. C'est à la fois une réforme qui se voulait d'inspiration criminologique et médicale et dont le but était de séparer les détenus « anormaux » du reste de la population carcérale. Côté psychiatrique, il est évoqué pour les anormaux l'ouverture de « secteurs ouverts », quant aux prisons, c'est l'évocation de l'ouverture de secteurs de soins. Si de telles réformes sont adoptées en Belgique dès la fin des années 1920, en France un premier projet de loi du député Aimery Blacque-Belair est refusé en 1931, car les députés français considèrent que rien ne justifie l'atténuation d'une peine, même en cas de trouble mental. Ce n'est seulement qu'après la Seconde Guerre mondiale que voit le jour les services de psychiatrie en contexte carcéral avec la réforme pénitentiaire de 1945 voulu par le magistrat et résistant Paul Amor. Ainsi, après 1945, une nouvelle façon de prendre en charge le suicide en prison est établie avec la possible intervention de psychiatres selon le type d'institution pénitentiaire.

Pour autant, dans la survenue d'un suicide à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire, rares sont les cas où l'administration est rendue responsable de la survenue de l'acte. Comme nous allons le voir à travers l'exemple de Fontevraud, les acteurs de la prison s'inquiètent beaucoup de la question de savoir si une tentative de suicide est feinte

[88] ANCEL Marc, *La défense sociale nouvelle*, Paris, Cujas, 1954, p. 5.

ou non dans l'objectif de quitter le cadre de la prison pour celui plus confortable des secteurs médicaux, voire utiliser cette tentative pour préparer une évasion. L'historienne du droit Sophie Poirey donne, toutefois, un exemple de condamnation de l'administration pénitentiaire, en l'occurrence la prison de la Santé dans le 14e arrondissement de Paris, par le Conseil d'Etat en 1972. L'affaire concerne un jeune comédien du nom de Rolland qui avait tenté d'incendier la voiture et l'appartement de son épouse avec qui il était en instance de divorce. Il fait un premier séjour en hôpital psychiatrique au cours de l'année, puis revient en prison quelques jours plus tard et est retrouvé, deux mois plus tard, pendu dans sa cellule. Comme le résume Sophie Poirey, le Conseil d'Etat a fondé sa décision de dédommager la mère de Rolland qui avait porté plainte contre l'administration en ces termes : « laissé sans traitement particulier pendant plusieurs semaines sans qu'il ait été pris aucune précaution contre le risque de suicide alors que des tentatives antérieures de l'intéressé en montraient la gravité, constitue de la part des services médicaux de la prison une faute lourde de nature à engager la responsabilité de l'Etat[89]. » Néanmoins, ce n'est pas l'administration pénitentiaire en elle-même qui est condamnée dans cette affaire, mais le service médical et son diagnostic jugé par le Conseil d'Etat peu rigoureux. Comme à Fontevraud, l'administration dans les cas de suicide et tentatives de suicide conclue souvent qu'il n'y a pas eu de disfonctionnement dans la surveillance des détenus et en protégeant les gardiens, elle protège en réalité son organisation, elle fait corps avec ses agents : « Il faut d'abord remarquer que la responsabilité retenue découle non d'une faute pénitentiaire proprement dit, mais d'une faute lourde du service médical pénitentiaire. Par ailleurs, le Conseil d'Etat, n'a pas cherché à faire peser la faute sur un défaut de surveillance du prévenu ou sur des négligences dans l'organisation ou le fonctionnement du service médical. Il a préféré rechercher la responsabilité du service médical de la prison sur le terrain et l'erreur de diagnostic et l'erreur de traitement[90]. »

Enfin, dernier élément concernant le suicide en prison, la fin des années 1960-début des années 1970 marque une rupture dans la manière de considérer la mort volontaire en contexte carcéral comme une problématique à part entière dans l'espace public et pouvant

[89] POIREY Sophie, *Droit, Suicide, Suicidés : Histoire d'une condamnation*, thèse de droit, sous la direction de BART Jean, Dijon, Université de Bourgogne, 1995, p. 397.

[90] *Ibid*.

même être repris par des discours politique pour critiquer la condition des détenus. Du côté de l'administration, les sociologues Gaëtan Cliquennois et Gilles Chantraine ont montré que des circulaires ont été prises pour tenter de limiter le nombre de suicides en prison à partir de la fin des années 1960, la première étant la circulaire du 15 février 1967 qui dit que « le détenu doit toujours être accompagné d'un codétenu pour éviter le passage à l'acte. Il est également requis des personnels médicaux une grande prudence à l'occasion de la distribution de médicaments[91]. » De même une circulaire du 21 mars 1969 prévoit pour réanimer des pendus que les prisons doivent se doter d'insufflateur d'oxygène et la note 2 décembre 1980 identifie des profils de détenus à risque : « les prévenus -en attente de jugement - les prévenus étrangers et les détenus isolés ou punis[92]. » L'utilisation de statistiques et de données sociologiques est également employé pour améliorer ces structures de prévention comme en témoigne une note du 12 novembre 1991, concernant les détenus qui ont une grande probabilité d'avoir des comportements suicidogènes : « Sont ainsi nouvellement identifiés comme facteurs de risque : l'âge (entre 30 et 40 ans) ; le sexe masculin ; le procédé (la pendaison précédant l'ingestion de produits toxiques), la durée de détention (moins de 15 jours de détention), le lieu de détention (la maison d'arrêt) ; le secteur de détention (quartier disciplinaire) ; enfin, le moment : le samedi et la nuit[93]. » Mais, c'est seulement dans une circulaire du 29 mai 1998 que, comme le rappelle les deux sociologues, ait mentionné l'idée qu'il ne faut pas chercher à empêcher absolument le suicide d'un détenu pour simplement le ramener à la vie, mais lui donner des conditions d'existence humainement soutenables : « Elle tente donc de dépasser une conception basée jusqu'alors sur l'empêchement du suicide qui peut être attentatoire à la liberté de se donner la mort. Les mesures préconisées s'inscrivent néanmoins dans la filiation des politiques précédentes, puisqu'il s'agit de situer les pics de risque et d'y répondre par des actions tendant à limiter le risque[94]. » La dernière circulaire qui termine notre période est celle de 2002 qui vise à renforcer le suivi individuel des profils à risque.

---

[91] CLIQUENNOIS Gaëtan et CHATRAINE Gilles, « Empêcher le suicide en prison : origines et pratiques », *Sociétés contemporaines*, n°75, 2009, p. 62.

[92] *Ibid.*, p. 62-63.

[93] *Ibid.*, p. 63.

[94] *Ibid.*

Du côté des militants opposés à l'appareil carcéral, nous pouvons citer le n°4 de l'*Intolérable* intitulé « Suicides de prison » en 1972, que nous avons évoqué en introduction en nous référant à Michel Foucault, et qui recense l'ensemble des suicides intervenus en prison en 1972 dans un dossier d'une soixantaine de pages. Si le témoignage de détenus qui ont tenté de se suicider en prison ou sont reproduits in *extenso*, les documents cités visent à montrer que c'est l'institution carcérale par son inhumanité qui est pointé du doigt et rendu responsable de la tendance suicidogène des détenus : « Sorti de prison depuis quatre ans, je me considère comme un rescapé du suicide. J'ai plusieurs fois voulu me supprimer. Si je ne l'ai pas fait, c'est parce que j'avais peur de la mort. Pourtant, la mort me semble préférable à ce que j'ai connu en prison[95]. » Et il est vrai, comme le montre le démographe Jean-Claude Chesnais, qu'il une forme de sursuicidité carcérale que les autorités mesurent depuis la fin du XIXe siècle. En effet, en milieu libre, il y avait en moyenne, par années, 19,6 suicides pour 100 000 habitants entre 1921 et 1928, en milieu carcéral, sur la même période, on comptait 68,6 suicides pour 100 000 détenus, soit un coefficient de sursuicidité de 3,5. Après-guerre, cette sursuicidité de la prison par rapport au monde libre ne fait que croître, entre 1971 et 1975, le taux moyen de suicides pour 100 000 habitants est de 15,5 en milieu libre, quant au milieu carcéral, il est de 118 pour 100 000 détenus, soit un coefficient de sursuicidité de 7,6. En cinquante ans, ce coefficient a plus que doublé[96]. Dans son dossier, l'*Intolérable*, ne consacre pas moins de trente pages à la correspondance d'un certain H. M. qui s'est suicidé à la prison de Fresnes en 1972 après plusieurs condamnations pour des vols et cambriolages. Cependant, le motif de sa mort semble bien la découverte de son homosexualité qu'il amène à être condamné à "six jours de mitard". Dans le commentaire des lettres de H. M. effectué par la rédaction de l'*Intolérable*, il est mis accent à plusieurs endroits sur la responsabilité de l'administration pénitentiaire. Tout d'abord, le fait que les condamnés sont dans la plupart du temps des marginaux et des "anormaux" que la justice emprisonne pour mieux briser le caractère subversif qu'ils représentent aux yeux de la société : « Les prisons sont en majorité peuplées de jeunes gens « petits délinquants », avec ou sans travail, chômeurs, marginaux de toutes sortes. Comme beaucoup de magistrats le reconnaissent en privé, ils n'ont rien à faire en prison [...] Pour ces jeunes gens actuellement, la frontière est souvent étroite entre une tentation permanente de suicide, et

[95] « Suicides de prison » dans *Intolérable*, n°4, 1972, p. 45.

[96] CHESNAIS Jean-Claude, « Le suicide dans les prisons », *Population*, n°31, 1976, p. 73-85.

la naissance d'une certaine forme de conscience politique qui se développe en prison même. Il ne s'agit pas pour eux d'incriminer vaguement la société, ni la fatalité, pas plus que de prendre de bonnes résolutions, mais de faire l'analyse vécue des mécanismes personnifiés qui ne cessent de les pousser en maison de correction, à l'hôpital, à la caserne, en prison[97]. » Il est également reproché par les rédacteurs aux médecins des prisons d'être au service de l'administration : « Le suicidaire l'a emporté ; il aurait pu en être autrement, si la médecine pénitentiaire n'était pas un simple prolongement de la fliquerie[98]. » En effet, jusqu'en 1994, les médecins sont dépendants directement de l'administration pénitentiaire, ce n'est qu'après cette date qu'ils sont rattachés directement au service public hospitalier. Le dernier reproche que font ces militants à la prison est la persécution de toute forme d'anormalité aux yeux de la société et dont l'édifice carcéral et policier sert ici les intérêts, en persécuté H.M. en raison de son homosexualité : « Il y a des gens pour penser qu'un homosexuel a une situation moins difficile en prison, puisque tout le monde le devient. C'est le contraire ; la prison est bien le dernier lieu où l'on puisse être naturellement homosexuel, sans être pris dans un système de brimades et de prostitution dont *l'Administration joue très volontairement pour diviser entre eux les détenus*. [...] Ce qui est en cause n'est pas seulement un système social en général avec ses exclusions et ses condamnations, mais l'ensemble des provocations délibérées et personnifiées par lesquelles ce système fonctionne, assure son ordre, par lesquelles il fabrique ses exclus et ses condamnés, conformément à une politique qui est celle du Pouvoir, de la police et de l'administration. Un certain nombre de gens sont directement et personnellement responsables de la mort de ce détenu[99]. »

Ainsi, nous avons que la prise en charge du suicide en prison est une histoire sur le temps long qui débute sous la IIIe République et s'entrecroise avec une histoire du développement du secteur de la santé en prison, tout particulièrement après la Seconde Guerre mondiale. Cette prise en charge, comme nous allons le voir avec Fontevraud, est impulsée par le ministère de la Justice à travers des circulaires qui ont trait aux modes de fonctionnement des services à l'intérieur des prisons et de la problématique du suicide en

[97] « Suicides de prison » dans *Intolérable*, n°4, 1972, p. 40.

[98] *Ibid.*, p. 41.

[99] *Ibid.*, p. 42.

soi, tout particulièrement à partir de la fin des années 1960. A ces enjeux de réformes internes de l'administration pénitentiaire autour de la question de la mort volontaire s'entrecroisent des enjeux politiques, quant au bienfondé même de la prison que fustige des militants anti-carcéraux en instrumentalisant le symbole du suicide qui présenté comme un disfonctionnement de l'administration. Il ne faut, toutefois, pas être naïf sur le fait que l'administration perçoit dès la fin du XIXe siècle ces enjeux symboliques et que c'est un motif primordial pour comprendre pourquoi le ministère de la Justice s'emploie à diffuser plusieurs circulaires sur la question.

2) La prise en charge des phénomènes suicidaires à la maison centrale de Fontevraud (1897-1920) :

Pour analyser ce nouveau cadre du suicide en prison à travers ce qui s'avère être un prolongement du « biopouvoir », avec la volonté de prolonger la vie des détenus pour qu'il purge leur peine, nous allons nous appuyer sur des procès-verbaux sur des suicides ou tentatives de suicides à la maison centrale de Fontevraud entre 1897 et 1920. Comme le rappelle l'archéologue Daniel Prigent[100], cette prison est le résultat de la réaffectation en 1804 de l'abbaye de Fontevraud, créée au XIIe siècle, à 15 km au sud-est de Saumur, en un centre pénitencier chargé à sa création d'accueillir mille détenus, le nombre de détenus culminent en 1853 avec mille huit cent vingt-six détenus avant de décroître dans la deuxième partie du siècle pour atteindre huit cent quatre-vingt-quatre détenus en 1884 et sept cent dix-sept en moyenne entre 1900 et 1927. La prison ferme définitivement ses portes qu'en 1963. Elle est considérée comme l'une des prisons les plus austères du XIXe siècle, de fait le silence était imposé au détenu tout le long de la journée et la surveillance était drastique. Le corpus dont nous disposons pour cette étude du suicide carcéral est composé de quarante-trois dossiers d'individus ayant tenté de se suicider ou étant suicidé, mais la précision des renseignements rapportés par l'administration est extrêmement variable.

[100] PRIGENT Daniel, « Fontevraud, une maison de force et de correction (1804-1963) dans une abbaye », *Les nouvelles de l'archéologie*, n°149, 2017, p. 24-30.

En 1994, le sociologue Nicolas Bourgoin mène une étude sur *Le suicide en prison*. Il met en relief à la fois des lettres de suicidés, les dossiers établis par l'administration et enfin des procès-verbaux de police pour comparer des suicides intervenus en milieu libre avec les caractéristiques de ceux intervenus en prison. Dans la préface, de l'ouvrage le sociologue Hervé Le Bras montre que ce sont dans les maisons d'arrêts où l'individualisation de la peine est la plus forte que le taux de suicides à tendance à être le plus fort par rapport aux autres institutions pénitentiaires : « les taux de suicide variaient considérablement selon qu'ils concernaient les Maisons d'arrêt, les Maisons de répression, les travaux forcés, et les prévenus. Schématiquement les taux étaient plus élevés dans les Maisons d'arrêt[101]. » Toutefois, pour Nicolas Bourgoin, avant les années 1970, pour des raisons que nous avons évoquées précédemment, la problématique du suicide en prison reste cantonnée à des circulaires qui traitent plus ou moins directement de la question : « Les premières statistiques pénales comptabilisant le nombre de suicides annuels apparaissent en 1866, mais ce n'est que près d'un siècle plus tard que l'on verra apparaître des études systématiques sur ce sujet. En effet, avant le début des années 1970, les effectifs ont été très faibles, ne dépassant que rarement la trentaine. Le phénomène était donc à la fois très peu visible et quantitativement insuffisant pour permettre une réelle analyse statistique. Il faudra attendre la hausse des années 1972-73 pour que le suicide carcéral attire particulièrement l'attention des autorités et des statisticiens[102]. » Il n'en demeure pas moins que l'administration porte son intérêt à la question des tentatives de suicide comme le démontre notre corpus qui est composé au ¾ par des tentatives, représentant trente-et-un des quarante-trois rapports étudiés. S'il nous est difficile de revenir dans cette étude sur les trajectoires individuelles expliquant le passage à l'acte de tel ou tel détenu, la contribution de Nicolas Bourgoin nous donne, tout de même, à penser les dispositifs institutionnels de lutte contre le suicide au début du XXe siècle.

En premier lieu, la structure des rapports encadrant l'identification de ces suicides et tentatives de suicide en contexte carcéral qui passe par la transmission hiérarchique d'informations contextuelles et biométriques, ces documents sont extrêmement structurés et normés comme le note Nicolas Bourgoin : « la fiche pénale du suicidé, qui recueille

[101] BOURGOIN Nicolas, *Le suicide en prison*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 17.

[102] *Ibid.*, p. 26.

certaines données sociodémographiques et pénales concernant le détenu, ainsi que des informations sur sa trajectoire dans le monde carcéral. [...] La fiche pénale décrit également des évènements qui jalonnent la trajectoire du détenu permettent ainsi de resituer le suicide dans une perspective dynamique[103]. » La première observation que nous pouvons faire sur ces fiches réalisées du côté de Fontevraud tient aux condamnations qui amènent ces détenus à être enfermés en ces lieux. Seule la moitié des rapports contiennent une mention à ce sujet, vingt-deux sur quarante-trois, néanmoins, ils sont éclairants, puisque dans douze cas sur vingt-deux, nous avons à faire à de la délinquance de subsistance, dans la plupart des cas des vols. Nous comptons également trois cas de condamnations liés au contexte lié à des écarts par rapport à la discipline exigée par l'armée, dont deux pendant la Première Guerre mondiale. Le point commun entre le profil de ces suicidants, c'est le sentiment de relégation sociale et de honte qui semble les pousser à passer à l'acte. Il est également notable que pour les prévenus militaires, leur suicide soit mieux admis par l'administration, au sens où ils sont perçus comme des traîtres, en témoigne le détachement dont fait preuve le préfet dans l'annonce du suicide d'un ancien soldat détenu à Fontevraud, Prichet, au cabinet du ministre de l'Intérieur, le 8 février 1899 : « Le personnel de surveillance en était point en cause à l'occasion de se suicide et comme il s'agit d'un soldat, je n'ai en conséquence aucune proposition spéciale à vous faire[104]. »

Pour ce qui est des informations biométriques, elles sont imprécises, il n'y a la mention de l'âge que dans huit cas sur quarante-trois. Cependant, comme le note Nicolas Bourgoin, le fait d'être jeune est un facteur de risque supplémentaire, car la prison coupe l'individu du reste du monde social à une période de la vie où la socialisation est particulièrement importante pour s'insérer par exemple dans le monde du travail. La moyenne d'âge des huit individus dont nous avons pu recueillir cette information est de vingt-trois ans et trois mois, le plus jeune ayant quatorze ans, le plus vieux trente-sept ans. Pour ce qui est de l'heure à laquelle les détenus sont passés à l'acte, nous disposons de cet élément dans onze cas sur quarante-trois, avec là encore des observations qui vont

[103] *Ibid.*, p.27.

[104] Archives départementales de Maine-et-Loire, 1 Y 154 : « Prichet » dans *Suicides et tentatives de suicide à la maison centrale de Fontevraud (1893-1920).*

dans le sens des thèses formulées par Nicolas Bourgoin. Comme le démontre le sociologue, c'est souvent dans la soirée et tôt le matin que les détenus passent à l'acte, car la surveillance est moindre à ces moments précis, entre l'organisation des repas et une vie nocturne dans lesquelles les détenus retrouvent l'intimité de leur cellule. Ainsi, sur ces onze cas, neuf se situent sur une plage horaire allant de dix-huit heures à huit heures du matin, les autres cas se situent au moment de la période de déjeuner, l'un midi, l'autre à quatorze heures, une période où l'activité de la prison est également réduite. Quant au lieu où intervient le passage à l'acte, dix ont lieu en cellule, trois à l'infirmerie et pour les autres nous n'avons pas l'information exacte, mais ce sont également des lieux où la surveillance est plus difficile à mettre en place.

Maintenant, ce que nous apprennent ces rapports sur la manière dont l'institution s'organise autour des risques suicidaires résident en plusieurs points. La première réside dans la remontée de l'information qui se fait du gardien qui fait face au suicide ou à la tentative de suicide vers le directeur de prison, lui-même transmettant ce rapport au préfet qui transmet au cabinet du ministre de l'Intérieur. Ce fonctionnement extrêmement hiérarchique de la remontée de l'information s'accompagne à l'intérieur de l'institution pénale d'une logique de corps qui l'amène dans tous les rapports à disculper l'institution concernant les décisions à prendre pour éviter le suicide sans véritable enquête, l'objectif étant d'assurer une solidarité entre les différents échelons hiérarchiques quant aux éventuelles retombées que pourraient avoir un suicide comme le montre le rapport du 20 janvier 1903 d'un sous-préfet concernant le suicide d'un jeune détenu Roger Marcel : « il ne semblait y avoir en circonstance aucune négligence de la part du Gardien chef, dont les responsabilités resterait hors de cause, ni aucune infraction[105]. » Autre marque de ce corps pénitentiaire, la référence au règlement pour justifier toute action, c'est le cas dans le rapport du directeur de la prison de Fontevraud au préfet, au sujet de la tentative de suicide du détenu Fernand Fabre, le 17 juillet 1918 : « Toutes mesures d'encouragement lui ont été prodiguées en s'inspirant de la circulaire du 15 mai 1813, bien que cette tentative ne paraisse être une simulation[106] ».

---

[105] *Ibid.* : « Roger Marcel » dans *Suicides et tentatives de suicide à la maison centrale de Fontevraud (1893-1920).*

[106] *Ibid.* : « Fernand Fabre » dans *Suicides et tentatives de suicide à la maison centrale de Fontevraud (1893 1920).*

Ce corporatisme, une des figures du mouvement soixante-huitard, qui est devenu médecin pénitentiaire en 1970, Antoine Lazarus, l'explique en 1977 dans « Les surveillants de prison : un corporatisme sans issue ? » comme s'ancrant dans la continuité d'un héritage symbolique hérité du XIXe siècle. La prison contemporaine est, en effet, pensé depuis la Révolution comme une oeuvre de redressement moral dans lequel le corps du détenu est soumis au corps symbolique de la prison, incarné par ces agents qui doivent amener les criminels à abandonner leurs comportements « anormaux » ou « déviants » en les soumettant aux impératifs de la société. En ce sens, il est difficile, en cas de suicide, d'admettre pour la structure pénale et ses agents qui sont relais concrets qu'ils ont pu faire preuve de négligences ou du moins non pas su parer à un dysfonctionnement manifeste. La prison doit être en théorie comme en pratique un corps parfait dans lequel le corps du prisonnier est symboliquement redressé, il est donc préférable en cas de dysfonctionnement de dédouaner les gardiens de leur responsabilité en se réfugiant derrière les consignes données par les circulaires. Si on reprend le cas du jeune Roger Marcel, l'administration conclut à aucune erreur de jugement de la part du gardien, pourtant ce dernier avoue dans son rapport s'être absenté pendant la pause déjeuner alors que le jeune homme attend sous le préau où il en vient à se pendre : « A Midi, je l'avais mis sous le préau pour s'y promener [...] vers 2 heures j'allais le revoir pour le faire rentrer, je l'ai trouvé pendu à l'une des fenêtres qui donne dans le couloir principal qui est à 2 mètres du sol, il s'est servi pour accomplir sa malheureuse idée de son mouchoir et sa cravate[107] ». Pour Lazarus, la violence exercée sur le corps et le moral du détenu remplit un impératif idéologique, celui de rendre malléable l'individu pour le rééduquer : « En effet, l'homme délinquant est vécu par l'institution comme un sujet dont la personnalité déviante doit être régénérée. C'est sur les ruines de la volonté « mauvaise », sur ces fragments malaxés que l'ordre moral pourra construire. Les termes de « je le ferai fléchir, je le casserai, il cédera, il verra qui est le plus fort » — si fréquents — sont ceux du conflit ouvert entre l'administration et le détenu qui se révolte. Si au contraire écrasé, triste, désemparé, le détenu se déprime, pleure sagement et poliment, un consensus se fait pour le soutenir, l'aider, l'aimer bien. Pour assurer sa fonction, l'administration

[107] *Ibid.* : « Roger Marcel » dans *Suicides et tentatives de suicide à la maison centrale de Fontevraud (1893-1920).*

pénitentiaire a autant besoin du détenu qui se révolte que de celui qui se soumet[108]. » Ce traitement du corps du détenu comme atteint d'une pathologie morale auquel la prison servirait de palliatif trouve sa parenté dès le XIXe siècle dans les préceptes de la psychiatrie et du "traitement moral" développé par Pinel et Esquirol et dont nous allons analyser les développements dans le chapitre 2. Mais la présence des usages psychiatriques est tout sauf lointaine en ce début XXe siècle en prison, en témoigne l'évocation de l'usage de la camisole de force pour empêcher un détenu politique de tendance anarchiste, Albert Rosay, de se suicider, ici un instrument médical sert de technique de contrition du corps du prisonnier : « Il est revêtu de la camisole de force qui lui sera retirée dès que son attitude le permettra. Dans le cas où Rosay deviendrait dangereux, soit pour lui-même, soit pour les agents chargés de le surveiller, je n'hésiterais pas lui faire mettre les menottes et les fers[109]. »

Nous avons donc vu qu'à défaut d'avoir des témoignages des prisonniers eux-mêmes pour retracer des trajectoires individuelles au sein d'un continuum historique, les documents institutionnels dont nous disposons nous ont permis de montrer que la prise en charge du suicide en prison est le fait d'une histoire et d'une conception sociale située. Autrement dit, nous avons montré que la prison s'inscrit dans un héritage du traitement moral initié au XIXe siècle avec la volonté de rééduquer les individus qui sont sous son joug, ce rapport du pouvoir d'un corps social constitué sur un corps individuel est une des caractéristiques socio-historiques de l'institution totale comme l'a décrite Erving Goffman. Mais nous avons également démontré que l'utilisation des circulaires, ainsi que la transmission des rapports au sein d'échelons hiérarchiques codifiées participent à un esprit de corps qui vise à disculper le gardien de toute responsabilité vis-à-vis de l'incident et même de rejeter la responsabilité du passage à l'acte sur le détenu lui-même, car se retrouvant en prison pour ne pas avoir respecté la loi. En fin de compte, les détenus sont porteurs d'un stigmate qu'entretient dans la mesure du possible la prison pour les forcer à « rentrer dans le droit chemin ». Sans vouloir les pousser au suicide, car il faut qu'ils

[108] LAZARUS Antoine, « Les surveillants de prison : un corporatisme sans issue ? », *Déviance et société*, Volume 1, n°2, p. 210.

[109] Archives départementales de Maine-et-Loire, 1 Y 154 : « Albert Rosay » dans *Suicides et tentatives de suicide à la maison centrale de Fontevraud (1893-1920)*.

accomplissent leur peine jusqu'au bout pour être totalement réhabilité aux yeux de la société, le fait de se sentir mal pour les détenus au début du XXe siècle est encore perçu par l'administration comme nécessaire à l'accomplissement de la peine. Ainsi que les surveillants se posent la question de savoir si la tentative de suicide est simulée ou non, en réalité, il se demande si le prisonnier en étant à l'infirmerie chercherait à s'évader, mais il cherche également à éviter que celui-ci en étant transféré vers des unités de soin soit dans une situation de confort contraire à la rudesse de la carcéralité nécessaire à son redressement moral.

3) Suicides et carcéralité en région Pays-de-la-Loire au XXe siècle, des points de comparaison :

Dans sa thèse en histoire contemporaine sur *La nuit carcérale : Souffrir et éviter la souffrance en prison, Le cas français (1944-1981)*, Maxime Boucher consacre une partie de ses recherches à la question du suicide carcérale. Il montre qu'après la Seconde Guerre mondiale le suicide en prison devient à la fois un objet politique, utilisé comme moyen de pression sur l'administration, au même titre que les grèves de la faim, pour la contraindre à des réformes vis-à-vis des conditions de détention, mais aussi médical avec la création en 1967 des centres médicopsychologiques régionaux (CMPR), ayant pour but d'instaurer dans chaque prison la présence d'un service de psychiatrie pour prendre en charge des détenus. Derrière cette prétention officielle des pouvoirs publics par cette décision d'humaniser la prison, se cache une volonté par l'introduction du regard médical dans la sphère carcérale de déresponsabiliser l'administration vis-à-vis des suicides et tentatives de suicides intervenus sous son autorité pour les présenter comme des manifestations pathologiques permettant, en définitive, d'externaliser la spécificité carcérale du suicide. Paradoxalement, la problématique des phénomènes suicidaires, ainsi, considérées comme pathologique permet à l'administration de normaliser leurs récurrences en les considérant comme des évènements à abstraire totalement du contexte carcéral, comme le dit en propre Maxime Boucher : « Le suicide carcéral serait un dommage, un mal nécessaire à l'emprisonnement, comme la prison l'est pour le reste de

la société[110]. » Pour illustrer, ces évolutions nous n'avons pas ici à la différence de Fontevraud d'un corpus déjà constitué archevistiquement, excepté pour la prison d'Angers entre 1946 et 1955.

La première pièce isolée que nous allons étudier offre un point de vue inédit jusqu'alors, c'est le rapport d'un médecin missionné pour constater le suicide d'un détenu, Joseph Gougeon, à la maison d'arrêt de Laval, le 3 juin 1939. Ce rapport est intéressant, car il nous permet d'observer comme le pouvoir médical en tant qu'auxiliaire de l'administration pénitentiaire participe à une forme d'objectivation du suicide par une description froide et anatomique : « Au cou se voit une empreinte profonde qui reproduit la forme et les dimensions des anneaux d'une chaise belle que celle qui fixe la chaise de la cellule. La mort est réelle. Elle est due à la pendaison volontaire. Elle paraît remonter à environ une heure et demie[111]. » Cette description est typique de la « médecine légale » qui s'est institutionnalisé au XIXe siècle comme auxiliaire du pouvoir judiciaire et dont l'historien Michel Porret a tenté d'en définir les contours dans un article en 2010 : « De l'autopsie judiciaire (*nécroscopie, nécropsie*) à la « visite » des justiciables, les experts ancrent la pratique médico-légale dans le champ judiciaire du pénal. Ils veulent objectiver la morbidité des plaies, des bosses, des contusions et des fractures pour certifier la vérité sur le crime. Ils lient la nature anatomique (taille, profondeur, situation) des atteintes corporelles à la violence volontaire (crime, suicide) ou casuelle (accident). Avec son diagnostic *post mortem* sur le cadavre, le légiste contribue à l'évaluation judiciaire de la responsabilité du prévenu[112]. » Plus qu'ici de savoir si nous avons à faire à un acte criminel, puisque le suicide n'est plus pénalisé en France depuis 1791, le langage médical vise ici à crédibiliser le témoignage du gardien quant à la nature de cette mort, en actant qu'il s'agit bien d'un suicide à travers des termes d'apparence objective.

---

[110] BOUCHER Maxime, *La nuit carcérale. Souffrir et éviter la souffrance en prison*, The Book Edition, Lille, 2011, p. 55.

[111] Archives départementales de la Sarthe, 1 Y 144 : « Joseph Gougeon » dans *Suicides en prison*, 1939.

[112] PORRET Michel, « La médecine légale entre doctrines et pratiques », *Revue d'Histoire des sciences humaines*, n°22, p. 4-5.

Nous avons pu avoir également des pièces isolées du côté des archives départementales de la Sarthe, deux rapports du côté de la maison d'arrêt du Mans, un du côté de La Flèche. Nous allons simplement étudier celui de La Flèche, car il nous permet de comprendre comment on passe de l'identification anatomique d'une tentative de suicide à une action sociale et surveillance concertée la part des gardiens avec le médecin. Le rapport en question a été édicté le 16 juin 1921 et concerne un détenu d'origine chinoise, Haong-Tchen-Y, qui a tenté de se mutiler. La première partie du rapport est une description anatomique du caractère bénin de la blessure qu'il s'est infligé : « écroué le 9 Juin courant, à la Maison d'arrêt de la Flèche, sous l'inculpation de meurtre avec le couteau lui servant à travailler au dépeçage de vieux corsets. Il s'est fait quatre petites entailles très légères et sans gravité, il a reçu aussitôt les soins nécessaires[113]. » La deuxième partie du rapport est quant à elle consacrée aux dispositifs envisagés pour empêcher le détenu de récidiver : « Toutes mesures de précautions sont prises pour empêcher cet individu de se nuire, mais il est impossible de lui remonter le moral, Hoang-Tchen-Y ne comprenant pas le français[114]. » Ainsi, nous étions partis du postulat que le regard médical vise en premier lieu à légitimer les pratiques pénitentiaires, en externalisant tout acte qui pourrait être considéré comme déviant, tel le suicide, à travers une pathologisation de ce type de phénomène. Mais dans le même temps, le dernier cas que nous venons d'étudier montre que l'expertise du médecin est également intégrée à la manière dont la prison fait évoluer sa prise en charge du suicide en fonction des observations et des conseils que formulent le médecin aux agents pénitentiaires.

Pour ce qui est de la prison d'Angers, nous huit rapports liés à des suicides et tentatives de suicide entre 1946 et 1955. Ce qui est intéressant par rapport aux documents que nous avions à Fontevraud, la description médicale est plus centrale dans le compte-rendu fait au préfet, l'heure où le médecin se rend au chevet du détenu est désormais consigné et enfin le commissaire de police de la ville est associée à la constatation du suicide à la manière d'une scène de crime, en voici un exemple à travers le rapport du directeur de la prison au cabinet du ministre de la Justice du suicide de Jean Estenegry le 27 octobre 1948 : « Le docteur arrivé à 14h35 a constaté le décès et établi un certificat

[113] Archives départementales de la Sarthe, 1 Y 144 : « Haong-Tchen-Y» dans *Suicides en prison*, 1939.

[114] *Ibid.*

dont une copie fût aussitôt transmise au Parquet. Mr le Commissaire de Police fait les constatations prévues par les articles 48, 49 et 50 du Code d'Instruction Criminelle. Estenegry Jean et fils de Louis et de Rosalie Desbarres, né à Chauny, Aisne, le 16 janvier 1922. Il a déclaré habiter Angers, Chemin des Petits Arceaux, en roulotte et être marchand forain. Il a été écroué le 23 octobre 1946 pour vol[115]. » Il semble qu'après-guerre, il y a une ritualisation plus grande de la manière de prendre en charge le suicide en prison qui s'accompagne avec une volonté toujours plus accrue de standardiser les informations qui permettent de situer la trajectoire sociale d'un détenu.

Nous venons donc de voir qu'en Région Pays de la Loire, au tournant du milieu du XXe siècle, le pouvoir médical prend de plus en plus de place dans la prise en charge du suicide et est employé par le pouvoir pénitentiaire comme un moyen à la fois de déresponsabiliser l'administration des suicides qui interviennent en prison, tout en se servant du savoir médical pour rendre le plus efficient possible la lutte contre le suicide dans le cadre carcéral.

Conclusion : La prison, un acteur socio-historique à part entière

Nous avons donc vu dans un premier temps que la lutte contre le suicide dans le cadre carcéral prend racine dès les années 1860 et ne certes d'être amendée au cours du XXe siècle à travers des circulaires émises par le ministère de la Justice. Pour autant, au-delà des circulaires qui visent à donner une ligne de conduite aux agents, en cas d'événements suicidaires, des logiques corporatistes se développent que ce soit à Fontevraud entre 1897 et 1920 que dans le reste de la région Pays de la Loire dans l'optique de préserver la réputation de l'institution. Nous pouvons, cependant, exprimer notre frustration quant à la signification du suicide, non du point de vue de l'institution, mais du prisonnier, difficile à documenter car nous manquons d'archives émanant des prisonniers eux-mêmes sur le sujet. Au fond, cette étude du point de vue de l'individu nous amènerait à nous interroger par l'hypothèse poser par l'historien angevin, Jacques-Guy Petit, dans

[115] Archives départementales de Maine-et-Loire, 140 W 22 : « Jean Estenegry » dans S*uicides de détenus à la prison d'Angers (1946-1955).*

l'« Introduction » de l'ouvrage collectif *La prison, le bagne et l'histoire* qui fait de la prison une entreprise de désocialisation dans lequel la sursuicidalité est le résultat logique du fonctionnement carcéral, alors que tout au long du XXe siècle l'administration n'a cessé de chercher à tordre le coup de cette explication : « En restructurant l'espace carcéral (plans circulaires et centrés, cellules, etc..), les réformateurs du XIXème siècle ne cherchent-ils pas à établir une nouvelle sorte de lazarets, des «machines » à isoler le mal social et à le guérir ? A cette utopie pénitentiaire déjà théorisée par Bentham qui prétend par la maîtrise de l'espace, soumettre parfaitement le corps et l'esprit des prisonniers, s'opposent les multiples résistances de la réalité. Le suicide ne constitue-t-il pas la plus radicale des résistances à la prison ? En moyenne, 22 suicides par an durant la deuxième moitié du XIXème siècle (certes, moitié moins qu'aujourd'hui), généralement au cours du premier mois de détention, et donc surtout chez les prévenus : un témoignage irrécusable de ce profond « traumatisme de l'incarcération »[116]. »

[116] PETIT Jacques-Guy (dir.), *La prison, le bagne et* l'histoire, Paris, L'Harmattan, 1985 p. 3-4.

Chapitre 2 : Le suicide en psychiatrie : un exemple d'évolution des pratiques et des savoirs médicaux au long court

Introduction : La mutation du champ psychiatrique : de l'apogée de la discipline à la déshospitalisation, entre crises et transformations

En 1981, le sociologue Robert Castel s'interroge sur les réformes que connaît alors le champ psychiatrique depuis mai 1968 dans un essai intitulé : *La gestion des risques : de la psychiatrie à l'après-psychanalyse*. La thèse qu'il défend à l'époque est celle selon laquelle l'apparition des thèses sur la dégénérescence dès les années 1870 fondent l'idée que certaines pathologies mentales seraient innées dans des groupes entiers de la population et donc marqueraient une rupture décisive avec l'idée des pionniers de la psychiatrie comme Pinel qui partait du postulat que l'aliénation mentale était l'altération d'un état normal du psychisme et donc toutes les formes d'aliénation étaient potentiellement soignables. En partant de ce postulat héréditaire, les aliénistes comme Morel amènent à repenser la pratique de la psychiatrie à l'intérieur des asiles et plus globalement des politiques de santé publique entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle, en concentrant les modalités de soin de l'aliénation mentale vers des populations considérées comme étant davantage porteurs de ce qu'on appelle alors des "tares". Ce sont, à la fois, les marginaux, les alcooliques, les inadaptés sociaux ou pour le dire autrement, ce que nous avons défini dans le chapitre précédent comme des "anormaux" aux yeux de la société et dont les institutions totales que ce sont les prisons comme les hôpitaux psychiatriques participent à leur stigmatisation en les enfermant et en les isolant socialement du reste de la population.

En ce qui concerne le suicide est pensé comme une forme d'aliénation mentale spécifique dans la première partie du XIXe siècle à travers le concept de « monomanie suicide » développé par Esquirol. Cette hypothèse est abandonnée dans la deuxième partie du XIXe siècle en incluant des données sociologiques et démographiques qui amènent à considérer la pratique de la psychiatrie dans la société entière, et non plus seulement entre les murs de l'asile, à travers l'identification de populations dits « à risques ». Cette stigmatisation des suicidés ne se fait plus donc sur le modèle des aliénés,

mais de celui des dégénérés qui par définition évoluent avec le reste de la population générale et qu'il faut donc identifier pour éviter que leur comportement influe sur cette population, ce sont des idées que l'on retrouve alors chez des criminologues italiens comme Morselli ou lyonnais comme Lacassagne. C'est, ainsi, que s'opère un premier recentrement de la pratique psychiatrique et de l'asile comme remède à ce qui est alors considéré comme des « pathologies sociales » par l'isolement et le soin et ouvre un nouveau paradigme au XXe siècle où la statistique et la sociologie viennent appuyer de nouvelles technologies de gestion de population dites de « médecine sociale ». Nous pouvons, d'ailleurs, voir dans cette acculturation du discours psychiatrique à la statistique une première étape de l'entrée de la psychiatrie dans ce qu'on appelle aujourd'hui les sciences humaines et sociales.

Cette mutation du champ psychiatrique au cours du XXe siècle amène à se détacher d'une pensée encore centrée sur l'asile dans la première partie de ce siècle à la construction à partir des années 1960 de politiques publiques visant à amener le soin des troubles mentaux en population générale à travers un concept qui est d'extrême actualité : « la santé mentale ». Robert Castel donne plusieurs exemples de cette mutation du champ psychiatrique hors de l'hôpital comme l'arrêté du 26 août 1968 qui permet l'apparition dans le secondaire de services médico-scolaires ou encore l'instauration d'une carte hospitalière par la loi du 31 décembre 1970 qui doit permettre une prise en charge de l'ensemble de la population sur le territoire de manière indifférenciée. Mais, pour Castel, les prémices de cette politique publique de la gestion des populations à risques dans l'ensemble de la société date de 1936 avec la généralisation des dispensaires d'hygiène sociale pour permettre aux plus pauvres d'être soignés sur l'ensemble du territoire : « Avant la Seconde Guerre mondiale cette orientation techniciste et, devrait-on dire, technocratique avant la lettre, est en mesure de proposer un programme cohérent de réformes qui pourrait se formuler approximativement ainsi : la médecine mentale commence à disposer de méthodes de recherches et de techniques de traitement intensif qui la rapprochent de la médecine ordinaire. Faisons donc, autant que possible, de la maladie mentale une maladie comme une autre, traitable dans un hôpital comme un autre, en renvoyant, si besoin est, les chroniques dans des établissements de gardiennage. [...] Ouvrons des dispensaires d'hygiène mentale du même type en les rattachant par exemple à l'office public d'hygiène sociale (O.P.H.S.) : ils toucheront directement le public en

économisant les détours de l'hospitalisation. Enfin, proposons plus largement encore les compétences nouvelles du médecin-psychiatre en le faisant intervenir comme conseiller auprès d'institutions comme l'école, l'armée, l'entreprise, auxquelles se posent des problèmes de recrutement, de sélection et d'organisation interne qu'un expert peut résoudre[117]. » L'originalité de la thèse de Robert Castel est de replacer les réformes post-1968 en psychiatrie dans une histoire plus longue de la pensée psychiatrique au XXe siècle qui amène désormais à penser les problématiques de santé mentale en population générale et selon des standards de « rationalisation » de la pratique hospitalière qui se développe après-guerre pour réduire le coût des hospitalisations et améliorer la qualité de prise en charge. En outre, Robert Castel montre que c'est le discours réformateur de psychiatre comme Henry Ey qui s'est imposé au fur et à mesure des décennies depuis 1970, plutôt que le discours antipsychiatrique porté en France par un Michel Foucault ou encore un Gilles Deleuze, permettant à la pratique psychiatrique de se maintenir et se moderniser avec la politique de sectorisation adoptée en 1960. Nous allons chercher à démontrer que ces mutations du champ psychiatrique tendent aussi à modifier dans ce même champ la prise en charge des phénomènes suicidaires pensées comme des comportements à risque.

Il nous faut, désormais, revenir plus en détail sur la chronologie des grandes ruptures qui ont fondé et modifié l'histoire de la pratique et de la pensée psychiatrique. La première loi d'importance en France sur le champ psychiatrique est adoptée le 30 juin 1838 et vise à ce que chaque département se dote d'au moins un asile : « Votée à l'unanimité par la chambre des Pairs et à la quasi-unanimité par celle des Députés, la loi avait été discutée pendant plus d'un an[118]. » Cette loi porte le nom de Jean-Etienne Esquirol, en tant que figure charismatique du champ psychiatrique et élève de Philippe Pinel, précurseur de l'aliénisme en France. Elle fait suite à plusieurs projets portés par les aliénistes pour tenter de créer des unités de soins séparés du reste du complexe hospitalier à partir des années 1820 : « La circulaire de 1819, inspirée par le mémoire d'Esquirol, prévoyait la construction de ces asiles et interdisait l'aménagement de quartiers d'hospices. Mais

[117] CASTEL Robert, *La gestion des risques : de la psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Editions de minuit, 1981, p. 95-96.

[118] BURES Idelette (de), « A propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 », *Histoire des Sciences médicales*, Tome XL, n°3, 2006, p. 301-302.

comme le constate une note au ministre en date du 22 novembre 1822, aucun résultat n'a eu lieu. [...] Le plan Esquirol ne sera donc point exécuté. On se contentera de construire des établissements pour les malades qui n'ont point trouvé place à Bicêtre ou dans les asiles déjà existants[119]. » Comme le rappelle l'historien Claude Quétel qui consacre un chapitre à « La loi de 1838 sur les aliénés » dans son Histoire de la folie, depuis la Révolution et plus précisément d'un décret datant de mars 1790, les enfermements arbitraires étaient interdits, laissant dès lors un vide juridique pour la question des personnes pouvaient avoir des troubles mentaux : « Là où l'Ancien Régime ne prétendait (et chichement) qu'à enfermer les insensés dangereux, le XIXe siècle psychiatrique en train de naître a une tout autre visée : ce sont désormais tous les fous qui sont visés par la loi de 1838[120]. » Cette nouvelle donne permet de prendre en charge différemment les suicidants en centralisant les lieux de soins et en permettant à la pratique psychiatrique d'opérer dès que survient une tentative de suicide par l'enfermement.

Une remise en cause des institutions psychiatrique a lieu dans la deuxième partie du XIXe siècle, sans pour autant amener à l'adoption d'un nouveau projet de loi. Elle n'est amendée que le 3 janvier 1968 par une loi pour faciliter l'internement des personnes majeures ne disposant pas de leur discernant, dites des « incapables majeurs ». Pour autant, la loi de 1838 n'est définitivement remplacée qu'à la loi du 27 juin 1990 qui fixe des conditions strictes quant à l'internement des personnes touchées par un handicap mental. C'est donc la loi de 1838 qui a régi dans la majeure partie du XXe siècle l'expérience asilaire. Comme le montre l'historienne Isabelle von Bueltzingsloewen, l'asile a connu en France son apogée en terme populationnelle dans l'entre-deux-guerres, passant de 64 888 aliénés en 1920 sur toute la France, soit 179,6 aliénés pour 100 000 habitants, à 110 188 aliénés en 1940, soit 299,3 pour 100 000 habitants, un chiffre qui a presque doublé en vingt ans. Après-guerre, c'est le phénomène inverse qui s'installe dans le temps avec une désinstitutionalisation progressive de l'asile dans les années 1960, dû à une volonté d'humaniser les lieux d'enfermements liés aux souvenirs des camps de

[119] BOLLOTTE Gabriel, « Les projets d'assistance aux malades mentaux avant la loi de 1838 », *L'Information psychiatrique*, volume 91, 2015, p. 501.
[120] QUÉTEL Claude, « Cinquième partie, Chapitre Premier : La loi de 1838 sur les aliénés » dans *Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2012 (première édition : 2009), p. 277-278.

concentration et les famines qui ont touchés directement les asiles[121]. De plus, cette mutation de la gestion de la population aliénées est permise par la découverte du premier neuroleptique par le chirurgien militaire Henri Laborit en 1952, la chlorpromazine qui permet de contenir, par exemple, les crises majeures de la schizophrénie.

Dans l'ouvrage collectif, *La fin de l'asile ?*, les auteurs montrent qu'avant même l'usage des neuroleptiques, le recours des électrochocs dès 1943 pour soigner les mélancoliques en France, visent à réduire le temps des prises en charge et rationaliser les soins psychiatriques : « L'usage de nouvelles technologies comme l'électrochoc, en offrant l'opportunité d'une prise en charge sur une courte durée de grands états mélancoliques a permis d'envisager, bien avant l'ère des neuroleptiques, la réduction des durées de séjours de certains malades. Ainsi, avant même le mitan du siècle, la déshospitalisation psychiatrique avait, en France comme ailleurs, été expérimentée sous différentes formes, le plus souvent sous la pression du contexte, mais aussi pour répondre structurellement aux problèmes de surpopulation des hôpitaux psychiatriques, aux demandes de réduction des coûts des gouvernants, mais également aux aspirations d'une psychiatrie dont les méthodes et les modèles étaient en train de changer. La déshospitalisation comme idée, comme pratique et comme inquiétude sociale n'était donc pas une question totalement nouvelle lorsque les législateurs occidentaux s'en emparèrent officiellement à partir des années 1960[122]. » Ainsi, petit à petit, les soins psychiatriques sont transposés en dehors de l'asile, en s'appuyant sur la médecine de ville et des innovations telles les injections retards qui sont développées dès les années 1950 et généralisées à partir des années 1970 comme l'explicite l'historien Guillemain : « Avant que de nouvelles circulaires imposent en 1972 le passage à la sectorisation départementale, l'adoption de la technique du neuroleptique retard est entre 1968 et 1972 une condition de possibilité d'une première sectorisation officieuse et d'une réelle décrue du nombre de lits d'hôpitaux. En découplant la délivrance du traitement de son lieu

[121] VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France dans l'entre-deux-guerres », *Génèses*, volume 82, n°1, 2011, p. 52-74.

[122] GUILLEMAIN Hervé, KLEIN Alexandre et THIFAUT Marie-Claude, *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX*e *siècle*, Rennes, PUR, 2018, p. 10.

d'exercice privilégié qu'est l'hôpital, cette pratique – peu onéreuse – autorise de nouveaux essais de réinsertion sociale et familiale des patients chroniques[123]. »

Comme nous allons le voir, toutes ces mutations du champ psychiatrique touchent les suicidants qui sont admis dans les asiles et au-delà. Dans un premier temps, nous allons observer les dispositions légales qui entourent la prise en charge des phénomènes suicidaires en hôpital psychiatrique, puis nous allons analyser des trajectoires de suicidants au sein de l'hôpital psychiatrique de la Roche-sur-Yon. Enfin nous allons porter notre regard sur l'évolution du soin au sein de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire à travers l'analyse de trois registres à trois époques différentes.

1) Les phénomènes suicidaires en psychiatrie : une histoire du droit et de responsabilité légale

Comme le rappelle le psychiatre Philippe Rappard en 1991, le suicide est dépénalisé depuis 1791 et il est donc difficile en conséquence d'établir en droit des responsabilités légales concernant un tel acte, d'autant plus que la mise en œuvre de la mort volontaire est toujours en dernier ressort l'œuvre d'un seul individu : « Si l'acte suicide n'entre pas dans le Droit ce n'est pas du fait qu'il serait dans tous les cas assimilable à la maladie mentale mais parce qu'il est incompatible avec le Droit lui-même. L'individu ne peut pas entrer en rapport juridique avec lui-même. Tout rapport juridique suppose deux termes et le narcissisme se situerait en dehors du droit[124]. » Pour autant, la responsabilité d'une tierce peut être envisagé dans la mesure où celui a permis ou du moins pas empêché l'avènement d'un suicide. En ce sens dès le début XIXe siècle plusieurs arrêtés de la Cour de cassation ont pris position pour requalifier le suicide en homicide dans le cas où une tierce aurait connaissance d'une tentative de suicide et aiderait le suicidant à passer à l'acte. Dans le cas spécifique du champ hospitalier, comme l'explique Rappard, un médecin ne peut laisser un patient se laisser mourir, au motif où se passage à l'acte étant associé à une aliénation partielle ou totale du discernement, l'article 1111 du Code Pénal

[123] *Ibid.*, p. 111.

[124] RAPPARD Philippe, « Suicide et droit », *Bulletin de psychologie*, Tome 44, n°401, p. 334.

s'applique. La loi Leonetti en 2005 a largement amendé ses dispositions en permettant l'arrêt des soins si le patient le désire et dispose de son discernement, pour autant cette loi est postérieure aux bornes de notre étude.

D'autres cas spécifiques sont aussi sujets à débat, comme les grèves contre la faim qui peuvent entraîner la mort et où le psychiatre peut intervenir, si seulement la mort est imminente. Toutefois, dans ce cas précis, l'Association Médicale Mondiale (AMM), association créée en 1947 par le médecin Eugène Marquis pour promouvoir une éthique médicale universelle à la suite des atrocités commises pendant la Seconde Guerre mondiale, affirme que si un prisonnier a connaissance des dangers qu'il encourt et souhaite mener sa grève de la faim jusqu'au bout, le médecin doit respecter sa volonté et ne pas le réanimer comme l'établit la Déclaration de Malte de 1991. Bien sûr, ces dispositions concernent, en premier lieu, le cadre carcéral, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, même si les hôpitaux psychiatriques peuvent avoir ce type de cas et donc doivent se demander si le discernement du patient est aboli ou non.

Toute la difficulté pour les médecins réside dans le fait que le Code Pénal de 1791 consacre l'indifférence du droit français à l'égard du suicide, pour autant il n'en fait pas un droit positif à se donner la mort, se pose alors la question des responsabilités que le médecin a à l'égard du suicidant et inversement du suicidant envers la structure hospitalière. Le Code de la Sécurité Sociale, adopté en 1956 et réformé en 1985, est, par exemple, extrêmement ambigu sur la question. Ce dernier, en effet, prive d'indemnités toute personne s'infligeant des blessures volontaires, car si d'un point de vue pénal le suicide ne peut pas être poursuivi, il peut l'être d'un point civil quand il produit des coûts pour la collectivité. La loi du 3 janvier 1968 qui amende la loi de 1838 va dans le même sens. Quant au médecin, l'idée selon laquelle il doit faire tout son possible pour empêcher le suicide d'un patient quand celui est sous sa responsabilité est rappelé par un arrêt de la Cour de cassation daté du 11 juillet 1961. En cas de suicide dans le cadre d'un hôpital psychiatrique, se pose alors deux types de responsabilité, l'une pénale qui s'accompagne de dommages et intérêts et l'autre disciplinaire qui peut amener à des sanctions vis-à-vis des professionnels qui auraient manqué à leurs obligations. Quant à l'euthanasie ou aide active à mourir, cette forme de suicide n'est pas possible en France, car assimilée à une

forme d'homicide selon l'article 295 du Code Pénal. De plus, l'article 20 du Code de déontologie médicale, adopté en 1947 et réformé en 1979, réaffirme que la vocation première du médecin est de faire primer l'obligation de soins et le maintien en vie au désir d'accéder à la mort du patient.

La loi du 31 décembre 1987, qui fait suite au scandale lié à la publication de *Suicide, mode d'emploi*, crée un délit de « provocation au suicide » qui aborde le fait d'encourager un individu ou une communauté à se tuer, sans évoquer la question de l'euthanasie, alors que pourtant l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) milite pour une aide active à mourir depuis 1980. Ces lois sont, pour autant, assez tardives et pendant longtemps ce sont souvent des décisions issues de la jurisprudence qui oriente la manière dont le suicide est pris en charge en psychiatrie. Par exemple, l'« arrêt Mercier » de la Cour de Cassation du 26 mai 1936 est la première décision fixant l'idée d'une responsabilité contractuelle du médecin vis-à-vis du patient. La plupart de ces arrêts sont, néanmoins, dans la plupart du temps extrêmement tardifs, laissant entendre que pendant longtemps le médecin disposait d'une importante latitude dans sa manière de gérer les phénomènes suicidaires au sein du complexe hospitalier.

Plusieurs décisions sont rendues au tournant de la fin des années 1990-début des années 2000, la plupart par des cours administratives comme une décision en juillet 1995 de la Cour administrative de Paris qui établit « La mauvaise surveillance d'un malade mental qui se suicide dans un centre hospitalier spécialisé ne peut donner lieu à des dommages et intérêts que pour ceux qui attestent la réalité du préjudice subi par ledit suicide[125] » ou à l'inverse en décembre 1999 à la Cour administrative de Nantes un verdict contraire qui dit que « Le suicide d'un malade atteint de troubles mentaux, hospitalisé dans un service libre, nonobstant ses tendances suicidaires, ne peut être imputable à une faute de service eu égard aux circonstances rendant imprévisible le comportement de ce

[125] Cour administrative de Paris, "La mauvaise surveillance d'un malade mental qui se suicide dans un centre hospitalier spécialisé ne peut donner lieu à des dommages et intérêts que pour ceux qui attestent la réalité du préjudice subi par ledit suicide", 2000.

malade[126] ». La première décision met l'accent sur l'obligation de surveillance que doit le service sur le patient, là où la seconde décision relaxe le service hospitalier au motif du caractère imprévisible de l'acte. Il est difficile d'en tirer une jurisprudence claire, mais il semble pour le juge que la prédictivité ou non de l'acte et la mise en place de structure de préventions sont deux éléments importants de la décision.

Ainsi, nous avons que la jurisprudence qui entoure le suicide en psychiatrie est mal définie. Comme dans le cadre carcéral, l'institution est rarement rendue responsable du passage à l'acte, au nom du principe d'imprévisibilité. Il n'en demeure pas moins, comme en prison, l'hôpital à un devoir de surveillance, d'autant plus avec les patients à risque. Dans le deuxième volume de la troisième édition de *L'assistance psychiatrique française*[127] qui fait référence quant aux principes de la psychiatrie en France dans le premier XXe siècle, cinq pages sont consacrées à la prise en charge du suicide en institution psychiatrique. Cet ouvrage fait essentiellement référence au premier règlement de 1838, preuve s'il en est que longtemps la jurisprudence entourant le suicide en psychiatrie était rare. Il nous reste maintenant à aller au-delà du droit pour observer concrètement la prise en charge des suicidants dans le cadre psychiatrique au XXe siècle.

2) Des trajectoires de suicidants en milieu psychiatrique : l'exemple de l'asile de la Roche-sur-Yon dans la première partie du XXe siècle

L'asile psychiatrique de la Roche-sur-Yon a ouvert ses portes en 1858 dans l'optique de mettre en œuvre la loi de 1838 et donc doter le département de Vendée d'un asile. Cet hôpital se situe au sud du cœur de ville et est entouré de murs jusque dans les années 1960, dans l'optique de placer les aliénés le plus loin possibles de la vie urbaine. L'asile de Sainte-Gemmes sur Loire comme nous allons le voir, dans un second temps, partage, lui aussi, une topographie qui vise à l'éloigner du reste de la population, ce que l'historien

[126] Cour administrative de Nantes, "Le suicide d'un malade atteint de troubles mentaux, hospitalisé dans un service libre, nonobstant ses tendances suicidaires, ne peut être imputable à une faute de service eu égard aux circonstances rendant imprévisible le comportement de ce malade", 1999.

[127] RAYNIER Julien et BEAUDOUIN Henri, *L'Assistance psychiatrique française*, Paris, Les établissements hospitaliers français, 1949 (première édition : 1900), 658 p.

Vincent Guérin défini dans sa thèse sur l'institution angevine comme un « monde à part ». Nous disposons pour cette étude de sept rapports liés à des événements suicidaires intervenus dans cet hôpital psychiatrique dans la première partie du XXe siècle, dont quatre rapports portant directement sur des suicides d'aliénés. Nous avons croisé ces rapports avec quatre dossiers d'hospitalisation que nous avons retrouvés pour documenter chacun de ces cas. L'objectif de cette étude est de retracer le parcours de vie de chacun de ces suicidants et de comprendre en quoi ils sont révélateurs des structures asilaires.

Le premier portrait concerne une aliénée du nom de Marie Durant qui s'est donnée le 6 novembre 1938. Le rapport de police indique que la mort est intervenue à 17h30 et comme dans les rapports en contexte carcéral rappelle des données biographiques pour faciliter l'identification de la victime et la retranscription de ces informations aux registres d'état civil : « Ayant été avisé qu'une nommé DURANT Marie Gustine Maccimilienne née le 17 septembre 1865 à LA CLAYE (Vendée) de Joseph et de Marie ARREBRETEAU, célibataire, domiciliée 24 rue Pasteur à LA ROCHE SUR YON, hospitalisée à l'Hôpital Départemental de cette ville s'était suicidée en se jetant d'une fenêtre du premier étage d'un bâtiment de cet établissement[128]. » A la manière d'une enquête policière, le rapport fait été, d'abord, de constatations matérielles : « Nous avons constaté que la grille fermant la fenêtre de cette chambre d'isolement réservées aux malades agitées avait été descellée. Cette fenêtre donne sur le toit d'un immeuble bas à usage de lingerie. Dans la cour, à l'emplomb de ce toit, nous avons relevé sur le sol des traces de chute[129]. » Ensuite, le policier fait appel à des témoins pour corroborer la scène et accréditer la nature suicidaire de cette mort violente : « Nous nous sommes transportés aussitôt dans la pièce occupée en commun par la décédée avec la nommée SAVARIAU Mélanie 66 ans [...] : Dans l'après-midi, sans que je puisse bien préciser l'heure, la femme Durant avec qui je partage ma chambre s'est levée, elle a grimper sur mon lit et de là sur la fenêtre, elle a enfoncé la grille et est partie sur le toit. [...] Suivant les déclarations du Directeur de l'Hôpital cette femme est décédée environ une heure après sa chute. Elle n'a ni enfant, ni parent connu[130]. » La lettre qu'a, d'ailleurs, transmise le directeur de l'hôpital

[128] Archives départementales de Vendée, H dépôt 5 Q 140 : « Marie Durand » dans *Dossiers d'aliénés*, 1938.

[129] *Ibid.*

[130] *Ibid.*

à la police laisse entrevoir que le personnel craignait qu'elle passe à l'acte et c'est, en ce sens, qu'elle a été placée en isolement : « Madame Durand donnait depuis quelques jours des signes d'aliénation mentale et elle avait été placée dans une chambre spéciale avec une autre malade. Pendant la courte durée de l'absence de l'infirmière, elle a ouvert précipitamment la fenêtre et elle s'est jetée dans le vide[131]. » Nous ne disposons pas d'autres éléments concernant cette aliénée.

Pour ce qui est du suicide de Jean-Emile Tesson, le 6 octobre 1914, nous disposons d'un rapport du surveillant-chef au sein de l'hôpital. Dans ce rapport, le surveillant justifie le fait que l'aliéné a été placé dans une cellule individuelle sans surveillance particulière : « Ce malade n'avait jamais manifesté aucune idée de suicide. Il couchait en cellule parce que, depuis plusieurs mois, il se montrait très agressif pour ses camarades et les gardiens[132]. » Le gardien donne également une description précise de la découverte du corps, en montrant que le personnel n'a enfreint à aucun les règles élémentaires de surveillance des aliénés : « J'ai l'honneur de vous rapporter dans la présente lettre, conformément à l'article 23 du Règlement général du 20 mars 1957, les circonstances de cet accident telles qu'elles ont été établies par le surveillant-en-chef : Ce matin, 6 octobre 1914, le gardien JANNEAU, chef de quartier à la 5e section (agitée), est venu me prévenir, à 6 heures, que le malade Tesson s'était pendu pendant la nuit dans sa cellule ; il venait de s'en apercevoir au réveil en ouvrant pour le nettoyage [...] J'ai fait couper de suite le lien et déposer le corps du défunt sur sa couchette. L'Interne de service averti sur le champ n'a pu que constater le décès qui paraissait remonter à plusieurs heures[133]. » Le surveillant-en-chef cherche ici à montrer dans son rapport qu'il adresse au préfet que les obligations légales de l'hôpital ne sont pas négligées et en particulier, les dispositions de l'article 104 du modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857 qui comprend l'obligation d'une surveillance de nuit : « Un service de nuit est institué et comprend : 1° La veille continue d'un infirmier dans la section des hommes et d'une infirmière dans la section des femmes ; 2° Des rondes spécialement confiées au surveillant et à la surveillante en chef,

[131] *Ibid.*

[132] Archives départementales de Vendée, H dépôt 5 Q 128 : « Jean-Emile Tesson » dans *Dossiers d'aliénés*, 1914.

[133] *Ibid.*

dans leurs sections respectives[134]. » Or, ici, la découverte après plusieurs heures du corps pour laisser entendre que ce service est dysfonctionnel, d'où l'importance pour le surveillant-chef d'attester que ce dernier n'avait pas donné de signe de volonté de mettre fin à ces jours.

A partir du dossier médical de Jean-Emile Tesson que nous avons consulté, nous apprenons qu'au moment des faits, il avait 27 ans et avait pour profession de cultivateur. Sans qu'il soit présenté de signes de suicide avant son hospitalisation, il semble que son état s'est dégradé longuement, car il n'a pas pu être hospitalisé de suite, sûrement du fait d'un manque de place dont on peut faire le constat dans de nombreux asiles départementaux au début du XXe siècle. La lettre du maire de La Boissière-des-Landes sur le sujet est assez prolixe : « Le nommé Tesson Jean, âgé de 27 ans, demeurant chez sa mère à la Semeslie en cette commune montre depuis déjà 18 mois des signes d'aliénation mentale sur la plainte de son frère Pierre Tesson et de son beau-frère Tessier Louis. Je leur ai conseillé d'aller trouver un médecin qui leur donnera un certificat pour faire admettre le nommé Tesson Jean à l'asile de la Grimaudière[135]. » Une ordonnance du 15 avril 1912 décrit plus précisément le type d'aliénation dont il est l'objet : "[il] présente des troubles mentaux caractérisés par de l'incohérence dans les idées des hallucinations, une religiosité exagérée, des fugues. Lorsqu'on l'interroge, il fait le plus souvent des réformes extravagantes. Il parle sans cesse de religion, veut imposer ses sentiments ceux qui l'entourent et temps en temps sort, paraît-il, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit dans l'église faire des prières[136]." Toujours dans cette ordonnance, l'un des éléments qui permet l'internement de Jean-Emile Tesson, c'est la difficulté de la famille et de ses proches à l'empêcher de manifester ce qui est perçu comme de la folie dans l'espace public : « Lundi dernier, il serait venu deux fois à la Roche où il aurait passé la nuit, errant au hasard. Ce jour-là, il aurait fait à pied environ 70 kilomètres sans manger[137]. » C'est cette peur de la fugue qui a également conduit les surveillants à mettre cet aliéné en cellule

[134] *Ibid.*

[135] *Ibid.*

[136] *Ibid.*

[137] *Ibid.*

d'isolement. Comme en prison, l'obsession de la surveillance et la volonté d'empêcher toute forme de défaillance est au cœur de la structure psychiatrique dans la première moitié du XXe siècle et la lettre du médecin-directeur au préfet est particulièrement parlante sur la question, justifiant ce suicide par des locaux inadaptés et un recrutement trop peu rigoureux : « Les quartiers d'isolement, disais-je, sont constituées par des cellules d'ancien modèle mal aérées, sans cabinets ; ce n'est qu'avec les plus grandes appréhensions, et parce qu'ils ne peuvent faire autrement, que les médecins se résolvent à y mettre des malades : la thérapeutique actuelle des aliénés à d'autres exigences [...] Dans de pareilles cellules, les malades agités que l'on y place deviennent inabordables et leur fureur augmente. La surveillance de nuit est impossible, car le veilleur qui entrerait, même accompagné, dans ces réduits obscurs, courait les plus grands dangers ; et par le petit judas de la porte, il ne voit rien. [...] Bien que ce n'est point de rapport immédiat avec le suicide de Tesson, j'ai cru devoir vous en parler ici, parce que je redoute toujours les pires conséquences de la persistance du vice alcoolique chez les gardiens : système cellulaire, encombrement, alcoolisme et insouciance des gardiens (dont les meilleurs ont été mobilisés) sont trois causes de graves incidents dont je ne cesse de craindre l'éclosion[138]. » Ce témoignage nous permet de mieux saisir la crise que connaît alors le modèle psychiatrique au début du XXe siècle et tout particulièrement pendant la Première Guerre mondiale, du fait de la mobilisation d'une partie du personnel de l'asile.

Un autre élément important de la structure psychiatrique, l'idée que le soin poursuit un but sous-jacent : la rééducation de l'aliéné aux attentes de la vie normale. Le cas de Marceline Chaquin, qui s'est suicidée le 24 février 1933 par submersion et était entrée à l'asile le 21 janvier 1931. Dans les « renseignements commémoratifs » rédigés par le médecin-directeur, nous apprenons qu'elle a 48 ans au moment des faits, la démarche psychiatrique est apparente dans de document, en prêtant attention en premier lieu aux antécédents familiaux et personnels : « Père vivant et bien portant - mère psychoneurasthénique s'est suicidée. Pas d'autres aliénés dans la famille. Pas de maladie infectieuse grave à signaler dans l'enfance ni à l'âge adulte. Le malade a toujours été physiquement très bien portante. [...] Premiers symptômes, il y a 20 ans à la suite de la naissance du dernier enfant, phénomènes psychoneurasthéniques qui disparaissent

[138] *Ibid.*

rapidement (1 mois) - Réapparition de ces phénomènes il y a 1 an et qui s'aggravent progressivement[139]. » Dans ces lignes, nous pouvons sentir encore l'influence des thèses de la dégénérescence sur une forme d'hérédité de la folie ou plus spécifiquement du suicide, ici par la mère, auquel s'adjoint l'idée que toute nosographie psychiatrique s'accompagne d'une enquête sociale qui doit permettre de faire l'histoire de la maladie de l'aliéné. Ce lien entre préoccupation social et soin est particulièrement souligné dans le « Bulletin de soin » réalisé mensuellement : « Bulletin du 1er août 1932 - Etat mental très médiocre depuis quelques jours. Notre malade est actuellement dans une très mauvaise période. Elle est très absorbée par ses idées délirantes mélancoliques et anxieuses. Elle manifeste de plus en plus des idées de suicide avec tentatives de mise à exécution, elle a tenté hier matin de s'étrangler, qui la rendent difficile à diriger et nécessitent pour elle une surveillance de tous les instants. Bon état général [...] Bulletin du 1er février 1933 - La bonne période continue. Votre malade s'occupe au ménage et à la couture. Elle est plus gaie. S'alimente bien et dort très bien[140]. » Nous pouvons observer ici que la thématique de la surveillance est encore une fois mise en avant et que se dessine également l'idée selon laquelle le fait que le patient soit dans de meilleures dispositions passent par le travail, souvent extrêmement genré, ici le « ménage et la couture ». Pour les hommes, les travaux agricoles ou les rénovations à l'intérieur de l'asile leurs sont réservés et sont aussi perçu comme partie prenante du traitement moral.

Le suicide met toujours l'administration hospitalière dans une situation délicate, car il pose la question du bon fonctionnement du service et la prévisibilité ou non du passage à l'acte. Comme en prison, le fait qu'un individu assujetti à la structure d'une institution fermée puisse se soustraire à la surveillance des agents est vécu par l'administration comme un dysfonctionnement qu'il faut expliquer à la hiérarchie, en premier lieu le préfet et dans un second temps la famille. La difficulté réside donc pour l'institution à limiter ce type d'évènement sous peine d'être perçu par le haut de la hiérarchie comme défaillant. L'exemple du suicide par submersion d'Auguste Jeannière, le 10 février 1932 illustre parfaitement l'appréhension de l'administration vis-à-vis du suicide, en témoigne le

[139] Archives départementales de Vendée, H dépôt 5 Q 133 : « Marceline Chaquin » dans *Dossiers d'aliénés*, 1932-1933.

[140] *Ibid.*

rapport que fournit le médecin-directeur au procureur de la République, le jour-même : « J'ai le regret de vous annoncer que le nommé Auguste Jeannière, âgé de 55 ans et le demi, et né le 16 mai 1876 à la Jaubretière, interné à l'Asile le 24 février 1930, a été trouvé, ce matin, noyé dans la rivière de l'Yon, derrière l'Asile. [...] De l'enquête à laquelle je me suis livré, voici comment les faits se sont passés : Ce matin, vers 7 heures, Jeannière demanda d'aller à la messe. Il était mystique et mélancolique, portait un chapelet à son cou, mais présentant pas d'idées de suicide. Le gardien du 10e quartier crut devoir le laisser aller à la chapelle accompagné par les autres malades plus jeunes. Rien alors ne laissait prévoir l'intention de Jeannière[141]. » Dans ce rapport, le médecin-directeur insiste à plusieurs reprises sur l'absence d'éléments permettant de prévenir le passage à l'acte de cet aliéné. Or la lettre du beau-frère d'Auguste Jeannière, jointe au dossier médical, laisse entrevoir un mal-être chez l'aliéné qui aurait pu amener ce dernier à avoir des idées suicidaires : « Monsieur le médecin-directeur, Veillez donc me donner quelques renseignements sur Jeannière Auguste, mon beau-frère. Le jour de ma visite, il y a 2 mois, il n'avait l'air de vouloir pas rester longtemps et moi, je ne le trouvais pas mieux, que devient-il depuis ce temps-là ? Que pensez-vous de cet homme ? Il m'est impossible de lui rendre visite en ce moment. Recevez Monsieur mes sincères salutations. Auguste Mandin[142]. » Cette lettre comparée au rapport du médecin-directeur montre que comme dans le carcéral, plus que de prendre en considération le suicide comme un évènement singulier que l'hôpital doit traiter comme tel, le médecin a une attitude qui vise à défendre la structure psychiatrique par-dessus tout, quitte à éviter des éléments qui pourraient, par exemple, incriminer un agent.

Par conséquent, nous pouvons dire que l'étude de ces trajectoires en milieu psychiatrique fait émerger des points communs avec le milieu carcéral, que ce soit à travers l'obsession de la surveillance, l'isolement des personnes considérées par la structure comme des comportements « anormaux » et enfin la volonté de rééduquer l'individu à la vie sociale. Là où cette étude révèle certaines spécificités du champ psychiatrique, c'est sur la relation qu'entretient le médecin-directeur avec ses

[141] Archives départementales de Vendée, H dépôt 5 Q 133 : « Auguste Jeannière » dans *Dossiers d'aliénés*, 1932-1933.

[142] *Ibid.*

surveillants, la place qu'occupe le soin et la prise en charge du suicide vis-à-vis de préoccupations sociales internes à l'hôpital, mais aussi la crise que connaît le système asilaire au début du XXe siècle et tout particulièrement pendant la Première Guerre mondiale qui provoque une désorganisation des services psychiatriques.

3) La prise en charge du suicide à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire : un siècle d'histoire

Avant l'ouverture de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire en 1843, six établissements sur la ville d'Angers accueillent dès le début du XIX siècle : l'hôpital Saint-Jean ou Hospice civile d'Angers ; l'hospice des Pénitentes ; l'hôpital des Incurables ; l'hôpital Général de la Charité d'Angers ; le dépôt de Mendicité de Saint Nicolas et la prison du Château d'Angers. A cela il faut ajouter l'asile religieux de Baugé qui comme son nom l'indique est dirigé par la Congrégation des Filles de la Charité et le docteur Guérin du Grand Launay, une sorte d'asile psychiatrique avant l'heure, puisque ce sont les fous qui y sont prioritairement accueillis. Guillaume Ferrus, élève de Pinel, nommé en 1835 par le gouvernement inspecteur général des asiles en France pour établir un état des lieux, visité l'établissement en 1834 et conclut à son insalubrité, si bien qu'un temps qu'il a été évoqué la possibilité de le fermer, avant que faute de solution le préfet se rétracte. Il est donc urgent pour les autorités locales de créer un nouveau lieu qui serait consacré aux aliénés, en centralisant les soins à leur apporter, mais le coup d'un tel projet n'amène qu'à le reporter, même après l'adoption de la loi du 30 juin 1838. Finalement, après plusieurs années de tractations, le Conseil départemental acquiert le 4 septembre 1842 le château de la famille Bayon à Sainte-Gemmes-sur-Loire, situé à 7 km au sud d'Angers, dans la campagne, le long de La Loire. A sa tête, le docteur Levincent, un disciple d'Esquirol, qui à la fois exerce la fonction de médecin et de directeur de l'asile, c'est-à-dire cumulant à la fois la direction médicale et administrative de l'institution, il décide pour les travaux de réhabilitation en hôpital de faire appel à un architecte parisien nommé Moll. Le bâtiment est divisé en plusieurs quartiers pour accueillir les malades en fonction de leur pathologie, il est clôturé avec un parc en dessous de l'hôpital où les aliénés peuvent travailler dans une sorte de ferme.

L'hôpital ouvre le 17 janvier 1844 et accueille principalement des aliénés venant des institutions que nous avons citées et qui faute de mieux les accueillent avant. Le premier objectif est de désengorger ces différents services et de rassembler les personnes atteintes d'aliénations mentales dans une seule institution pour l'ensemble du département capable de leur apporter des soins adaptés. L'asile accueille 120 aliénés au moment de sa création à 501 aliénés en 1854, un chiffre qui a donc plus que quadruplé en dix ans d'existence. Pour procéder aux soins, le médecin-directeur disposait de cinq religieuses lors de l'ouverture de l'asile, à la suite d'une convention signée le 10 octobre 1843 entre le Conseil général du département de Maine-et-Loire et les religieuses de la Communauté Sainte-Marie d'Angers. En 1853 ce sont douze religieuses qui officient comme soignantes dans l'hôpital. A cela, il faut ajouter que pour le bon fonctionnement de l'hôpital, certaines tâches subalternes comme la conciergerie étaient confiées à d'anciens aliénés qu'on appelait « servants », complétant ainsi le personnel de l'hôpital. Mais comme le note l'auteur de la brochure *Moi, Hippolyte Eugénie…. et les autres* : « l'augmentation de ces personnels est beaucoup plus lente[143]. »

Au moment où commence notre analyse en 1910, Baruk devient le médecin-directeur de l'asile, comme le note dans sa thèse Vincent Guérin, l'asile a du mal à recruter des surveillants, alors que la population asilaire ne cesse de progresser, atteignant 1030 aliénés en 1910, dont 561 femmes[144]. La guerre de 1914-1918, ainsi que celle de 1939-1945 produisent une désorganisation du service. Mais les principaux tournants que connaît l'asile ont lieu dans les années 1920 avec l'abandon progressive d'une conception morale de la folie pour une conception plus organicisto-psychique. Quant aux années 1950, l'hôpital connaît un pic de population avec près de 1200 aliénés entre ses murs, un manque de moyen, malgré la volonté de moderniser l'hôpital en créant un service libre et l'instauration comme moyen de soin des traitements de chocs comme les électrochocs. Puis dans les années 1960, la généralisation des neuroleptiques permet l'apparition de thérapie médicamenteuse permettant la continuité des soins, même hors de l'asile. La problématique de l'alcoolisme devient centrale dans les années d'après-guerre et de plus

[143] DÉAN Frédéric, *Moi, Hippolyte Eugénie… et les autres : De l'insensé à l'aliéné en Anjou (1800-1854)*, Centre de Santé Mentale Angevin, Angers, 2009, p. 3-10.

[144] GUERIN Vincent, « Ne plus être un monde à part » : La transformation d'un hôpital psychiatrique, Sainte-Gemmes-sur-Loire (1910-1977), Thèse de doctorat en Histoire contemporaine, BARD Christine (dir.), Angers, Université d'Angers, 2011, 591 p.

il y a la volonté de limiter les séjours de longue durée pour permettre de traiter un maximum de malades hors des murs de l'hôpital. Il y a une volonté d'humaniser la psychiatrie, en organisant des activités culturelles et en donnant une plus grande part à l'écoute des attentes des malades et de leur famille avec l'instauration au milieu des années 1960 de la psychothérapie institutionnelle. A partir des années 1970 se développe la politique de sectorisation qui doit permettre d'accueillir des malades de tout le département et être réparti dans des services en fonction de leur origine géographique, mais le manque de moyens amène cette réforme à s'imposer par tâtonnement. L'hôpital adopte, toutefois en 1972 une nouvelle dénomination : Centre hospitalier spécialisé (CHS). Il y a une volonté de fonctionner de la même manière que le Centre hospitalier universitaire (CHU) situé à Angers. Le nombre de patients est certes de 1875 en 1971, mais il n'est plus que de 1261 pour l'année 1977, on assiste enfin à une décroissance de la population asilaire. Les centres de soins extrahospitaliers commencent à prendre en forme avec la création de centres médico-psychologiques (CMP) comme à Angers dès 1973 et qui sont encore aujourd'hui des piliers importants du suivi de patients ayant besoin de soins psychiatriques ponctuels.

Nous avons donc choisi trois registres à trois périodes différentes. Le premier registre, qui recense l'entrée d'aliénés entre le 18 août 1910 et le 20 février 1912 comprend trois cent onze fiches dont trente-sept présentent des troubles liés au suicides, soit 11,8% des fiches composant ce corpus. La particularité de ces années 1910 est la prise de fonction du docteur Baruk comme médecin-directeur de l'asile. Il cherche à centraliser au maximum le pouvoir entre ses mains pour que l'administration de l'hôpital soit maximisée. Quant à la population internée, elle est à la fois à majorité féminine et rurale, le psychiatre y voyant les affres d'un mode de vie extrêmement fatiguant et où l'alcoolisme est fortement présent. Nous retrouvons cette même structure de la population asilaire, parmi les suicidants que nous avons identifiés entre 1910 et 1912. Ainsi sur les trente-sept cas répertoriés, huit sont des cultivateurs, la profession la plus représentée, devant les personnes sans profession qui sont au nombre de six. Quant à la question du genre, nous avons une nette surreprésentation féminine, bien supérieure même à la proportion de femmes dans l'asile, vingt-trois femmes sur trente-sept cas, soit 62% du

corpus[145]. Premièrement, concernant la surreprésentation de métiers liés à la ruralité, si l'explication de Baruk concernant la typologie de la population angevine et la dureté de la vie rurale fait sens, il faut également ajouter que dans ce type de milieu, il est difficile pour la famille de surveiller une personne improductive, sachant que la plupart du travail agricole se réalise à l'extérieur, comme le confirme le chercheur Anatole le Bras[146]. Concernant le genre, les femmes sont surreprésentées, car comme le montre plusieurs études épidémiologiques sur le sujet[147], ¾ des suicidés sont des hommes, mais les femmes tentent de se suicider beaucoup plus. Cette surreprésentation des femmes parmi les suicidants internés s'explique donc par l'échec de tentatives de suicide, représente quatorze cas sur trente-sept, et par leur intégration sociale à l'intérieur des familles beaucoup plus importante. En effet, sur ces vingt-trois femmes suicidantes et internées, treize sont mariées. Quant au diagnostic lui-même, les maladies les plus représentées sont liées à la « mélancolie », pensée comme une pathologie dans lequel l'individu perd le goût de l'existence, lui rendant difficile de répondre à la cadence imposée par la vie sociale. Mais celle-ci se divise en deux troubles. En premier lieu, la « dépression mélancolique », qui désigne une phase dans laquelle l'activité psychologique de l'individu tend à ralentir et s'accompagne d'une forte triste, elle représente sept cas sur trente-sept. En 2013, le psychanalyste Olivier Douville revenait sur les différentes définitions de la mélancolie en psychiatrie à la fin du XIXe siècle et pour lui la « dépression mélancolique » représente dans la théorie psychiatrique : « Dans la dépression psychomotrice, les objets extérieurs n'agissent plus sur les malades de la même manière et perdent leur réalité substantielle. Le délire des négations auquel aboutissent les formes graves de mélancolie s'explique ainsi par des troubles moteurs[148]. » Pour ce qui est de la « mélancolie anxieuse », qui représente dix cas sur trente-sept, le malade est dans une phase d'excitation maniaque qui le plonge dans une extrême tristesse et peut le pousser à un passage à l'acte suicidaire : « À l'acmé de la mélancolie anxieuse, rien ne peut représenter le sujet dans le paysage du Monde. La

---

[145] Voir Annexe 2.

[146] Voir LE BRAS Anatole, *Aliénés : Une histoire sociale de la folie au XIXe siècle*, Paris, CNRS Editions, 2024, 400 p.

[147] KUSHNER Howard, « Suicide, Gender and the Fear of Modernity » , *Journal of Social History*, volume 26, n°3, 1993, p. 461-490.

[148] DOUVILLE Olivier, « De la mélancolie dans la psychiatrie classique : en jeu des débats », *Figures de la psychanalyse*, n°26, 2013, p. 59.

perplexité, qui souvent suit des moments d'extase, pourra d'autant plus rapidement se résoudre en certitude persécutive que le patient s'en va tenir un discours sur des objets du corps qui tiennent le coup, qu'on a pu lui dérober, comme on le fait dès que l'on retire une ou plusieurs pièces d'un puzzle sans pour autant brouiller ou rendre molle la ligne claire de la découpe[149]. » Ainsi, les suicidants à l'intérieur de l'édifice psychiatrique dans les années 1910 semblent obéir largement aux mêmes caractéristiques sociologiques que le reste de la population des aliénés. Pour autant, la manière dont le suicide est abordé, non plus comme une maladie en soit, la « lypémanie suicide », dont on pouvait trouver la nomenclature dans la deuxième partie du XIXe siècle dans les registres de Sainte-Gemmes-sur-Loire, change du tout au tout en réduisant le suicide a un symptôme d'un état aliénant et spécifiquement de la mélancolie.

Le deuxième registre que nous avons étudié et qui porte sur la période 12 août 1950 et le 6 mars 1951 comprend trois cent une fiche dont trente-deux cas de suicidants, soit une proportion similaire au registre de 1910 quant au ratio suicidants/aliénés. Pour autant nous observons des évolutions notables. D'une part, concernant la sociologie des suicidants, nous avons à faire à un renversement où les hommes désormais dominent notre panel, dix-neuf sur trente-deux. Le psychiatre François Chapireau confirme nos observations, en expliquant que la population masculine tend à devenir majoritaire après-guerre dans les asiles, du fait d'une meilleure prévention des troubles psychiatriques et suicidaires chez les hommes, mais aussi parce qu'un certains nombres de stéréotypes associant femme et folie tendent à s'estomper : « Qu'il s'agisse des présents un jour donné ou des malades admis, la proportion d'hommes augmente. Parmi les premiers, elle passe de 40 % en 1945 à 54 % en 1978 ; elle semble ensuite se stabiliser à 56 % en 1998 dans les services sectorisés. Parmi les malades admis, elle passe de 49 % en 1949 à 56 % en 1978 ; les valeurs ultérieures ne sont pas connues[150]. » Ce rapport entre suicidalité et masculinité en psychiatrie qui s'accroît après la Seconde Guerre mondiale s'explique également par un intérêt plus marqué pour certaines pathologies psycho-sociales comme l'alcoolisme et les idées suicidaires que peuvent développer les aliénés. En effet, quatorze

[149] *Ibid.*, p. 69.

[150] CHAPIREAU François, « Le recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle », *L'Information psychiatrique*, Volume 83, 2007, p. 566.

cas sur trente-deux sont diagnostiqués comme alcooliques, douze sont des hommes. Pour l'historien Claude Quétel, qui a consacré un article sur la question, l'alcoolisme est un enjeu à la fois de santé publique dès le milieu du XIXe siècle avec pour traitement le sevrage, mais aussi d'ordre public, et c'est cette seconde problématique qui justifie la plupart du temps l'internement : « L'ivrogne brutal, qui terrorise son voisinage par ses menaces, peut parfaitement être interné lorsque ses violences deviennent intolérables sans présenter pour autant un tableau clinique qui correspond à une des catégories de folie alcoolique définie dans les traités[151]. » Par comparaison, nous avions seulement trois mentions de l'alcoolisme en 1910 et en 1950, la problématique de la mélancolie tend à être minoré, n'étant mentionnée que neuf fois, dans huit cas ce sont des femmes, il semble qu'en effet que la dépression masculine découlant de l'alcoolisme n'est pas considérée comme le centre de la pathologie, mais bien découlant de l'alcoolisme. Pourtant, paradoxalement, comme l'a montré Durkheim, il n'y a pas de lien direct entre alcoolisme et suicide, cependant le phénomène de désocialisation qui peut résulter de l'alcoolisme peut à termes amener à des comportements suicidaires, ce qui explique en grande partie la surreprésentation de ce diagnostic dans notre corpus.

Le dernier registre que nous avons analysé comporte deux-cent une fiche qui porte sur les entrées à l'asile de juillet 1989 à février 1990 et dans lequel nous n'avons trouvé la mention que de neuf suicidants. Ce chiffre peut paraître infime compte-tenu de la taille des corpus précédent que nous disposons, mais il s'explique par les évolutions que connaissent alors les modalités de prises en charge psychiatriques où les troubles psychiatriques mineurs sont renvoyés vers la médecine de ville, dont le CMP fait partie et donc pour ce qui est des troubles majeurs concernant le suicide, c'est un passage à l'acte imminent qui peut amener à un internement. En effet, les neufs cas dont nous disposons présentent des états de désocialisations et de détresses extrêmement fortes, et même pour quatre d'entre eux ont déjà des antécédents psychiatriques. Ce qui est également intéressant à analyser sur le temps long, c'est la durée d'hospitalisation de ces suicidants qui tend au fur et à mesure des époques à se réduire. Elle s'explique à la fois par la pression démographique que subit l'hôpital et donc l'amène à éviter de plus en plus

[151] QUETEL Claude et SIMON Jean-Yves, « L'aliénation alcoolique en France (XIXe siècle et première moitié du XXe siècle) », *Histoire, économie et société*, 1988, p. 528.

des hospitalisations de longues durées, renvoyant à un suivi social et médical assuré par le médecin traitant et dans le meilleur des cas un psychiatre et une neuroleptisation, qui comme l'a montré Hervé Guillemain, a permis à partir des années 1960 de pouvoir traiter les patients même pour des pathologies lourdes, hors de l'hôpital. Ainsi, en 1910, seulement douze cas sur trente-sept ont été hospitalisés moins de six mois, en 1950, ils sont vingt-neuf sur trente-deux à avoir eu moins de six moins d'hospitalisations.

Si un certain nombre des évolutions de la sociologie et la prise en charge des suicidants en psychiatrie ne tiennent pas d'une évolution des modalités de suicides en soi au cours du XXe siècle, elles rendent particulièrement saillantes les transformations progressives du champ psychiatrique et ainsi des évolutions nosographiques quant aux théories et pratiques de la psychiatrie.

Conclusion : les dynamiques socio-institutionnelles de la psychiatrie

Nous avons vu que les grandes évolutions que connaît la psychiatrie impacte la manière dont les phénomènes suicidaires sont perçus et pris en charge en psychiatrie. Mais ils nous amènent également à nous replonger dans les transformations sociologiques et médicales que connaissent alors les hôpitaux psychiatriques, tout particulièrement dans les moments de crises, en témoignent les trajectoires institutionnelles que nous avons retracées du côté de la Roche-sur-Yon. La difficulté pour les psychiatres et les familles est que la jurisprudence sur le suicide en psychiatrie est peu développée, laissant souvent toute latitude quant au mode de prise en charge au médecin-directeur, avec l'idée que plus que guérir des idées suicidaires, ce qui importe c'est le maintien en vie, dans une logique analogue au carcéral, où le suicide est perçu comme une défaillance de la structure. Enfin, du côté de Sainte-Gemmes-sur-Loire, une étude statistique sur le temps long, nous a permis de montrer que la problématique de la prise en charge du suicide est extrêmement perméable aux évolutions des attentes socio-médicales de la population en la matière, ainsi que dans les progrès de la connaissance scientifique pour identifier et améliorer la prévention des phénomènes suicidaires qui touchent tout autant la population générale qu'asilaire.

L'un des promoteurs de la lutte contre le suicide en France, notamment connu pour avoir participé à la création en 1999 de l'Union nationale de la prévention du suicide (UNPS) qui réunit acteurs associatifs et pouvoirs publics, le médecin Michel Debout, que le suicide découle à la fois au sens clinique d'éléments cliniques, mais aussi du contexte social dans lequel les individus évoluent, illustrant son propos par l'exemple des suicides au travail : « Ces relations respectueuses ne peuvent se satisfaire de la survenue de brimades, d'humiliations, de violences et de harcèlement... qui pourront aboutir à un état de traumatisme psychologique, d'usure professionnelle, pouvant se compliquer par l'apparition du stress chronique, de troubles anxio-dépressifs ou psychosomatiques jusqu'à la tentative de suicide, quand ce n'est pas la mort elle-même qui survient[152] ». Il engage donc que le champ de travail des acteurs du soin dépasse le simple cadre de l'hôpital pour aller vers une médecine hors des murs de l'institution psychiatrique, coopérant avec des acteurs de terrains : « La prévention du suicide n'est pas l'affaire des seuls médecins et soignants, c'est celle de la société tout entière, celle de l'ensemble des acteurs du champ économique et plus largement du champ sociétal lui-même[153]. »

[152] DEBOUT Michel et VELASQUEZ Luis, « Chapitre 9 : Prévention du suicide et anomie sociale » dans COUTANCEAU Roland, BENNEGADI Rachid et CYRULNIK Boris (dir.), *Santé mentale et société*, Paris, Dunod, 2017, p. 99.
[153] *Ibid.*, p. 100.

Chapitre 3 : Le suicide des jeunes : des centres fermés aux politiques publiques

Introduction : Les jeunes et les politiques publiques au XXe siècle

Au lendemain des événements de mai 1968 et les mobilisations étudiantes qui forment le cœur politique de ce mouvement, le philosophe Edgar Morin signe en 1969 dans la revue des *Annales* un article intitulé : « Culture adolescente et révolte étudiante[154] ». Pour lui, la jeunesse est un phénomène essentiellement historique, situé dans l'ère occidental et contemporain, dans lequel le passage de l'enfance à l'adolescence se fait par l'approfondissement de l'acquisition d'une socialisation spécifique au lycée et à l'université et non plus au travail dès le plus jeune âge, ce qui était le cas dans les sociétés antérieures : « L'examen socio-historique nous portera à donner une importance particulière aux caractères à la fois d'indétermination et de détermination de l'adolescence-jeunesse : l'indétermination, c'est cet état incertain qui vient de la coexistence, du chevauchement et aussi de la distance entre l'univers enfantin et l'univers adulte. La détermination, c'est ce qui vient remplir cette zone incertaine, c'est-à-dire : 1° la culture adolescente ; 2° la scolarité prolongée et l'état d'étudiant[155]. » Elle trouve sa forme accomplie, selon le philosophe, dans les années 1950, à la croisée de la culture étudiante et de la culture de masse, nourrissant un imaginaire générationnel et subversif vis-à-vis de valeurs encore en place, entourant des sujets divers allant de la sexualité à la politique.

Dix ans plus tard, le sociologue Pierre Bourdieu signe un entretien, dans le livre *Les jeunes et le premier emploi*, intitulé « La jeunesse n'est qu'un mot[156] », dans lequel il montre que cette catégorie socio-historique est tout sauf homogène. Mais comme Edgar Morin, il fait de l'entrée sur le marché du travail une étape clé vers la sortie de la jeunesse où l'indépendance économique et familiale permet l'émancipation de cette catégorie intermédiaire. C'est ces différences socio-économiques qui l'amènent à affirmer qu'il n'y

[154] MORIN Edgar, « Culture adolescente et révolte étudiante », *Annales*, n°3, 1979, p. 765-776.

[155] *Ibid.*, p. 765.

[156] BOURDIEU Pierre, « La jeunesse n'est qu'un mot » dans METAILLE Anne-Marie, *Les jeunes et le premier emploi*, Paris, Association des Ages, 1978, p. 520-530.

a pas une jeunesse, mais plusieurs jeunesses, entre celles issues des catégories populaires et celles des classes intermédiaires et supérieures : « Il n'y a rien là que de très banal, mais qui fait voir que l'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable ; et que le fait de parler des jeunes comme d'une unité sociale, d'un groupe constitué, doté d'intérêts communs, et de rapporter ces intérêts à un âge défini biologiquement, constitue déjà une manipulation évidente. Il faudrait au moins analyser les différences entre les jeunesses, ou, pour aller vite, entre les deux jeunesses[157]. »

Si en termes de sciences sociales, ces deux visions de la jeunesse nous permettent de cerner la culture et le clivage qui traversent cette nouvelle catégorie politique dans la seconde moitié du XXe siècle, il ne faut pas oublier que les structures étatiques s'adressant aux jeunes en France sont antérieures. En 2009, les historiens Ivan Jablonka et Ludivine Bantigny dirigent un ouvrage collectif sur la question : *Jeunesse oblige : Histoire des jeunes en France XIXe-XXIe siècle*[158]. Ils rappellent que d'autres sociétés antérieures possédaient une culture de la jeunesse comme l'Athènes classique où il faut attendre 18 ans pour devenir citoyen ou bien à l'époque médiévale le jeune écuyer dont l'éducation s'inscrit dans une certaine violence avant d'être adoubé pour devenir chevalier. Pour autant, ce type de trajectoire juvénile est essentiellement élitaire. Pour les deux historiens, la jeunesse comme construction embrassant l'ensemble des couches sociales trouve sa genèse dans le premier XIXe siècle et touche particulièrement en termes de genre les filles, dont on attend qu'elle respecte une certaines postures morales qui les amènent par la suite à devenir une bonne épouse et une bonne mère de famille comme l'explicite les historiens David Niget et Véronique Blanchard dans leur introduction de *Mauvaises filles, incorrigibles et rebelles* : « Les filles sont des suspectes en puissance, et, du XIXe au XXe siècle, la criminologie naissante les prend pour objet, visant ainsi des comportements et des facteurs de risque liés au sujet, à son sexe, à sa nature et à son « milieu », action prophylactique plutôt que de répression des faits délictueux. Le grief ? Être une fille de « mauvaise vie », immorale et corrompue par l'hérédité, le logement, le quartier, les loisirs, les fréquentations… Selon cette idée le féminin s'imprègne, jusqu'à se vicier, de

[157] *Ibid.*, p. 521.

[158] JABLONKA Ivan et BANTIGNY Ludivine (dir.), *Jeunesse oblige : Histoire des jeunes en France XIXe-XXIe siècle*, Paris, PUF, 2009, 520 p.

son environnement, tandis que le masculin agit sur son environnement[159]. » C'est ce même paradigme de la défiance et du vice qu'on retrouve avec l'objet suicide dès le XIXe siècle et s'intensifie au XXe siècle avec l'idée que les pouvoirs publics peuvent influer sur le phénomène par le jeu d'actions planifiées sur des populations ciblées comme la jeunesse.

Ainsi se développent en direction de jeunes filles ne respectant se modèlent, soit car essayant de se soustraire à l'autorité familiale, soit vivant de petits trafics comme la prostitution, essentiellement issues des classes populaires, des maisons de redressement. Des congrégations religieuses tiennent des pensionnats visant à accueillir ces jeunes filles à la conduite « irrégulière » comme par exemple, la congrégation du Bon Pasteur fondée en 1840 à Angers par la mère supérieure Euphrasie Pelletier. Comme le note l'historienne Françoise Tétard dans *Filles de Justice : Du Bon-Pasteur à l'Éducation surveillée (XIXe-XXe siècle)*, jusque dans les années 1980, la rééducation juvénile obéit à un modèle particulier associant des organismes d'ordre privé et religieux à une mission de service public que leur délègue l'Etat : « L'Etat, toujours très démuni quand il s'agit des filles, n'a pas hésité, faute de mieux, à confier à ces congrégations considérées comme une mission de service public. Cette délégation ne fut pas remise en cause quand Jules Ferry légiféra sur l'école laïque, gratuite et obligatoire. La rééducation des mineures ne faisait pas partie des missions de l'instruction publique de la IIIe République, elle était située hors du champ scolaire, et le statut d'exclusion persista[160]. » A ce sujet, nous allons nous intéresser à plusieurs trajectoires de jeunes filles ayant tenté de se suicider ou marquer par le suicide d'un proche et la manière dont le Bon Pasteur s'est positionné par rapport à ce type de conduites.

Pour revenir sur le travail de Ludivine Bantigny et Ivan Jablonka, la jeunesse est non seulement pour eux un objet socio-historique, mais aussi un objet politique comme

[159] BLANCHARD Véronique et NIGET David, *Mauvaises filles, incorrigibles et rebelles*, Paris, Editions Textuel, 2016, p. 7.

[160] TETARD Françoise et DUMAS Claire, *Filles de Justice : Du Bon-Pasteur à l'Education surveillée (XIXe-XXe siècle)*, Paris, Edition Beauchesne, 2009, p. 19.

pendant la guerre d'Algérie. D'ailleurs, la question du service militaire et de la politisation de la jeunesse au sein de partis ou de syndicats étudiants est très discutée dans cet ouvrage. Mais *quid* des autres interactions qui mêlent actions de l'Etat et jeunesses ? Quel type de politiques publiques leur sont adressées ? En 2008, Ludivine Bantigny avait, pourtant, tenté d'y apporter une réponse en dirigeant un numéro de *Histoire@Politique* consacré à « Les jeunes, sujets et enjeux politiques (France, XXe siècle)[161] ». Trois articles sont consacrés au rapport de l'action publique avec la jeunesse, un nous intéresse tout particulièrement, il est l'œuvre de Patricia Loncle, professeure de sociologie à l'Ecole des hautes études en santé publiques, et porte sur le thème « Des préoccupations sociales à la santé publique : la prise en charge des jeunes. L'exemple rennais[162] ». L'autrice de l'article montre que les actions en la matière se font d'abord à l'échelle locale et souvent avec l'appui d'initiative privée, ce n'est seulement après la Seconde Guerre mondiale, et si l'on prend plus spécifiquement la problématique du suicide, c'est la fin des années 1970-1980 qui amènent les acteurs régionaux et étatiques à coordonner des politiques d'ampleurs sur la question : « À partir du milieu du XIXe siècle, les œuvres puis les associations de jeunesse jouent un rôle d'impulsion dans la mise en place d'actions au service de la jeunesse. Elles sont en cela relayées avec plus ou moins d'ampleur et de volontarisme par les communes. L'État, quant à lui, n'occupe qu'une fonction seconde de la fin du XIXe siècle à la Seconde Guerre mondiale : il réglemente des actions qui relèvent largement de l'appréciation des territoires. Au cours de cette période, le niveau local apparaît comme un lieu d'expérimentation, véritable laboratoire des politiques sociales et de santé dans lequel interviennent des interpénétrations denses entre niveau national et niveau local, entre acteurs privés et acteurs publics[163]. » Elle prolonge cette analyse en estimant que les années 1980-1990 marque un basculement dans la manière d'appréhender les politiques publiques ciblant la jeunesse sous un angle qui lient questions sociales, sanitaires et travaux statistiques avec la volonté de rendre le plus objectif et efficient possible les politiques déployés par les agences dépendantes de l'Etat : « Au début des années 1980, avec l'avènement des politiques de la ville, les préoccupations relatives au social et à la jeunesse réapparaissent avec une acuité

---

[161] BANTIGNY Ludivine, « Les jeunes, sujets et enjeux politiques (France, XXe siècle) », *Histoire@Politique*, n°4, 2008, 110 p.

[162] LONCLE Patricia, « Des préoccupations sociales à la santé publique : la prise en charge des jeunes. L'exemple rennais », *Histoire@Politique*, n°4, 2008, p. 13.

[163] *Ibid.*

croissante : les phénomènes de chômage massif des jeunes, de violences dans les quartiers conduisent à une focalisation importante des communes sur la jeunesse qui est à nouveau envisagée comme devant être protégée. Là encore, les questions de santé n'occupent qu'une place minimale. Néanmoins, depuis une décennie, sous l'influence d'un certain nombre de facteurs (épidémie de sida, prise de conscience de l'importance des déterminants sociaux de la santé, des inégalités sociales et territoriales de santé), mais aussi du fait d'une pénétration plus grande des politiques publiques françaises par les idéologies néolibérales anglo-saxonnes, on peut souligner l'importance croissante des analyses en termes de santé, voire de sanitarisation des questions sociales[164]. » Paradoxalement, dans ces politiques menées, comme celles touchant au suicide, il y a une dépolitisation très forte des choix qui sont pris par les acteurs publics pour réformer la société, au profit d'une vision technocratique d'enjeux sociaux dont la solution émanerait de la capacité à prévoir les risques psycho-sociaux inhérents à une population et à les réduire en les mettant en relation avec le « bon service ».

Il y a dans cette vision ce que le philosophe Michel Foucault avait conceptualisé sous la terminologie de « gouvernementalité », dont il identifie les premières formes archaïques à la Renaissance : « Il ne se référait pas seulement à des structures politiques et à la gestion des États ; mais il désignait la manière de diriger la conduite d'individus ou de groupes : gouvernement des enfants, des âmes, des communautés, des familles, des malades. Gouverner, en ce sens, c'est structurer le champ d'action éventuel des autres[165]. » Autrement dit, le sens de l'action de l'Etat serait d'accroître son pouvoir sur des populations de manière concrète, c'est-à-dire en prenant en charge tout ce qui touche à la vie, à la santé, voire au corps des individus, ce que Foucault schématise par l'expression de « microphysique du pouvoir ». Cette logique appliquée à la jeunesse amène l'Etat à s'interroger sur les comportements à risques qu'elle peut adopter et sur la façon de l'amener à corriger les individus perçus comme déviants pour les amener à adopter un comportement attendu par l'ordre social. Le chercheur David Niget en donne un très bon exemple à travers l'adoption de tribunaux pour jeunes en France au début du

[164] *Ibid.*

[165] FOUCAULT Michel, *Du Gouvernement des vivants (1979-1980*), Paris, Gallimard, 2012, p. 23.

XXe siècle, sur le modèle canadien, pour juger et corriger les mineurs en adaptant la sanction, le lieu et l'application de cette dernière aux circonstances de l'âge et du contexte familial. En 2001, Francine Labadie, rapportrice de la commission Jeunes et politiques publiques au Commissariat général au Plan, a publié dans un dossier consacré aux « Jeunes adultes » dans la *Revue des politiques sociales et familiales*, un article qui se veut un bilan des politiques publiques autour de la jeunesse et intitulé « L'évolution de la catégorie jeune dans l'action publique depuis vingt-cinq ans[166] ». Elle montre que la question de l'âge que ce soit pour identifier les problématiques propres à la jeunesse et les réponses qui lui sont apportées est centrale. Elles sont segmentées en tranche d'âge et forment une "gouvernementalité" à part entière, alors que paradoxalement selon les trajectoires, les individus ont des rapports extrêmement divers à la jeunesse comme époque de la vie : « On entre dans une nouvelle donne sociale marquée par l'incertitude, l'instabilité, la réversibilité des situations qui vient complètement transformer l'usage de l'âge dans l'action publique. L'âge en tant qu'outil de standardisation des trajectoires est remis en cause avec la flexibilisation et l'individualisation des parcours[167]. »

Enfin, s'il nous faut apporter à un dernier point à la question des politiques publiques adressées aux jeunes au XXe siècle et sur la façon dont elles sont liées à la problématique du suicide, il faut insister sur leur discontinuité, comme l'a exprimé en 2015 le psychiatre Philippe Caillé à l'occasion d'une journée d'étude organisée par le Comité d'histoire des ministères chargés de la Jeunesse et des Sports ayant pour sujet : *Les consultations de la jeunesse des années 1960 à nos jours, un outil pour l'action publique ?*. Dans sa contribution, qu'il a titré « Les politiques publiques de la jeunesse, une catégorie introuvable ? », Phillippe Caillé fait remonter le premier arsenal de politiques publiques à destination des jeunes au début de la IIIe République avec un paradoxe que nous avons commencé à esquisser où les jeunes sont vus comme l'avenir de la Nation, mais aussi une catégorie subversive qu'il faut éduquer et rééduquer : « Le souci de prendre en charge la jeunesse ne date pas de la nomination de Maurice HERZOG comme haut-commissaire en 1958, mais apparaît plutôt au début de la IIIe République avec trois objectifs

[166] LABADIE Francine, « L'évolution de la catégorie jeune dans l'action publique depuis vingt-cinq ans », *Revue des politiques sociales et familiales*, n°65, 2001, p. 19-25.

[167] *Ibid.*, p. 21.

principaux. La citoyenneté des jeunes, garants de l'avenir de la démocratie nouvellement instaurée, la protection des jeunes que l'industrialisation et l'urbanisation menacent, enfin le maintien de la paix sociale, face à une jeunesse jugée dangereuse. D'où ces deux tendances lourdes qui vont structurer les interventions en direction de la jeunesse et qui, à intervalles réguliers, apparaîtront comme une double injonction contradictoire. D'une part, faire appel à l'engagement et à la responsabilisation des jeunes, porteurs d'avenir et d'autre part, assurer un contrôle social sur une nouvelle classe « dangereuse »[168]. » Il souligne également un paradoxe important c'est que jusqu'en 1981, ce sont essentiellement les politiques publiques qui sont à l'œuvre au national et que l'arrivée de la gauche socialiste au pouvoir avec la décentralisation permet localement, puis nationalement à la société civile et au secteur privé de se saisir de cette question, comme nous allons le voir le suicide des jeunes suit ce mouvement.

Pour ce faire, nous allons dans un premier temps nous intéressé à la prise en charge de jeunes suicidants ou en contact avec la problématique du suicide dans leur milieu proche en institution fermée, avant que dans un second nous allons montrer comment les politiques publiques prolongent ces prises en charge à travers des actions en direction de la population juvénile en milieu libre.

1) Les jeunes et les phénomènes suicidaires en institution fermée au XXe siècle

Comme nous l'avons vu avec l'univers carcéral et psychiatrique, les institutions totales entretiennent des interactions qui sont à la fois situés historiquement à travers les circulaires et les réformes qui touchent aux fonctionnements de ces établissements, mais également sociologiquement à travers les acteurs qui interagissent dans ces lieux, mais aussi le souci de surveillance qui est complété par des logiques hiérarchiques et corporatistes. S'il est difficilement quantifiable, le suicide des jeunes et sa prévention fait partie entière de ces institutions. Ainsi, le démographe Jean-Claude Chesnais estime en 1976 que 60 % des suicides en prison à l'époque était le fait de jeunes détenus entre 18 et 30 ans. Cela s'explique par le fait que la désocialisation produite par la prison est d'autant plus forte chez les jeunes, car elle rend leur réinsertion difficile, étant donné qu'au moment de leur incarcération, c'est le moment dans une existence où se forme le

[168] CAILLE Philippe, « Les politiques publiques de la jeunesse, une catégorie introuvable ? », dans BARRIOLADE Denise (dir.), *Les consultations de la jeunesse des années 1960 à nos jours, un outil pour l'action publique ?*, Bordeaux, Editions Carrières Sociales, 2020, p. 14.

cœur de la socialisation des individus. Comme le note Jean-Claude Chesnais, le suicide des jeunes est beaucoup plus important en prison qu'en population libre, prenant l'exemple de la fin des années 1960-début des années 1970 : « Prenant en compte l'ensemble de la période 1966-1974 pour avoir un nombre d'observations suffisant, on constate qu'à tous les âges, les détenus se suicident plus que leurs homologues libres et d'autant plus qu'ils sont plus jeunes. Le prisonnier de moins de 21 ans se tue près de 9 fois plus que son homologue libre au même âge. Entre 21 et 30 ans, le rapport est proche de 6, il tombe cependant après 40 ans, pour se maintenir à près de 3, jusqu'aux plus grands âges. Ainsi, la sursuicidité relative frappe 3 fois (8,7/2,8) plus durement les jeunes détenus de moins de 21 ans que leurs aînés de plus de 40 ans[169]. » Cette proportion est d'autant plus accentuée dans les années 1970, car l'âge moyen du détenu était de 31 ans à l'époque.

Nous avions évoqué à ce sujet, le suicide de plusieurs jeunes détenus du côté de la maison centrale de Fontevraud, le plus marquant étant celui de Marcel Roger alors âgé de 14 ans. Nous nous étions intéressés aux éléments carcéraux qui ont entourés par ce suicide. Si l'on revient aux circonstances qui l'ont poussé à un tel acte, nous pouvons faire le constat que les raisons qui amènent les jeunes à aller en prison sont souvent des motifs liés à de la délinquance de survie et sont dépendants de structures familiales extrêmement précaires comme le note Marc Leblanc, professeur de criminologie à l'Université de Montréal : « Pour sa part, Parisé (1980) décrit ainsi la famille à orientation criminogène [...] dans cette famille les modes de contrôle sont déficients : discipline négligente, absence de supervision ; la cohésion de la famille est faible et les problèmes de survie sont nombreux (chômage, logement, etc.) ; la déviance (alcoolisme, délinquance, etc.) est importante dans cette famille, tant au niveau des parents que de la fratrie[170]." Comme l'indique le sous-préfet dans son rapport au préfet, Marcel Roger avait été « inculpé pour vol[171] ». De même, pour Paul Loiret, âgé de 23 ans, qui comme l'indique le directeur de la prison de Fontevraud au préfet a été « prévenu de vol qualifié »

---

[169] CHESNAIS Jean-Claude, « Le suicide dans les prisons », *Population*, n°1, 1976, p. 81.

[170] LEBLANC Marc, « La délinquance à l'adolescence » dans LEBLANC Marc et SZABO Denis (dir.), *La criminologie empirique au Québec. Phénomènes empiriques et justice pénale*, Montréal, Les Presses Universitaires de Montréal, 1985, p. 56.

[171] Archives départementales de Maine-et-Loire, 1 Y 154 : « Marcel Roger » dans *Suicides et tentatives de suicide à la maison centrale de Fontevraud (1893-1920).*

et présente des antécédents dans d'autres institutions totales comme la psychiatrie : « le nommé Loiret, qui paraît-il, aurait déjà été deux fois internés dans des asiles d'aliénés[172]. » Une autre catégorie de jeunes est également présente à Fontevraud, les jeunes soldats ayant désobéi à la discipline de l'armée, comme Charles Buts, âgé de 20 ans, qui était un « prévenu militaire belge[173] ». Sans que le motif soit explicitement exposé, dans ces trois cas nous retrouvons des jeunes hommes dont l'existence a été marquée par un épisode de petite délinquance qui les a amenés en prison et les a conduits à se suicider, faute de perspective.

En psychiatrie, la gestion des jeunes et de leur relation aux problématiques suicidaires constitue un mode de prise en charge en soi. Ainsi, en 1910, seulement six aliénés suicidants sur les trente-six cas que nous avons relevés dans les registres de Sainte-Gemmes-sur-Loire ont 30 ans ou moins. En 1950, ils sont huit sur trente-deux sur la même catégorie d'âge. Sans être surreprésentée, la présence de cette catégorie est bel et bien attestée entre ⅕ et ¼ des corpus que nous avons répertoriés du côté de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Pour autant, il est à noter qu'après-guerre se développe un service consacré aux enfants et les adolescents ouvrent à Sainte-Gemmes-sur-Loire comme dans de nombreux hôpitaux psychiatriques partout en France et dont nous n'avons pas pu avoir accès, malheureusement. Comme le relate Vincent Guérin, en 1954 ouvre l'Institut médico-psychologique de la Roche-Morna qui vise à accueillir des enfants de 4 à 16 ans en mêlant psychiatres et éducateurs sur un site annexe à quelques kilomètres de l'hôpital : « L'Institut Médico Pédagogique, s'il dépend de l'hôpital, en est séparé géographique mais aussi dans l'esprit : « A tel point que le personnel soignant ne disait jamais aux familles que ça dépendait de Sainte-Gemmes[174]. » » L'objectif est de prendre en charge le plus tôt possible les enfants présentant des troubles pour justement réduire à termes la part de jeunes adultes dans l'asile.

---

[172] *Ibid.* : « Paul Loiret » dans *Suicides et tentatives de suicide à la maison centrale de Fontevraud (1893-1920).*

[173] *Ibid.* : « Charles Buts » dans *Suicides et tentatives de suicide à la maison centrale de Fontevraud (1893-1920).*

[174] GUERIN Vincent, « Ne plus être un monde à part » : La tranformation d'un hôpital psychiatrique, Sainte-Gemmes-sur-Loire (1910-1977), Thèse de doctorat en histoire contemporaine, sous la direction de BARD Christine, Angers, Université d'Angers, 2011, p. 406.

Pour autant, parmi les profils de jeunes gens accueillis à l'asile et ayant des tendances suicidaires, nous pouvons observer des traits communs, des personnalités présentant des troubles soit psychiatriques, soit sociaux qui les ont éloignés de la norme des jeunes gens de leur époque. Par exemple, certains présentent des retards dans le développement intellectuel qui les empêchent de se comporter comme une jeune personne de leur âge, c'est le cas de Marie Baumard en 1910 atteinte de « débilité mentale » qui comme l'indique le docteur Baruk, alors médecin-directeur de Sainte-Gemmes : « Depuis un mois cet état dure sans interruptions, et Mme Baumard ne peut recevoir chez elle des soins qui lui sont nécessaires. Il est d'ailleurs difficile de l'empêcher de chez elle, et elle est méchante, elle frappe des personnes qu'elle rencontre dans la rue quand elle parvient à s'échapper et elle a même menacé à se tuer[175]. » Au-delà du fait d'empêcher ces jeunes de commettre un trouble à l'ordre public et de porter atteinte à leur famille ou à leur propre personne, la structure psychiatrique se pose comme une institution permettant l'assistance et la rééducation de ses jeunes dans la désocialisation pourrait les amener à ne plus pouvoir subvenir à leurs besoins. Une lingère du nom de Jeanne Gardan, âgée de 23 ans en 1910, en est la parfaite illustration comme le note le médecin-directeur : « Ne sait pourquoi elle était à l'hôpital avant de venir ici. Sachant qu'elle a dit qu'elle est dégoûtée de la vie, qu'elle voudrait mourir, mais voudrait d'abord voir sa famille. A l'asile se montre calme, mange bien, mais ne veut faire aucun travail. Il me paraît dangereux de tenter maintenant un essai de sortie à cause de ses idées de suicide manifester par la malade[176]. » S'il fallait encore une preuve que le rôle de l'asile à l'égard des jeunes, mais aussi de la population aliénée en général, n'est pas purement médical, mais aussi liée à une optique de normativité, dont les malades seraient éloignés par leur pathologie, mais aussi ce qui peut être considéré comme un ensemble de conduite immoral, l'exemple du cultivateur âgé de 18 ans en 1950 est particulièrement parlant car présenté comme atteint de « déséquilibre constitutionnel » aux motifs où il aurait essayé à plusieurs reprises de fuir sa famille et aurait une orientation sexuelle homosexuelle comme le met en exergue le docteur Bobé, alors psychiatre à Sainte-Gemmes : « [Monsieur B] depuis quelques

[175] Archives centrale de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, 17 HS Q 19 : « Baumard Marie » dans *Registre d'entrées de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1910-1912)*, f. 36.

[176] *Ibid.* : « Gardan Jeanne » dans *Registre d'entrées de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1910-1912)*, f. 107.

années des troubles de la conduite et du comportement qui vont en s'aggravant. Après avoir renoncé à poursuivre ses études secondaires pour lesquelles il se montrait d'ailleurs peu doué, après avoir rejeté une vocation sacerdotale superficielle pour échapper un frein moral rentre à la ferme paternelle. Développement d'une hostilité violente à l'égard de ses parents. Explosion d'un érotisme morbide jamais satisfait. Tendances homosexuelles prédominantes. Onanisme. Fugue récente à l'aide de la voiture de son père. Accident provoqué au cours de cette fugue. Vols d'argent à ses parents. Trouble profond de l'affectivité. Cynisme. Haine familiale. Sourires discordants. Monotonie du ton. Aurait fait une tentative de suicide[177]. » Ainsi, le redressement moral fait partie du traitement psychiatrique en XXe siècle comme si les comportements déviants étaient autant de signes pathogènes que l'hôpital se devait d'éradiquer.

La dernière institution fermée dans laquelle nous allons analyser l'implication du suicide est le pensionnat du Bon Pasteur qui comme nous l'avons spécifié en introduction de ce chapitre était réservée aux jeunes filles auxquelles on instillait une éducation religieuse. L'une des institutions à l'intérieur du Bon Pasteur ayant recueilli des informations concernant d'éventuelles tendances suicidaires chez les jeunes filles, c'est le centre d'observation des Tilleuls, dans lequel elle subisse plusieurs tests médico-sociaux, visant à identifier les comportements « déviants » et que l'institution se donne alors pour mission de corriger, en les répartissant dans une quarantaine d'établissements partout en France. Nous avons trouvé six dossiers de jeunes filles ayant eu des tendances suicidantes entre 1950 et 1971. Ainsi en 1951, il est décidé par une assistante sociale le placement d'une jeune fille originaire de la région Centre à la suite d'une enquête sociale, voici un extrait de la lettre de l'assistance sociale à la mère supérieure : « Nous nous occupons actuellement d'une jeune fille, [Mademoiselle P.], née le [XXX] qui a été placée au Bon Pasteur de [XXX] à la suite de l'enquête sociale que nous vous joignons, mais qui ne peut y rester. Nous pensons qu'il serait nécessaire qu'elle soit mise en observation pendant un certain temps pour voir comment l'orienter et nous voulions vous demander s'il vous serait possible de l'accepter dans votre Centre[178]. » Dans l'enquête sociale, le

[177] Archives centrale de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, 17 HS Q 75 : *Registre d'entrées de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1950-1951)*, f. 25.

[178] Archives du Bon Pasteur à Angers, ANG 1216 : *Dossiers d'observation du centre des Tilleuls*.

motif du placement qui est donné porte sur la « déchéance maternelle », elle n'a plus qu'un père âgé de 42 ans, sa mère est morte à 29 ans de tuberculose. Dans le rapport, il semble que l'assistance sociale suspecte le père de mauvais traitements, étant donné qu'elle est vue par le reste de son entourage comme une jeune fille modèle : « Seul, Monsieur [P.], se plaint du caractère de [Mademoiselle P.] depuis l'âge de 9 ans - les autres n'en disent que du bien[179]. » Sur les faits qui ont justifié ce placement, on a une tentative de fuite par la rivière qui est présentée par l'assistance sociale comme une tentative de suicide : « tentative de suicide (s'est jetée dans la rivière en fuyant de chez elle vers chez sa sœur mariée) [...] depuis le 24/04/51 - tentative de suicide - refusant de retourner absolument chez elle - confiée au Bon Pasteur de [XXX] - y a de suite retrouvé son équilibre et donné satisfaction. On ne peut l'y conserver n'ayant qu'une classe de Réforme. On désire qu'elle soit observée au Centre en vue de son avenir[180]. » D'autres profils peuvent faire intervenir les sœurs du Bon Pasteur, c'est par exemple une affaire de tentative d'inceste qui amène le père à éloigner sa fille de sa famille pour faire taire les accusations sous le motif de la « Correction Paternelle » : « [Mademoiselle L.] est renvoyée de la dernière école. La veille du jour où a lieu la tentative de suicide. C'est le 10 avril qu'elle absorba le contenu d'un flacon d'éther, « bouleversée » de ce que sa mère n'ajoutait pas foi aux accusations que la jeune fille portait contre son père : il aurait tenté, la veille au soir, d'abuser d'elle. La jeune fille n'est pas déflorée et le père nie formellement les faits. C'est alors que les parents font une demande de Correction Paternelle[181]. » Pourtant, ce droit de correction obtenu dans le Code napoléonien en 1810 a été aboli en 1945, au profit d'une décision prise par un tribunal de mineur, cependant la demande des parents pèse beaucoup dans la décision jusqu'aux années 1970, comme le rappelle en 1980 l'historien du droit, Bernard Schnapper : « La réforme ne fut complétée qu'après la seconde guerre mondiale par une ordonnance du 1er septembre 1945 et par une loi de juin 1970 qui remplaça la correction par une « assistance éducative ». Déjà l'ordonnance transférait les pouvoirs de décision au président du tribunal pour enfants, supprimait toutes les distinctions du Code : voie d'autorité, voie de réquisition, âge de l'enfant, situation de fortune et organisa un recours contre les ordonnances de placement devant la Chambre pour mineurs de la cour d'appel. Le père, la mère ou la personne qui

[179] *Ibid.*

[180] *Ibid.*

[181] *Ibid.*

avait la garde du mineur de 21 ans (à l'époque) pouvaient demander le placement mais perdaient leur droit de grâce. Désormais c'est l'Etat en la personne du président, après enquête et conclusion du Parquet, qui prend les décisions[182]. »

Nous pouvons également observer un autre élément important du traitement du suicide au Bon Pasteur, l'étroite collaboration qu'entretient l'institution avec l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire. En 1950, nous avons trouvé dans le registre de l'hôpital, deux jeunes filles qui avaient eu des tendances suicidaires et ont été envoyées par le Bon Pasteur en psychiatrie. Le cas de Mademoiselle S. montre que l'internement est employé par l'institution du Bon Pasteur pour éloigner des personnalités qui perturberaient le fonctionnement du pensionnat comme le précise le rapport du médecin-psychiatre Sizaret : « [Mademoiselle S.] présente des troubles nerveux d'excitation (tentatives de suicide etc…) la rendant dangereuse pour elle-même et ses compagnes et nécessitant son admission d'urgence à l'Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (dans le dossier, autrefois a absorbé un tube gardénal, nervosité excessive)[183]. » Il semble que comme dans de nombreuses institutions totales, les motivations de l'individu mène honte et culpabilité à l'égard d'attentes sociales qu'ils ne semblent pas pouvoir satisfaire, à cet effet le docteur Sizaret rappelle le déroulé et les motivations des faits : « [Mademoiselle S.] est atteinte de déséquilibre psychique, a dû être admise d'urgence hier soir, venant du Bon Pasteur où après une scène de colère, elle s'est jetée dans l'étang de Saint Nicolas avait précédemment absorbé des comprimés de gardenal dans un but de suicide par désespoir d"amour, dit-elle, semble avoir été dévoyée précoce, attitude hargneuse ; obstinée à maintenir et à traiter[184]. » Cette collaboration entre les deux institutions est encore observable dans les années 1970, comme le montre cette note de la psychologue du Bon Pasteur au sujet d'une jeune fille qui avait tenté de se tuer : « De par son âge et son comportement, [S.] ne semble plus capable de la prendre en charge. Aussi, nous avons pensé à un foyer intermédiaire, « foyer de jeunes filles » en ville, avec retour

[182] SCHNAPPER Bernard, « La correction paternelle et le mouvement des idées au dix-neuvième siècle (1789-1935), *Revue Historique*, Tome 263, 1980, p. 349.

[183] Archives centrale de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, 17 HS Q 75 : *Registre d'entrées de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1950-1951)*, f. 237.

[184] *Ibid.*

toutes les semaines dans sa famille. Nous pensons qu'il serait bon que [S.] soit suivie par un Service en Milieu Ouvert pendant un certain laps de temps (6 mois à 1 an)[185]. »

Ainsi, il semble que d'un point de vue sociologique, ces jeunes représentent des modèles de rupture, vis-à-vis de la norme social de leur temps et d'un point de vue historique et institutionnel, on s'aperçoit que les institutions tentent de jouer un rôle prophylactique à l'égard des jeunes dès le début du XXe siècle, en les éloignant de leur milieu d'origine et en usant du droit et de ses évolutions pour les éloigner d'un monde extérieur où leur situation sociale rendrait leur passage à l'acte probable : en mettant à part ses populations « anormales », l'institution tente de minimiser le risque d'une mort violente et scandaleuse. Dans les années 1970 à la suite de la mission lancée par le ministère, Robert Boulin, se posent les bases de la prévention du suicide en population générale, auparavant pour cette population, ce sont des institutions considérées comme infâmantes par les mentalités collectives, comme la psychiatrie ou les centres de rétention qui affrontent cette question, sans véritablement qu'il y ait d'actions nationalement coordonnées sur la question.

2) Le suicide des jeunes dans la deuxième moitié du XXe siècle : entre littératures scientifiques et politiques publiques en région Pays de la Loire

S'il nous est difficile de couvrir toute la littérature scientifique sur la question, il nous a paru important d'examiner deux numéros de revues scientifiques dans le champ de la psychologie sociale pour comprendre l'état des savoirs sur la question dans les années 1990 sur la question. Le premier numéro que nous allons analyser s'intitule « La montée du suicide : Oser en parler » et est tiré de la revue *Vie sociale* en 1991[186], alors éditée par le Centre d'Etudes, de Documentation, d'Information et d'Actions Sociales (CEDIAS), qui est une organisation privée qui veut documenter l'histoire de l'action sociale. Ce numéro consacre une étude à la question du suicide des jeunes et des personnes âgées, en raisonnant donc par tranche d'âge, sur une cinquantaine de pages. Les deux premières

[185] *Ibid.*

[186] « La montée du suicide : Oser en parler », *Vie sociale*, n°1-2 1991, 79 p.

pages servant de préambule à ce numéro sont tout simplement des citations éparses du *Suicide* de Durkheim, réaffirmant le caractère social du suicide et les différentes catégories de suicides telles qu'il les avaient pensées : égoïstes, altruistes et anomiques. Cette référence au père de la sociologie montre à la fois que *Le Suicide* c'est imposé comme un ouvrage de référence dans la deuxième partie du XXe siècle sur la question, pour autant, c'est aussi l'aveu que la recherche portant sur les phénomènes suicidaires n'a peu évolué depuis, mais nous allons avoir l'occasion d'y revenir.

S'il faut en ajouter une preuve supplémentaire l'introduction de Josiane Andrian, sociologue et ingénieure de recherche au Centre national de recherche scientifique (CNRS), qui se veut un bref rappel de la condamnation unanime dont faire preuve le suicide par les autorités religieuses jusqu'au début du XXe siècle, mais également du vote récent de la loi de 1987 sur la « provocation au suicide ». Enfin elle termine son numéro, par un rappel statistique de ce que représente le suicide comme cause de mortalité dans la population générale et par tranche d'âge, en mettant un relief un paradoxe maintes fois démontré par les démographes, que le suicide est alors à la fin des années 1980 la deuxième cause de mortalité chez les jeunes, du fait que les autres causes de mortalités sont peu nombreuses, mais que pourtant ils se suicident beaucoup moins que les 65 et plus : « La place du suicide dans la mortalité générale varie fortement avec l'âge pour chacun des deux textes. Il est la cause de 12,3 % des décès entre 15 et 24 ans et arrive au deuxième rang après les accidents de la circulation pour cette tranche d'âge, mais au premier rang pour les 25-34 ans avec un taux de 19 %. Au-delà de 55 ans, il ne représente plus que 1,2 % des décès. [...] Si, sur l'ensemble des personnes suicidés en 1987, 6,7% sont âgés de 15 à 24 ans, 14,6 % de 25 à 34 ans, 45,5 % par contre ont plus de 55 ans ; soit en valeur absolue 2594 personnes de 15 à 34 ; mais 5 541 de plus de 55 ans dont 2 221 de plus de 75 ans[187]. »

Le cœur de l'étude sur le suicide des jeunes dans ce numéro est le fait de Maria Choquet, épidémiologiste et chargée de recherche à l'Institut national de la santé et de la

[187] *Ibid.*, p. 9.

recherche médicale, et s'intitule « L'acte suicidaire chez les jeunes : approche épidémiologique ». L'argument avancé par l'auteur pour justifier l'étude de cette question est que les tentatives de suicide ont fortement augmenté dans les années 1980, dans un contexte de fort chômage des jeunes : « En 1982, 11 000 personnes meurent suite à une tentative de suicide (TS), en 1986, ils sont 12 489. Cette augmentation de 10 % en l'espace de 4 ans met en évidence l'acuité du problème[188]. » Quant aux études épidémiologiques sur la question comme le rappelle la chercheuse, la première date de 1974 est l'œuvre de Françoise Davidson, directeur de recherche à l'Institut national de la santé, Maria Choquet, l'autrice de l'article et qui a cosignée en 1981 avec Françoise Davidson *Le suicide de l'adolescent : étude épidémiologique* et Françoise Facy, épidémiologiste spécialiste des conduites addictives. Elle montre que les tentatives de suicide et particulièrement celles des jeunes ont fortement augmenté dans les années 1980 : « Les études épidémiologiques faites auprès des hôpitaux de deux zones permettent d'estimer le taux annuel des tentatives en 1980 de 138/100 000 pour les hommes et à 258/100 000 pour les femmes. La croissance est d'environ 20% en 7 ans. Les femmes prédominent, contrairement à ce que l'on a observé pour la mortalité. Les 15-24 ans ont des taux plus élevés que la moyenne, avec respectivement 212 (H) et 258 (F). Notons qu'on constate parmi les garçons une augmentation des tentatives entre 15-19 et 20-24 ans[189]. »

Cette forte disproportion touche également les structures de genre et s'explique notamment par la démocratisation des médicaments et le peu d'efficacité des principes actifs à produire la mort, mais aussi la volonté pour ces populations de faire de leur tentative un cri de détresse auprès de leur proche et de la société, plutôt qu'une véritable volonté d'en finir : « Contrairement à la mortalité, 90 % des tentatives sont le fait d'une intoxication médicamenteuse, en particulier les tranquillisants (50 %), les hypnotiques non barbituriques (19 %), les barbituriques (9 %), les anti-dépresseurs (8 %), et les neuroleptiques (6 %). La proportion des récidivistes est de 43 % pour les sujets de tous âges (39 % parmi les hommes, 45 % parmi les femmes) et de 37 % pour le 15-24 ans

[188] *Ibid.*, p. 11.

[189] *Ibid.*, p. 13.

(36% H, 37 % F). Notons que pour 56 % des récidivistes (63 % des récidivistes jeunes) le délai entre les tentatives n'excède pas 1 an. Le rapport de morbidité/mortalité suicidaire est de 6 pour les hommes et de 30 pour les femmes (les rapports sont respectivement 22 à 160 parmi les 15-24 ans). L'étude auprès des adolescents et de la population scolaire montre que 1,5 % des garçons et 3,3 % des filles ont déjà fait une tentative de suicide. Dans un cas sur deux seulement ils ont été hospitalisés pour cette tentative[190]. » Il est également notable que nous obtenons des conclusions similaires quant aux facteurs socio-démographiques qu'on trouve chez les suicidants que ce soit en institution ou en population générale, c'est-à-dire des conduites à risque comme la prise d'alcool et la rupture avec le lien familial : « Les jeunes suicidants relatent plus de relations intrafamiliales perturbées, soit dans le sens d'une absence de relations (indifférence du père ou de la mère, manque d'intérêt des parents), d'une hostilité (du père ou de la mère) ou d'un excès d'intérêt. Ainsi, 40 % des suicidants ressentent le rejet ou l'indifférence des parents (contre 20 % des non-suicidants) ; 36 % l'excès d'intérêt (contre 12 %)[191]." Elle souligne, pour conclure, son article, le besoin de formation des médecins généralistes, un acteur sur lequel nous allons revenir dans la dernière partie en s'interrogeant sur leur implication vis-à-vis des politiques publiques : « Une écoute attentive de ces troubles, encore diffus et "anodins", pourrait aider l'adolescent à verbaliser ses difficultés et à chercher une solution. Le rôle du médecin, surtout celui du médecin généraliste, est à mettre en avant puisque l'expression somatique est souvent associée aux idées suicidaires[192]. »

Une autre revue, se situant également dans le champ social, *L'observatoire : revue d'action sociale et médico-sociale*, une revue d'origine belge fondée dans les années 1980 et qui consacre en 1994, un numéro sur « Le suicide chez l'adolescent[193] », cinquante-trois pages en tout. Le dossier produit par des experts sur la question s'intéresse autant sur la manière de sensibiliser les adolescents à la question du suicide, qu'à la manière

[190] *Ibid.*, p. 13-14.

[191] *Ibid.*, p. 14-15.

[192] *Ibid.*, p. 16.

[193] « Le suicide chez l'adolescent » dans *L'observatoire : revue d'action sociale et médico-sociale*, n°2, 1994, 53 p.

dont l'hôpital et les centres d'appel prennent en charge des profils suicidogènes. Au-delà des données épidémiologiques que rappellent les chercheurs, on voit dans cette revue une nette influence de la psychanalyse, d'autant plus que les thèses freudiennes lient le développement comportemental des jeunes adultes avec des phases d'agressivité et de pulsions sexuelles. C'est ainsi que le docteur Malchair, psychiatre du côté de Liège, reprend cette thématique psychanalytique de la pulsion pour comprendre la dimension symbolique des suicides chez les adolescents : « Et singulièrement de ce corps pulsionnel, dans cette tension psychique et physiologique. Les cachets pour dormir, le soulagement du sang qui s'écoule après une section de veine mais aussi les équivalents suicidaires où les attaques du corps se font sans doute de manière plus indirecte mais bien réelle, avec notamment le processus somatique, certaines recherches de comportement limite (au sens de limite du danger, la mort comme éventualité et sous cet angle précis certains comportements toxicomaniaques). Il s'agit donc pour ce grand adolescent de trouver une solution à ce conflit intolérable, à cette tension qu'il ne peut satisfaire, à cette pulsionnalité énorme à cet âge qu'il ressente dans son corps alors qu'il doit se battre contre l'image peu valorisée, peu valorisante que la société lui renvoie[194]. » Si aujourd'hui le caractère scientifique de la psychanalyse fait débat, dans les années 1980-1990, en absence de recherches neuropsychiatriques sur le sujet. Toutefois, il y a également une prise de conscience de l'influence du contexte socio-économique sur le taux de suicide, notamment à travers le thème de la précarité juvénile que commence à prendre en main les pouvoirs publics dans les années 1980 : « Du fait de la crise sociale au sens large, c'est-à-dire non seulement la problématique de l'emploi, mais également la problématique sociologique de l'éclatement de la famille et de la destruction du tissu social, les problèmes rencontrés par l'adolescent dans l'élaboration de sa personnalité sociale ont finalement un impact direct, non négligeable sur l'élaboration, sur la mutation de son corps pulsionnel, de son corps sexuel et de sa libido[195]. » Cependant, même à l'hôpital le traitement psychanalytique est omniprésent avec l'idée qu'il faut reconditionner la jeune personne pour qu'elle accepte de mettre fin à ses idées suicidaires pour que l'hospitalisation prenne à son tour fin, comme le rapporte le docteur Lerminiaux : « - *soit quelque chose bouge* dès les urgences (moments de crise) car le jeune et la famille le souhaitent. - *soit* ce n'est pas possible ou souhaité parce que les difficultés sont

[194] *Ibid.*, p. 24.

[195] *Ibid.*, p. 24.

là. *L'hospitalisation se propose* alors comme la prolongation de ce temps dont on a besoin pour faire avancer les choses[196]. »

Du point de vue des politiques publiques, concernant le rapport des jeunes au suicide, les pouvoirs publics ont une mobilisation spécifique sur la question qu'à partir des années 1990, fortement influencés par la presse généraliste, mais aussi de la presse spécialisé comme la revue *La Santé de l'Homme*, une ressource nationale sur les politiques de prévention, développée depuis 1942 par le ministère de la Santé, comme le révèle les dossiers de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) d'Angers portant sur la prévention du suicide. L'information vis-à-vis du grand public et du personnel de santé sur la question se fait notamment par des plaquettes, nous retrouvons des arguments rencontrés dans les études épidémiologiques comme la comparaison entre le nombre de suicides chez les jeunes et les accidents de la route comme dans la plaquette « A qui s'adresser ? » : « Encore plus de morts par suicide que par accidents de la route. 2e cause de mortalité chez les 15-24 ans. 400 000 jeunes hospitalisés par an pour tentatives de suicide[197]. » Le message de cette plaquette est à la fois de légitimer le suicide comme un objet de santé publique, en montrant qu'il représente une part non négligeable de risque pour la population ciblée qui est ici les jeunes. Mais aussi l'objectif est de montrer, notamment à travers le nombre de jeunes hospitalisés pour tentatives de suicide, qu'il serait possible de réduire le coût pour la Sécurité sociale de la prise en charge de ses tentatives en axant sur la prévention. Ce genre de raisonnement s'inscrit dans une forme de néolibéralisation du secteur de la santé que nous allons être amené à développer par la suite.

Dès 1992, la CPAM d'Angers fixait plusieurs objectifs concernant la sensibilisation des acteurs de santé sur la prise en charge des adolescents suicidants entre temps de formations et création de postes d'expertises : « La constitution d'un réseau de professionnels concernés par les conduites suicidaires des adolescents autour du secteur

[196] *Ibid.*, p. 43.

[197] Archives départementales de Maine-et-Loire, 2560 W 220 : « A qui s'adresser ? » dans *Documents de la CPAM sur la prévention du suicide*.

pour adolescents (juges pour enfants, éducateurs, travailleurs sociaux, médecins généralistes, psychiatres…). [...] L'organisation de réunions de synthèse avec les professionnels impliqués dans la prise en charge de chaque adolescent en difficulté [...] L'organisation de conférence-débat en invitant tous les professionnels du réseau sur des thèmes divers concernant l'adolescence[198]. » D'un autre côté, la CPAM tente également d'investir le territoire de l'école pour permettre de s'adresser directement aux jeunes en situation de détresse et ainsi faire de la prévention le plus tôt possible : « Entre le 20 novembre 1996 et le 19 décembre 1996, les « adolescents-relais » sont intervenus dans les classes toujours par demi-groupe en fonction des sujets et classes d'âge qu'ils avaient choisis, devenant ainsi, aux yeux de leurs jeunes camarades, des référents possibles en cas de problèmes. [...] L'objectif est qu'ils restent, au sein de l'établissement, des référents pour les autres élèves. Ces derniers pourront se confier à eux au sujet de violences (quelles qu'elles soient) qu'ils auraient pu subir ou dont ils auraient pu être témoins. Les « adolescents-relais » seront soutenus par les adultes de l'établissement, sans trahir le secret de l'information, en leur fournissant des adresses et des numéros de téléphone d'organismes professionnels auxquels ils pourront s'adresser, ainsi que des documents concernant les Droits de l'Enfant. Ils pourront également s'adresser à la psychologue du « Point Ecoute » existant au sein même de l'établissement[199]. » L'intérêt de ce dispositif, c'est qu'il vise à la fois à maximiser l'effectivité de l'action préventive, en misant sur une écoute par les pairs pour identifier les adolescents en situation de mal être, tout en minimisant les coûts, puisque les adolescents sont bénévoles, nous allons revenir ultérieurement sur la spécificité du bénévolat dans les actions entourant la prise en charge du suicide. C'est un fonctionnement qui a fait en tout cas des émules jusqu'à nos jours, puisque réemployé depuis quelques années autour de la problématique du harcèlement scolaire.

Au niveau régional, le Baromètre santé jeune (12-25 ans) qui a été déployé en 2000 et qui vise à faire un état des lieux du bien-être des jeunes et des risques liés à leur âge, notamment les conduites toxicomaniaques, mais aussi suicidaires. Ainsi, on apprend que

---

[198] *Ibid* : « Charte relative à la mise en œuvre d'actions de prévention du suicide » dans *Documents de la CPAM sur la prévention du suicide,* p. 12.

[199] *Ibid.*, p. 13.

comme l'indiquait l'article de Maria Choquet, les jeunes femmes sont plus perméables aux idées et aux tentatives de suicides, mais vont rarement jusqu'à se tuer : « Dans les Pays de la Loire, 6,2 % des jeunes âgés de 12 à 25 ans déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois. Cette proportion est globalement plus importante chez les filles (8,3 %) que chez les garçons (4,1 %). Mais son évolution avec l'âge est différente selon le sexe. Elle augmente régulièrement chez les garçons, passant de 1,4 % entre 12 et 14 ans à 5,6 % entre 20 et 25 ans. Chez les filles, cette proportion atteint 8,1 % entre 12 et 14 ans, passe à 12,4 % entre 15 et 19 ans, puis diminue fortement pour atteindre, chez les 20-25 ans, un niveau inférieur à celui observé chez les garçons (3,2 %). Ces idées suicidaires restent le plus souvent intériorisées puisque seulement 40,4 % des jeunes qui déclarent avoir pensé au suicide en ont parlé à quelqu'un (41,7 % des garçons et 39,8 % des filles)[200]. » Le même constat avec Choquet est fait concernant une prise en charge lacunaire des tentatives de la part des services de santé : « À la suite de leur tentative de suicide (ou de la dernière d'entre elles), 16,8 % des suicidants déclarent avoir été hospitalisés et, d'une façon générale, seulement 46,7 % déclarent avoir été suivis ultérieurement par un médecin ou un professionnel de l'aide psychologique[201]. » Enfin, vis-à-vis de la moyenne de la population des jeunes français entre 12-25, les tentatives de suicides des filles en région Pays de la Loire sont supérieurs de 0,3 points, 7,2 % des jeunes filles en France avaient fait au moins une tentative de suicide et 7,5 % en région Pays de la Loire. Quant aux garçons, la différence est un plus importante, elle est supérieure de 0,6 points en région Pays de la Loire, 2,8 % des jeunes garçons en France ont fait au moins une tentative de suicide en 2000, 3,4 % en région Pays de la Loire. Pour autant, la différence entre les filles et les garçons n'en est pas altérée entre ces deux échelles.

Enfin, preuve que l'échelle nationale, voire européenne, appuie les initiatives régionales concernant les réflexions entourant le suicide des jeunes, c'est l'organisation à Nantes du 19 au 20 septembre 2000 de *La prévention du suicide des jeunes : conférence européenne*. La direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS) propose

[200] Archives régionales des Pays de la Loire, 477 PR 2 : *baromètre santé jeune (12-25 ans) en région Pays de la Loire*, 2000, p. 16.

[201] *Ibid.*

un descriptif de l'événement en insistant sur l'ampleur du phénomène et l'influence que peut jouer la France sur ce sujet à l'échelle européenne : « Les suicides occasionnent une perte importante des vies humaines, chaque année dans nos sociétés, ils un impact familial, social et économique considérable dans les Etats membres de l'Union Européenne (43 000 décès et près de 700 000 tentatives par an). La France figure parmi les pays les plus concernés en Europe. Problème majeur de santé publique, le thème du suicide a été identifié comme une des dix priorités de santé par deux conférences nationales de santé, et 12 régions ont engagé des programmes régionaux sur le thème, dont celle des Pays de la Loire. Ce nombre élevé de régions ayant reconnu le suicide comme une priorité de santé a conduit la conférence de DRAAS à tenir une manifestation sur ce thème. La présidence française de l'Union Européenne qui intervient au second semestre de l'année 2000, offre l'opportunité de débattre l'approche européenne des questions de santé, qui sont au cœur du modèle social européen. La mise en commun des connaissances et la confrontation des pratiques constituent des méthodes appropriées pour faire avancer le débat dans les domaines des tentatives de suicide[202]. » Pour ce qui est des objectifs que se donnent la conférence, ils sont assez concrets et visent à éveiller l'intérêt de la population et des spécialistes autour de ce sujet à diverses échelles allant des régions au continent européen entier : « La Conférence a pour objet la prévention du suicide et des tentatives de suicide chez les jeunes de 15 à 35 ans. A travers cette rencontre il s'agit : - de prolonger la réflexion engagée dans le cadre de la présidence finlandaise sur la santé mentale et les orientations prises par l'OMS. - de favoriser un dialogue, organisé autour de ce thème et permettant : des comparaisons en situation épidémiologiques et les facteurs de risque identifiés dans les différents pays de l'Union Européenne ; de partager les expériences acquises par ces pays dans les domaines de la formation et de la communication ; de débattre de l'amélioration des prises en charge proposées et l'évaluation des pratiques - de promouvoir l'émergence de politiques régionales de santé - de dégager des orientations communes pour les pays présents à ces journées[203]. » A l'issue de cette rencontre, la secrétaire d'Etat du gouvernement français chargée de la Santé et des Handicapés, Dominique Guillot, annonce à l'Agence France Presse (AFP) des mesures et des financements visant à soutenir une politique nationale et

[202] Archives départementales de la Loire-Atlantique, 2734 W 33 : « La prévention du suicide des jeunes : Conférence européenne » dans *Dossier de préparation à la conférence*, p. 3.

[203] *Ibid.*

européenne de prise en charge du suicide des jeunes : « La France qui se situe au premier rang européen du nombre de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans veut renforcer ses politiques de prévention, a déclaré mercredi à Nantes Dominique Guillot, secrétaire d'Etat à la Santé dans le cadre d'une conférence européenne consacrée à ce sujet. [...] Mme Guillot a annoncé que 54 millions de francs seraient consacrés au renforcement et à la mise en cohérence du dispositif « écoute des jeunes ». A côté de la prévention, il s'agit également de limiter l'accès aux moyens de se suicider, d'améliorer la prise en charge ainsi que la connaissance épidémiologique[204]. » Avec ce dernier dispositif, nous nous situons à la croisée des logiques biopolitiques et néolibérales avec l'idée que la rationalisation des moyens employés pour lutter contre le suicide du jeune doivent s'accompagner d'un bon investissement et de l'amélioration des outils permettant d'endiguer ces phénomènes.

Ainsi, nous avons démontré que le savoir scientifique et les politiques publiques se structurent dans les années 1980-1990 en permettant des politiques publiques ciblées autour du suicide des jeunes et qui sont légitimés par des études épidémiologiques sur le sujet qui confirment l'ampleur du phénomène. Quant aux moyens de lutte, les pouvoirs publics tentent de mettre en place des actions sur plusieurs échelles, d'abord départementales et régionales dans les années 1990 et au début des années 2000 au niveau national et européen.

Conclusion : Les jeunes et le suicide, un enjeu contemporain

Nous avons vu, dans un premier temps, que faute de politique publique cohérente, au début du XXe siècle, la problématique du suicide des jeunes est essentiellement évoquée dans le cadre des institutions totales dans l'optique de rendre optimale une gestion des risques suicidaires qui pourraient sévir dans leur institution avec des jeunes gens dont la

[204] *Ibid.* : « Revue de presse du 20 septembre 2000 » dans *Dossier de préparation à la conférence*, p. 4.

maturité émotionnelle n'est pas encore arrivée à termes. Quant aux politiques publiques et aux connaissances scientifiques sur la question, elles se structurent dans les années 1980. Toutefois, les connaissances sur le sujet restent extrêmement limitées entre épidémiologie, sociologie et même psychanalyse.

Si les pouvoirs publics se sont emparés de la problématique du suicide des jeunes de manière indéniable depuis plus deux décennies, la chercheuse Audrey Arnoult, maîtresse de conférences en sciences de la communication, a montré qu'il en était tout autre pour ce qui est de la presse qui préfère éluder le sujet, le traitant soit comme un épiphénomène, soit un évènement dont les causes sont difficilement discernables : « Le geste suicidaire est très peu décrit par les quotidiens. Les actes précédant une tentative de suicide et la tentative elle-même ne retiennent pas plus l'attention que le geste mortel. La perspective fataliste, déjà évoquée, semble accentuée par les quelques témoignages d'adolescents qui réitèrent leur geste sans parvenir à s'en sortir et ceux des parents qui racontent la découverte de leur enfant mort[205]. » Au fond, comme nous allons le voir dans le chapitre 5, le rapport qu'entretient la presse au suicide s'inscrit dans une continuité avec les discours publics apparus au XIXe siècle autour de la « question sociale » entre fatalisme et promotion de politiques paternalistes et essentiellement étatiques.

[205] ARNOULT Audrey, « Le suicide à l'adolescence : Une question de santé publique dans la presse quotidienne régionale », *Agora débats/*jeunesses, volume 59, n°3, 2011, p. 47.

Conclusion générale de la Partie I :

Nous avons vu que la prise en charge du suicide dispose d'une méthodologie et d'une jurisprudence d'une institution à l'autre. La prison, d'un côté est un lieu où la suicidalité est importante, là où la psychiatrie en fait un traitement spécifique en le pathologisant et en considérant les facteurs de risques dans les populations dont elle a la charge. Il est à noter que des logiques hiérarchiques et socio-institutionnelles influent la manière dont le suicide est géré dans ces populations. Enfin la jeunesse comme nouvelle catégorie socio-politique est aussi un enjeu spécifique de la lutte contre le suicide au XXe siècle.

PARTIE II : LA LUTTE CONTRE LE SUICIDE : UNE CONSTRUCTION « BIOPOLITIQUE »

Propos liminaire : Du « gouvernement des corps » à la « biopolitique » : le legs de la philosophie historique de Michel Foucault

Comme le note Arianna Sforzini, docteure en philosophie à l'Université de Fribourg, dans *Michel Foucault : Une pensée du corps,* l'un des axes de la pensée de Michel Foucault tient autour de la généalogie de l'Etat moderne et de ses modalités de pouvoir qui tend à partir de la fin du XVIIIe siècle à s'ancrer autour du corps et de la vie des individus, à travers des technologies de pouvoir toujours plus efficiente et nécessitant le moins de ressources possibles : « Au tournant des années 1970, la question du pouvoir et de ses généalogies devient centrale chez Foucault. Et le corps constitue un fil d'Ariane. Foucault élabore une façon originale de concevoir le pouvoir, dont le corps serait à la fois la cible et le révélateur privilégié : tout rapport de pouvoir s'exerce sur, à travers et au moyen des corps. Le corps est un opérateur essentiel pour spécifier les techniques de gouvernement et domination. Les relations de pouvoir prennent consistance et circulent à travers lui[206]. » En effet, 1970 marque l'entrée de Michel Foucault au Collège de France et la thématique du corps est omniprésente que ce soit dans la deuxième édition de l'*Histoire de la folie* en 1972 qui revient sur l'enfermement des fous à partir de la modernité, *Surveiller et Punir* en 1975 qui participe à une généalogie de l'espace carcéral, mais pas que, ou encore le premier tome de l'*Histoire de la sexualité* en 1976.

Tous les cours ou presque de Michel Foucault au Collège de France évoquent la thématique du corps et de son rapport à l'Etat, cependant, ce n'est qu'en 1975 dans « *Il ne faut défendre la société* » qu'il approche la question du corps dans une dimension systémique, à travers le concept de « biopouvoir ». Il en donne, alors, une première définition qui se limite à la fin du XVIIIe siècle à la mise en place d'outils permettant à l'Etat d'avoir une meilleure connaissance de la composition et des évolutions de la population, en particulier des statistiques dont nous allons être amené à reparler dans le

[206] SFORZINI Arianna, *Michel Foucault : Une pensée du corps*, Paris, PUF, 2014, p. 39.

chapitre 4, en se focalisant sur le suicide : « Ce sont ces processus-là de natalité, de mortalité, de longévité qui, justement dans la seconde moitié du XVIIIe siècle, en liaison avec tout un tas de problèmes économiques et politiques (sur lesquels je ne reviens pas maintenant), ont constitué, je crois, les premiers objets de savoir et les premières cibles de contrôle de cette biopolitique. C'est à ce moment-là, en tout cas, que l'on met en œuvre la mesure statistique de ces phénomènes avec les premières démographies[207]. » Dans *Sécurité, territoire, population* en 1977, Foucault nomme l'auteur et l'ouvrage qui marquent sont selon lui les précurseurs de la biopolitique contemporaine : le démographe français Jean-Baptiste Moheau qui publie en 1778 *Recherches et considérations sur la population de la France*, qui s'intéresse aux variations démographiques à travers une grille d'analyse par classe sociale. Dans le « Résumé du cours », il ajoute une dimension performative à la biopolitique qui se construit à cheval entre la fin du XVIIIe siècle et la première partie du XIXe siècle et ayant pour but de réguler les modalités de l'existence de la population : « Le développement à partir de la seconde moitié du XVIIIe siècle de ce qui fut appelé *Medizinische Polizei*, hygiène publique, *social medicine*, doit être réinscrit dans le cadre général d'une « biopolitique » ; celle-ci tend à traiter la « population » comme un ensemble d'êtres vivants et coexistants, qui présentent des traits biologiques et pathologiques particuliers et qui par conséquent relèvent de savoirs et de techniques spécifiques. Et cette « biopolitique » elle-même doit être comprise à partir d'un thème développé dès le XVIIIe siècle : la gestion des forces étatiques[208]. » Nous allons interroger le cadre performatif du savoir scientifique entourant la question du suicide dans le chapitre 6.

Toutefois, Michel Foucault continue d'approfondir le concept de « biopolitique » dans *Naissance de la biopolitique* en 1978, en tentant de retracer l'histoire des premières manifestations de cette forme de pouvoir de l'Etat sur les populations et les individus. Pour lui, la biopolitique est indissociable du libéralisme classique et de sa genèse à la fin du XVIIe siècle, dans le sens où l'Etat cherche à quadriller l'ensemble de la société en

[207] FOUCAULT Michel, *« Il faut défendre la société » : Cours au Collège de France (1975-1976)*, Paris, Gallimard, 1997, p. 160.

[208] FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France (1977-1978)*, Paris, Gallimard, 2004, p. 377.

partenariat avec des acteurs privés et en allouant le moins de ressources possibles dans son sens économique et dans son acception politique, la biopolitique tend à proposer un ensemble de choix, théoriquement libre, qui doivent permettre à l'individu de préserver sa propre vie : « j'entendais par là la manière dont on a essayé, depuis le XVIIIe siècle, de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races ... On sait quelle place croissante ces problèmes ont occupée depuis le XIXe siècle, et quels enjeux politiques et économiques ils ont constitué jusqu'à aujourd'hui. Il m'a semblé qu'on ne pouvait pas dissocier ces problèmes du cadre de rationalité politique à l'intérieur duquel ils sont apparus et ont pris leur acuité. À savoir le « libéralisme », puisque c'est par rapport à lui qu'ils ont pris l'allure d'un défi. Dans un système soucieux du respect des sujets de droit et de la liberté d'initiative des individus, comment le phénomène « population » avec ses effets et ses problèmes spécifiques peut-il être pris en compte ?[209] ».

Néanmoins, pour ce qui est du suicide, nous avons à faire à un objet ambivalent en termes de politique publique, car à la fois prolonger la vie d'une population est le propre de la biopolitique en général et un taux de suicide faible est interprété comme le signe de la bonne santé de cette dite population. Pour autant, le suicide de certaines populations spécifiques, perçues comme indésirables, tels les prisonniers au début du XXe siècle, comme nous l'avons vu, ne sont pas forcément déplorées et en ce sens se pose la question de savoir quand se termine la biopolitique et si ce pouvoir peut se poursuivre après la mort à travers ce que l'historien Achille Mbembe appelle la « nécropolitique ». D'autant plus que du point de vue de l'individu, le suicide est une expression extrême visant à s'émanciper des structures sociales, dont étatiques, qui pèsent sur son existence : « En se référant à la pratique du suicide individuel ou collectif des esclaves cernés par les chasseurs d'esclaves, Gilroy suggère que la mort, en ce cas, peut être représentée comme un acte délibéré, car la mort est précisément ce par et sur quoi j'ai du pouvoir[210]. » Pour autant, pour la population générale, il y a une volonté de faire de la vie un souverain bien

[209] FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Gallimard, 2004, p. 323.

[210] MBEMBE Achille, « Nécropolitique », *Raisons politiques*, 2006, n°21, p. 58.

et donc même pour les indésirables, à partir de la deuxième partie du XXe siècle, le suicide doit être empêché par-dessus tout, voyant dans le suicide un révélateur d'un malaise social ou anomie au sens durkheimien du termes, qu'il faudrait limiter comme le disent la chercheuse en sciences sociales au Centre national de recherche scientifique (CNRS), Dominique Memmi et le politologue Emmanuel Taïeb : « Ce souci de ne plus laisser mourir se retrouve, dans le présent numéro, sous l'espèce de la « sollicitude » dont on entoure les détenus à de longues peines, tentés par l'automutilation ou le suicide. Il se retrouve aussi dans l'ardente obligation à sauver par la greffe des morts en sursis, voire même des vivants dont les conditions de vie seraient simplement par trop dégradées[211]. » C'est une vision libérale et utilitariste de l'existence humaine ayant pour but de maximiser la durée et les conditions de vie et forme la finalité des politiques publiques, notamment dans le secteur de la santé.

Mais comprendre le suicide comme enjeu de pouvoir, nous amène à replonger dans les cours au Collège de France de Michel Foucault dans les années 1970, en interrogeant cette fois-ci le concept de « gouvernementalité ». La première occurrence du termes chez Foucault date de 1977 et décrit alors comme un ensemble de techniques de pouvoirs développés dès le XVIe siècle et participent à la fin du XVIIIe siècle au développement de la biopolitique, c'est pour Foucault : « l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe, de pouvoir qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir 1'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité[212]. » Dans le chapitre 5, nous allons montrer comment ces politiques étatiques sont également influencées par des acteurs pouvant être extérieurs à l'Etat tout en contribuant à la construction d'un espace public, nous allons analyser, en ce sens, l'influence qu'exerce les journaux papiers locaux dans l'appréhension du suicide au XXe siècle. A cela s'ajoute que les manières d'exercer la gouvernementalité varie selon les époques et les régimes d'historicité, si au XVIe siècle,

---

[211] MEMMI Dominique et TAIEB Emmanuel, « Les recompositions du « faire mourir » : vers une biopolitique d'institution », *Sociétés contemporaines*, volume 75, n°3, 2009, p. 10.

[212] FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France (1977-1978)*, Paris, Gallimard, 2004, p.111.

elle passe par l'exercice du pouvoir du souverain, au XIXe siècle, sous l'impulsion du système républicain, elle vise à faire régner la concorde entre le peuple et les élites, quant au XXe siècle, elle tend à exalter la puissance parmi les nations que ce se soit au moyen de l'économie ou de la guerre. Mais ces variations sont possibles, car le savoir scientifique trouve de nouveaux développements et permet l'apparition de technologies qui permettent de préserver et mobiliser efficacement la population, c'est par exemple la découverte de l'inoculation à la fin du XVIIIe siècle. Quant au suicide, c'est le développement de la connaissance statistique du phénomène en France à partir des années 1820 et l'apparition de la pratique psychiatrique qui permet de mieux cerner le phénomène et le traiter sur des parts de la population toujours plus étendues. Comme le note Foucault dans *Naissance de la biopolitique*, le XIXe et le XXe siècle, à travers le maillage administratif, l'Etat naturalise et objectivise son action, si bien que dans le champ social et en particulier sur la question du suicide, pour les populations, les politiques publiques qui entourent le suicide semblent obéir à une certaine idée du bon sens, que ce soit l'internement des suicidants pour éviter qu'ils se fassent du mal ou bien les politiques de prévention auprès des plus jeunes qu'il faudrait en priorité protéger de la mort : « Une des formes de la gouvernementalité moderne. Elle se caractérise par le fait que, au lieu de se heurter à des limites formalisées par des juridictions, elle se donne à elle-même des limites intrinsèques formulées en termes de véridiction[213]. » C'est ce travail de véridiction que nous allons tenter d'analyser au cours du XXe siècle à travers les structures du savoir qui entourent le suicide alors.

[213] FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Gallimard, 2004, p. 23.

Chapitre 4 : De la mesure du suicide en population générale aux politiques de prévention

Introduction : De l'obsession statistique à l'avènement du sujet de la prévention : vers l'édification d'un biopouvoir ?

En 2008, le sociologue et historien Alain Desrosières consacre deux volumes à l'usage des statistiques dans les politiques publiques qui forment un diptyque nommé *L'argument statistique*. Il fait la démonstration que la statistique est utilisée par l'Etat pour objectiver son action publique : « Le gouvernement des hommes et la mise en scène de la nature par les savants ont, l'un et l'autre, beaucoup recours à l'argument statistique. La quantification, signe d'objectivité, de rigueur et d'impartialité, est mobilisée dans des situations fort variées. [...] Comment comprendre, en effet, qu'elle soit convoquée tantôt comme un « outil de gouvernement », depuis le XVIIIe siècle (Foucault, 2004), tantôt comme un « outil de preuve », depuis le XIXe siècle, avec le développement de la statistique mathématique et son association de plus en plus étroite avec le calcul des probabilités (Stigler, 1986) ?[214] ». Il observe que dès les années 1820, la statistique morale se présente comme un outil de compréhension et de gouvernement de la société, mais qu'à partir des années 1970-1980, son emploi devient central dans les politiques publiques pour mesurer leurs efficiences, mais aussi réduire à long-termes l'implication de l'Etat au stricte nécessaire de la régulation de la vie sociale. La statistique est alors présentée comme un révélateur de tendances sociales structurantes dont l'Etat peut se saisir pour prévoir et prévenir des phénomènes jugés néfastes pour l'existence et le devenir de sa population comme le suicide : « Le langage des sciences de la vie, fort différent du précédent a été utilisé très tôt par Quételet et par les hygiénistes, adeptes de la « statistique morale ». Les « moyennes subjectives », les « propensions » au mariage, au crime ou au suicide, calculées à partir de statistiques administratives globales, étaient des indicateurs macrosociaux, révélés par les régularités statistiques et supposés consistants, reflétant des attributs de la société impossibles à atteindre directement[215]. »

---

[214] DESROSIERES Alain, *L'argument statistique, Volume 1 : Pour une sociologie historique de la quantification*, Paris, Presses des Mines, 2008, p. 8.

[215] *Ibid.*, p. 245.

Mais comme le souligne Michel Foucault dans *Sécurité, territoire et population*, ce n'est pas tant une surprise que, dès l'Etat moderne, la statistique soit utilisée comme science de gouvernement, puisque le terme statistique a été forgée dans les années 1780 par l'économiste allemand Gottfried Achenwall à partir du nom italien *statista* qui signifie littéralement « homme d'Etat ». Autrement dit, la statistique renvoie à l'ensemble des savoirs dont a besoin un homme politique pour gouverner[216]. Comme le fait remarquer l'historienne Michelle Perrot en 1975 dans un article de la revue des *Annales* portant sur « Délinquance et système pénitentiaire en France au XIXe siècle », la statistique à l'époque contemporaine sert en premier lieu à identifier les comportements déviants dans la société en générale pour identifier les problématiques auxquelles doit s'atteler en priorité l'Etat pour qu'elles évitent de prendre de l'ampleur et les savants au cours du XIXe siècle sont les premiers promoteurs de l'usage de la statistique comme science prescriptiviste , y voyant une mesure objective de l'activité sociale : « Sur elle s'appuie la première « science morale » brillamment illustrée par les travaux de Guerry *Essai sur la Statistique morale de la France* 1833 et de Quételet qui dès 1826 accorde une grande importance et utilisation des statistiques judiciaires auxquelles il consacre un livre entier de son fameux traité *Sur homme et le développement de ses facultés ou Essai de physique sociale*. Le *Compte Général* atteint son plein rendement dans une criminologie devenue autonome (surtout H. Joly, G. Tarde). Il sert de matière première aux célèbres travaux de Durkheim (*Le Suicide* 1894 ; « Deux lois de l'évolution pénale » dans *Année Sociologique*, 1901)[217]. » A cela s'ajoute, toujours selon Michelle Perrot, que la statistique est également employée, une fois les porteurs de comportements déviants identifiés et mis hors d'état de nuire, à travers des données biographiques normées et abondantes, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire à travers les registres et documents édités dans les institutions fermées. Tout cela est construit dans le but de dresser un profil-type de ses déviants pour prévenir de manière toujours plus précise le passage à l'acte des individus et ainsi permettre à l'Etat de se doter d'un arsenal

[216] « La statistique, étymologiquement, c'est la connaissance de l'État, la connaissance des forces et des ressources qui caractérisent un État à un moment donné » (FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire et population*, Paris, Gallimard, 2004, p. 25).

[217] PERROT Michelle, « Délinquance et système pénitentiaire en France au XIXe siècle » dans *Annales*, n°1, 1975, p. 71.

de mesures dissuasives et efficientes : « De nombreux autres renseignements sont fournis tantôt régulièrement statistique des motifs apparents des crimes, faillites, suicides... tantôt plus épisodiquement pécule des libérés, leur sortie, statistique des vols commis dans le département de la Seine, nature et valeur des objets volés, lieu des vols, leur moment, leurs moyens… etc.[218] »

Toutefois, comme le fait remarquer Stéphane Moulin, professeur de sociologie à l'Université de Montréal, la prise de conscience des scientifiques que les statistiques qu'ils construisent participent à la prise de décision des politiques publiques n'intervient que très tardivement seulement à partir des années 1980 : « C'est surtout depuis le début des années 1980 que se sont multipliés des travaux qui considèrent les statistiques sociales non pas comme des outils mathématiques de mesure de phénomènes sociaux mais plutôt comme des instruments ayant une histoire intimement liée à celle des formes de l'action publique et participant à la construction des représentations du monde social[219]. » Reprenant les termes d'Alain Desrosières, la « sociologie historique de la quantification » met au jour l'interdépendance qu'entretiennent les pouvoirs publics et le champ scientifique dans l'objectif de permettre une meilleure compréhension du monde social avec une optique supplémentaire en ce qui concerne l'Etat, c'est-à-dire le transformer : « Du point de vue de l'analyse de l'action publique, ces travaux ont notamment eu l'intérêt de renverser le lien qui est communément fait entre les outils statistiques et l'action publique : si les sciences sociales ont sans doute besoin de la statistique pour analyser scientifiquement la société, ces travaux ont aussi montré qu'en sens inverse la statistique s'est développée grâce à l'État ou parce que certaines questions étaient posées sur la société. De fait, contrairement à la mathématisation du monde physique et social qui elle est très ancienne et remonte aux sociétés antiques, la naissance de la statistique est plutôt récente et contemporaine de la consolidation des appareils bureaucratiques d'État[220]. »

---

[218] *Ibid.*

[219] MOULIN Stéphane, « Présentation : La statistique en action », *Sociologie et sociétés*, vol. 43, n°2, 2011, p. 5.

[220] *Ibid.*, p. 6.

Depuis les années 1990, Jean-Yves Grenier, historien et économiste à l'Ecole des hautes études en sciences sociales a développé une importante réflexion sur l'usage des statistiques en sciences et notamment en histoire. Dans un article daté de 1991, il tente de défendre une méthode historique de l'usage des statistiques dont nous allons nous inspirer en partie dans ce chapitre. L'une des premières observations qu'il formule est que les historiens prennent souvent les statistiques pour argent comptant sans se poser la question de la façon dont ces statistiques sont construites et ce pourquoi elles sont étudiées par les pouvoirs publiques : « La production de statistiques administratives, anciennes ou modernes, qui constituent l'un des principaux réservoirs de données pour l'histoire, résulte moins de la simple observation du réel que d'une représentation de ce dernier à partir de catégories a priori. L'assimilation de ses productions à un fait historique brut, comme y incite l'analyse des séries temporelles qui, par nécessité, ne favorise pas la déconstruction critique du matériau utilisé, relève d'un certain fétichisme qui conduit, là encore, à une césure entre les deux pratiques[221]. » Cette archéologie de la statistique est nécessaire pour comprendre l'intérêt porté un phénomène par rapport à un autre, tout particulièrement en ce qui concerne le suicide dont la catégorisation est extrêmement ambiguë comme nous allons le voir. Cependant, pour Jean-Yves Grenier, si l'historien veut de manière optimale exploiter des statistiques établies à partir d'analyses archivistiques, il doit prendre soin de formuler ses questions et ses hypothèses en adéquation avec les données chiffrées dont il dispose au risque sinon de faire une démonstration vide de sens : « L'insuffisance de la réflexion conceptuelle en histoire incite donc à reprendre, sous l'angle statistique, d'anciennes questions sans que cette méthode puisse beaucoup apporter[222]. » Il met également en garde les historiens concernant une lecture de la statistique comme un ensemble fixe dont on pourrait tirer à partir de variations plus ou moins profondes la dynamique de changements historiques et inversement l'absence de variations saillantes comme la validation de la continuité historique d'un phénomène. Cet erreur d'interprétation peut-être corrigé si l'on s'intéresse moins à la structure générale des chiffres comptabilisées, mais à leur structure interne que ce soit les outils de mesure employés ou la variation de telles ou telles catégories, traduisant le changement de nature d'un phénomène sur le temps long : « L'analyse historique qui fait intervenir la durée,

[221] GRENIER Jean-Yves, « Réflexions libres sur l'usage des méthodes statistiques en histoire », *Histoire et Mesure*, 1991, volume 6, p. 179.

[222] *Ibid.*, p. 182.

souvent longue, court donc le risque d'être soumise à deux exigences contradictoires : d'un côté celle d'une certaine longueur des séries étudiées pour que l'opération statistique soit historiquement et techniquement significative, et d'un autre côté l'acceptation d'hypothèses très fortes quant à la stabilité de long terme des conditions historiques[223]. »

Ainsi, nous venons de voir que la statistique comme forme de biopouvoir trouve son origine dans la nécessité pour l'homme d'Etat moderne de guider son action par une connaissance qui se veut objective et chiffrée de sa population. A partir de l'époque contemporaine, cette omniprésence de la statistique ne fait que s'accroître et est de plus en plus employé par le monde intellectuel et scientifique qui trouve par ce biais une raison de justifier l'existence de champs disciplinaires allant de la statistique morale à la sociologie et en servant en retour de corpus d'informations et de justifications à des modes nouveaux d'actions publiques. Il est à noter que la réflexivité qu'entretiennent les champs scientifiques à l'égard des statistiques est relativement récente, dans les années 1980, de même en histoire. Il est donc indispensable dans cette partie de proposer un recensement et une histoire du type de statistiques employées au XXe siècle pour mesurer et catégoriser les phénomènes suicidaires, avant de s'interroger sur les variations du taux de suicide en région Pays de la Loire au XXe siècle et enfin de questionner l'usage que font les pouvoirs publics de ces statistiques dans leurs politiques de prévention.

1) Les types de statistiques sur le suicide existant au XXe siècle

Il existe actuellement une multiplicité de statistiques sur le suicide à l'échelle départementale, régionale, nationale et même européenne. Toutefois, jusque dans la deuxième partie du XIXe siècle, la seule source statistique d'ampleur sur le suicide réalisée par l'administration française est le *Compte général de l'administration de la justice criminelle* édictée à partir de 1825 par le ministère de la Justice. Un premier élément est ici à noter le paradoxe que constitue la présence du suicide parmi d'autres catégories relevant des délits ou des crimes comme le vol ou encore le meurtre, alors que le suicide est dépénalisé depuis 1791. L'hypothèse que nous pouvons formuler c'est que

[223] *Ibid.*, p. 185.

le suicide par les problématiques qu'il soulève met en jeu l'ordre public et moral et c'est en tant que transgression de cet ordre qu'il est mesuré tout en ne relevant plus explicitement du pénal, mais désormais du champ médical, comme le suggère Jérôme Sgard, professeur d'économie politique à Sciences Po : « cette surveillance de la société ne se limite pas seulement à la dimension immédiatement répressive ou pénale : tout désordre attire l'attention, qu'on évoque les divorces, les suicides (par mois et par instrument), ou encore les faillites qui sont clairement le fait économique dont se soucie le plus l'Administration, dès les années 1820. À travers des catégories légales, qui elles-mêmes évoluent dans le siècle, on voit ainsi évoluer une société et une économie où de nouveaux désordres apparaissent, ou sont identifiés[224]. »

Il existe, cependant, dans la deuxième partie du XIXe siècle des statistiques sur le suicide circonscrit à des milieux segmentés parmi la population comme la prison. C'est le cas en particulier des statistiques pénitentiaires entre 1852 et 1939 qui sont le produit d'une centralisation des chiffres remontées de chaque établissement pénitentiaire en France. Comme le relate l'historienne Elsa Génard et le sociologue Melchior Simoni dans les *Annales*, ce type de statistiques se veut purement informatif et n'a pas encore pour but d'aiguiller les modes d'actions prises par les pouvoirs publics : « En effet, les recherches sur la statistique se sont multipliées à partir de la fin des années 1970 : elles ont porté sur l'essor des statistiques, sur les réseaux d'acteurs étatiques, publics et privés, qui y ont pris part, ou encore sur les tensions existant dès le début du XIXe siècle entre une statistique « descriptive », fondée sur des « tableaux », des « états » ou des « dénombrements », et une statistique inférentielle, fondée sur des raisonnements construits à partir de chiffres et liée, en cela, au développement d'outils mathématiques[225]. » Ainsi, la statistique pénitentiaire comprend une catégorie rassemblant aliénés, épileptiques et suicides, mais les données rassemblées sont purement descriptives, comme l'exemplifie ce commentaire tiré de l'année 1920 : « Au cours de l'année 1920, deux suicides accomplis par instruments tranchants se sont produits dans les maisons centrales d'hommes. Aucun suicide, ni

[224] SGARD Jérôme, *Les Comptes Généraux de la Justice : une description statistique des institutions judiciaires de la France au XIXe siècle,* Rapport de recherche, Paris, Sciences Po Paris, p. 6.

[225] GENARD Elsa et SIMONI Melchior, « Une histoire politique des chiffres de la prison », *Annales*, n°4, p. 892.

tentative, ne s'est produit dans les maisons centrales de femmes[226]. » Cependant comme le rappelle Elsa Génard et Melchior Simoni à l'occasion d'un colloque pour les soixante-dix ans des soixante-dix ans de l'Institut nationale de la statistique et des études économiques en 2016, les catégories formulées dans ces rapports connaissent de fréquentes refontes et sont également tributaires des mutations que peuvent connaître les établissements pénitentiaires en interne, si bien qu'il faut prendre ces chiffres avec des pincettes. Ils prennent à cette occasion l'exemple d'une circulaire interne de la maison centrale de Fontevraud en 1898 que nous avons précédemment étudiée au sujet du suicide carcéral et comme nous l'avions relaté les statistiques elles-mêmes sont dépendants de rapports hiérarchiques et corporatistes à l'intérieur des prisons : « Ces choix de codage font parfois l'objet de contestation. Ainsi, sur le tableau des détenus aliénés ou épileptiques et les suicides, remplis par le médecin de la maison centrale de Fontevrault, Dr Morel, on peut lire au crayon à papier la mention « complètement faux », suivi d'une note dudit médecin Morel précisant que les épileptiques ont été transférés. Les chiffres mentionnés sont ainsi scrutés, vérifiés et font l'objet de demandes de précisions par les échelons supérieurs. La *Statistique pénitentiaire* relève, en somme, d'une chaîne de production interne à l'administration, qui met en jeu tous ses échelons et qui s'insère dans un travail d'écritures pénitentiaires routinisé[227]. » A travers cet exemple, nous pouvons observer la dimension politique qu'introduit la statistique à l'intérieur même des institutions.

Cependant, la production statistique peut également amener des services distincts à construire deux visions radicalement différentes d'un fait social à partir de la vision qu'ils portent et qui a égard à la mission de service public qu'ils visent à remplir. Ainsi, si les psychiatres avaient posé dès la deuxième partie du XIXe siècle le suicide comme phénomène pouvant être traité par l'hygiène morale, en reprenant soit les chiffres établis par le *Compte général de la justice criminelle*, soit en établissant ses propres statistiques à l'intérieur de l'asile, la prise de conscience de l'administration d'envisager le suicide autrement que sous l'angle de la transgression sociale et comme un élément pouvant être

[226] *Statistiques pénitentiaires*, Paris, ministère de la Justice, 1920, p.34.

[227] GENARD Elsa et SIMONI Melchior, « La statistique pénitentiaire : Gouverner par les marges ? » dans *Histoire aujourd'hui, statistiques demain : regards croisés sur la production et l'usage des statistiques*, Paris, INSEE, 2016, p. 9.

envisagé sous l'angle de la santé publique n'intervient qu'au début du XXe siècle. En effet, les premières statistiques évoquant le suicide comme un problème sanitaire apparaissent en 1906 à travers l'établissement de recueils annuels de *Statistique sanitaire de la France* par la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène Publique dépendante du ministère de la Santé. A partir 1925, cette statistique en plus de répertoriée nationalement les chiffres du suicide, se permet de spécifier le nombre de suicides par département et pour toutes villes ayant plus de 50 000 habitants et le tout en fonction de l'âge et du genre. Au-delà de l'aspect technique de la manière d'analyser ces statistiques, le démographe s'intéresse à la manière dont cet outil peut être mobilisé pour comprendre les structures d'une population donnée. Enfin, l'épidémiologie du suicide a été impactée dans le domaine de la santé à partir de 1969 quand l'Institut national de la santé et la recherche médicale (Inserm) a centralisé désormais anonymement les certificats de décès de la France entière pour affiner de plus en plus l'estimation du nombre de suicides annuels.

Néanmoins, il existe encore d'autres statistiques sur le suicide à l'échelle européenne avec Eurostat ou encore l'Organisation mondiale de la Santé qui produit des statistiques sur le suicide dans le monde depuis 1950. Comme nous l'avons vu le fait qu'un service produise de la statistique permet à ce dernier d'asseoir son expertise sur le domaine choisi ici le suicide et de justifier une certaine approche de l'action publique qu'elle vise à présenter le suicide comme une déviance ou un problème pathologique.

2) Les chiffres du suicide en région Pays de la Loire au XXe siècle

Si Durkheim dans *Le Suicide* en 1897 mentionne à deux reprises le *Compte général de l'administration criminelle*, il se méfie des typologies empruntées par l'administration pour considérer les suicides, souvent rangés par moyens employés pour se tuer, ce qui amène Durkheim à essayer de recadrer ses catégories en fonction des motifs présumés qui amènent les suicidants à se tuer, prenant en exemple les cas de suicides par alcoolisme pour remettre en cause ce que relève les catégories statistiques de l'administration : « Afin que le lecteur ait en mains tous les éléments de la question, nous devons ajouter que la proportion des suicides que la statistique française attribue soit à des accès d'ivrognerie soit à l'ivrognerie habituelle, est passée de 6,69 % en 1849 à 13,41 % en 1876. Mais

d'abord, il s'en faut que tous ces cas soient imputables à l'alcoolisme proprement dit qu'il ne faut pas confondre avec la simple ivresse ou la fréquentation du cabaret. Ensuite, ces chiffres, quelle qu'en soit la signification exacte, ne prouvent pas que l'abus des boissons spiritueuses ait une bien grande part dans le taux des suicides. Enfin, nous verrons plus loin pourquoi on ne saurait accorder une grande valeur aux renseignements que nous fournit ainsi la statistique sur les causes présumées des suicides[228]. » Pour autant, comme le rappelle Jean-Claude Chesnais dans *Histoire de la violence*, les chiffres du *Compte général de l'administration criminelle* sont sous-estimés ou surestimés de 25 %, ils sont donc relativement fiables[229].

Nous allons, dans un premier temps, proposer une analyse du taux de suicide en région Pays de la Loire à partir des copies *Compte général de l'administration criminelle* dont nous avons les exemplaires numérisés jusqu'au milieu des années 1930. Il est à noter que le taux de suicide est décomposé par circonscription autour des grandes villes qui quadrillent le territoire français. En 1900, une note à l'intérieur du *Compte général* montre l'intérêt que porte l'administration pour une recrudescence du nombre de suicides depuis la fin de la guerre franco-prussienne : « Bien que le suicide ne soit pas, en France, un délit, la statistique criminelle lui consacre plusieurs tableaux qui présentent les résultats du dépouillement des procès-verbaux, enquêtes judiciaires ou expertises médico-légales auxquels il donne lieu. Depuis qu'il est consigné dans les comptes généraux de la Justice, le nombre des suicides n'a pas cessé de s'accroître, chaque année, jusqu'en 1892. A partir de cette époque, la courbe des morts volontaires a marqué un temps d'arrêt, puis un mouvement de recul, qui semble s'affirmer, surtout en 1900[230] ». Comme le souligne l'administration, certains départements sont plus marqués que d'autres : « Les suicides, ainsi qu'on en peut juger par le tableau suivant, se répartissent fort inégalement entre les départements. En 1896-1900, la moyenne, qui a été de 23 sur 100 000 habitants pour toute la France, est dépassée dans 30 départements[231]. » Parmi ces départements, la Sarthe qui

---

[228] DURKHEIM Emile, *Le Suicide*, Paris, Felix Alcan, 1897, p. 53.

[229] CHESNAIS Jean-Claude, *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*, Paris, Robert Lafont, 1981, 436 p.

[230] *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, Paris, ministère de la Justice, 1900, p. 86.

[231] *Ibid.*

est le seizième département le plus suicidogène entre 1896 et 1900 avec 32 suicides pour 100 000 habitants par an, alors que cette moyenne n'était que de 22 suicides par an pour 100 000 habitants entre 1881 et 1885. Pour ce qui est du Maine-et-Loire, le département est légèrement au-dessus de la moyenne nationale entre 1896 et 1900 avec 24 suicides par an pour 100 000 habitants, se classant comme le vingt-sixième département le plus suicidogène et connaissant dans une moindre mesure comme en Sarthe une croissance de la moyenne de ces suicides annuels par rapport à la période 1881-1885 où la moyenne était de 17 suicides par an. Cependant, le nombre de suicides était légèrement plus élevé entre 1891 et 1895 avec une moyenne de 25 suicides par an. A l'inverse, la Loire-Inférieure fait partie des départements les moins suicidogènes et une moyenne annuelle qui tend à stagner depuis les années 1880 avec une moyenne de 12 suicides par an entre 1891 et 1895, de même pour la Mayenne qui sur cette période était de 17 suicides par an. Quant à la Vendée avec une moyenne de 8 suicides par an entre 1891 et 1895, soit le neuvième département le moins suicidogène en France. Ce premier état des lieux nous permet de nous rendre compte que le taux de suicide est extrêmement hétérogène d'un département à l'autre au sein de la région Pays de la Loire. Le rapport de 1900 se propose également de faire un portrait type du suicidé, un phénomène surtout urbain au début du XXe siècle qui devient de plus en plus rural et touchant souvent des individus désocialisés et masculins : « la tendance au suicide est près de quatre fois plus forte chez l'homme que chez la femme ; elle s'accentue avec l'âge. Les gens mariés qui, proportionnellement au total des suicidés, sont les plus nombreux, passent au dernier rang, quand on les rapproche de la population correspondante ; c'est tout le contraire pour les veufs. Quant aux célibataires, ils conservent la même place dans les deux cas. Les suicides constatés dans les villes sont, en chiffres réels, un peu moins nombreux que ceux que l'on relève pour les campagnes, mais, par rapport à la population, ils le sont beaucoup plus[232]. » Nous pouvons également noter l'influence de Durkheim quant à la réévaluation des déterminismes favorisant le suicide, notamment les préjugés entourant le lien supposé entre folie et suicide : « On doit cependant signaler ce fait que les suicides attribués à l'aliénation mentale, qui formaient, il y a vingt ans, presque le tiers du total (31 p. 100), n'y entrent plus que pour un peu plus du sixième (17 p. 100)[233]. »

[232] *Ibid.*, p. 89.

[233] *Ibid.*

Pour les années 1930, il est à noter que le *Compte général* introduit une comparaison que nous avons déjà évoqué à l'occasion du suicide des jeunes, la comparaison avec les accidents de la route dans le but de présenter le suicide comme un risque social comme un autre sur lequel les pouvoirs publics peuvent agir pour le limiter : « La progression des accidents mortels imputables aux automobiles est particulièrement impressionnante : de 1.371 en 1927, ils passent successivement à 1.679 en 1928, et 1992 en 1929 pour s'élever à 2.042 en 1930, marquant ainsi un accroissement de près de 49 p. 100 en trois ans. Le total des suicides (9.293) est intermédiaire entre les chiffres de 1928 (9.677) et de 1929 (9.147)[234]. » En ce qui concerne les départements de Pays-de-la-Loire, plusieurs tendances s'approfondissent dans les années 1930 avec des chiffres bruts qui tend à montrer que le suicide est important dans les régions à dominance rurale, mais proche de centres urbains soit à l'intérieur même du département avec par exemple Angers dans le département du Maine-et-Loire qui connaît alors 113 suicides sur son territoire. Dans le même mouvement, la Sarthe qui est relativement proche de la région parisienne compte en 1930 140 suicides sur son territoire, à l'inverse la Vendée éloignée de tout pôle urbain ne compte que 53 suicides. Cette dynamique suicidogène des régions à dominance rurale mais proche de pôle urbain est expliqué par les sociologues Christian Baudelot et Roger Establet comme le produit de sociétés marqués par de fortes inégalités socio-spatiales, là où les régions restées rurales ou devenues complètement urbaines ont tendance à avoir un taux de suicide stable. Ils tirent cette conclusion d'un paradoxe que les pays pauvres ont tendance à avoir un taux de suicide relativement faible, mais les régions pauvres dans les pays riches ont des taux de suicides extrêmement haut par rapport aux autres régions du même pays : « Ce n'est pas dans les régions centrales et urbaines de ces pays que le suicide est le plus fort mais au contraire dans les périphéries les plus pauvres. Ainsi aux USA, les États les plus urbanisés et les plus riches, autour de Chicago, San Francisco, Los Angeles, New York ont les taux de suicide les plus faibles alors que le suicide sévit particulièrement dans les États les plus pauvres et les moins représentatifs de l'*american way of life*. [...] En France, c'est dans les départements les plus riches que le suicide est le plus faible. Il en va de même pour les 42 préfectures du Japon. Et partout où nous disposons de statistiques sur la profession des suicidés, c'est en bas de l'échelle sociale

[234] *Ibid.*, 1930, p. 11.

que le suicide bat son plein aujourd'hui[235]. » C'est donc moins la misère à l'intérieur d'une même région qui tend à favoriser une forte suicidalité, mais la conscientisation d'inégalité dans un même espace social qui tend à favoriser les mutations socio-spatiales que connaît alors le suicide au XXe siècle, passant d'un phénomène essentiellement urbain à un phénomène de plus en plus restreint dans des zones ayant subies une désorganisation sociale liée à l'exode rurale qui prend son essor dans les années 1870 en région Pays de la Loire et tend à se stabiliser qu'un siècle après : « Au lendemain de la guerre de 1870, les courbes démographiques régionale et nationale commencent à s'écarter l'une de l'autre, le phénomène d'exode rural touchant davantage les Pays de la Loire, région très agricole. Cet exode est particulièrement intense au nord et à l'est de la région. Il se fait non pas au bénéfice des villes de la région, mais d'autres régions urbaines comme l'Île-de-France[236]. » C'est une analyse que partage en tout cas en 2000 Nicolas Sztokman, maître de conférences en géographie à l'Université de Nantes, intitulée « La santé dans les Pays de la Loire » : « Si l'on en juge à partir de l'analyse des suicides, la région apparaît « comme une zone de transition entre une France du Nord-Ouest où la mortalité par suicides est accentuée et une France du Sud et de l'Est où cette cause est moins fréquente » (A. Tallec, N. Sztokman, Atlas de la santé en France, p. 152). Cette frontière traverse l'espace régional, le découpant en une zone nord (englobant le Castelbriantais, la Mayenne et surtout la Sarthe) de forte mortalité par suicide, et une zone sud comprenant l'ensemble de la Vendée, le sud des départements du Maine-et-Loire et de la Loire-Atlantique, où les taux peuvent être fortement inférieurs à la moyenne nationale. C'est le cas, notamment pour les hommes, dans le Choletais ou en Vendée intérieure[237]. »

Une note de l'Observatoire régionale de santé (ORS) en 2006 revient sur l'évolution du taux de suicide dans la deuxième partie du XXe siècle. Depuis le milieu des années 1980, le nombre de suicide tend à rester plus ou moins stable, autour des 800 suicides par an. Il est à noter également que sur l'ensemble de la région, en tendance des années 1980

---

[235] BAUDELOT Christian et ROGER Establet, « Chapitre 2 : Suicide et crises économiques » dans COURTET Philippe (dir.), *Suicide et environnement social*, Paris, Dunod, 2013, p. 15.

[236] CHEVALIER Pascale et SEGUIN Sébastien, « Retour sur deux siècles de recensements de la population », *Faits et chiffres*, n° 424, 2011, p.1.

[237] SZTOKMAN Nicolas, « La santé dans les Pays de la Loire », *Cahiers Nantais*, n° 53, 2000, p. 64.

aux débuts des années 2000, ce sont les classes d'âges les plus vieilles, à partir de 50 qui bossent fortement, liés notamment à un ensemble de dispositifs favorisant leur ancrage social et un niveau de revenus qui tend à se creuser en leur faveur avec les plus jeunes. A l'inverse à partir de 1999, les suicides chez les 25-49 ans tendent à s'accroître, dépassant même le nombre de 50-69 ans, en atteignant le taux de 30 suicides pour 100 000. Nous pouvons expliquer cette tendance au fait que depuis les années 1980 le chômage tend à précariser la vie sociale des actifs et que les politiques de prévention se concentrent plutôt sur les personnes âgés et les jeunes concernant le suicide, comme le note les sociologues Roger Establet et Christian Baudelot : « Le chômage peut contribuer à désintégrer la structure familiale, de même que la solidarité des liens familiaux peut constituer un rempart efficace contre les difficultés économiques et protéger ses membres d'un geste de désespoir. Les caractéristiques microsociologiques du milieu primaire jouent donc le rôle de médiation entre des forces relevant de la macrosociologie (crise économique, chômage, guerre...) et le suicide[238]. » Au niveau des départements, La Mayenne, la Loire-Atlantique, la Sarthe et le Maine-Loire suivent la même trajectoire avec un recul de la part des suicides masculins et féminins suivant la tendance d'un recul lentement du taux de suicide à l'échelle nationale, bien que l'écart entre suicides féminins et masculins restent extrêmement importants, les hommes représentant encore ¾ des suicides, comme le rappelle le rapport au sujet de la Sarthe : « Chez les hommes, le taux départemental de mortalité par suicide connaît depuis le milieu des années 80 une tendance à la baisse (-2,2 % en moyenne chaque année entre 1985 et 2001), comme le taux national (-1,8 %). Chez les femmes, la même tendance est observée, (respectivement -2,1 % et -2,3 %)[239]. » A l'opposé la Vendée présente une trajectoire à part entière puisque le taux de suicides masculins a fortement augmenté depuis le début des années 1990 et même a dépassé en 1993 la moyenne nationale, c'est le signe d'une homogénéisation progressive des modes de vie dans la région : « Chez les hommes, le taux de mortalité par suicide en Vendée a connu des fluctuations importantes au cours des deux dernières décennies. Inférieur au taux moyen national jusqu'au milieu des années 90, il n'a ensuite pas suivi la tendance à la baisse de ce taux et lui est devenu nettement supérieur. Il le dépasse actuellement de

[238] BAUDELOT Christian et ESTABLET Roger, « Chapitre 4 : Le suicide aujourd'hui » dans *Durkheim et le suicide*, Paris, PUF, 2011, p. 107-108.

[239] « La mortalité par suicide en région Pays de la Loire », Nantes, Observatoire de la région Pays de la Loire, 2000, p. 4.

26 %. La Vendée connaît donc désormais une situation de surmortalité masculine analogue à celle des autres départements de la région, alors qu'elle s'en distinguait auparavant. Chez les femmes, la mortalité départementale par suicide est restée toujours inférieure à la moyenne nationale au cours des deux dernières décennies, avec un écart qui est toutefois le plus souvent non significatif[240]. »

Par conséquent, d'un point de vue socio-historique la statistique sur le suicide en région Pays de la Loire nous permet d'observer les dynamiques à l'oeuvre sur le territoire comme l'exode rural et dont les inégalités socio-spatiales qui en résultent expliquent en grande partie les disparités en termes de taux de suicide d'un département à l'autre. La convergence des taux de suicide à la fin du XXe siècle, ainsi que la réduction du taux de certaines catégories, suivant des tendances nationales montrent une homogénéisation grandissante des modes de vie, ainsi que l'action des pouvoirs publics vis-à-vis de groupes perçus comme suicidogènes, telles les personnes âgées ou les jeunes.

3) La statistique au service de la prévention en région Pays de la Loire à la fin du XXe siècle

Si nous avons questionner la statistique auparavant en termes de démographie historique, il nous faut également évoquer la manière dont les pouvoirs publics utilisent la statistique pour guider leurs actions dans la perspective de limiter le risque suicidaire. En 2010, Annie Fouquet, chercheuse à l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), propose une analyse de la manière dont les pouvoirs publics s'emparent de la statistique. Pour elle, la statistique confère à celui qui la produit un statut d'expert et d'auxiliaire du pouvoir qui part les critères qu'il choisit de mesurer transforme irrémédiablement le rapport des pouvoirs publics à la société, bien que cette expertise soit de plus en plus discutée avec l'émergence d'acteurs privés comme les instituts de sondage ou encore des services décentralisés qui se font concurrence : « Pour bien éclairer la décision, l'expert économiste-statisticien doit apporter au Prince des éléments d'information que ce dernier n'a pas, et que le statisticien lui construit : par ailleurs la

[240] *Ibid.*

statistique oriente la vision des faits sociaux par la façon même dont elle les décrit. [...] Aujourd'hui la décentralisation et la diffusion des techniques numériques enlèvent au système statistique publique son monopole de recueil de données et rendent plus nécessaire que jamais la construction d'un accord sur la description du monde[241]. » Elle revient également sur sa propre expérience de statisticienne et montre combien elle conscientise la manière dont elle participait au processus de décision en mettant en avant tel phénomène social par rapport à l'autre, l'efficacité de tel dispositif par rapport un autre : « Évaluer une politique publique, c'est porter une appréciation (un jugement) sur sa valeur, notamment quant à son efficacité (les résultats attendus ont-ils été atteints ?), son efficience (ont-ils été atteints au moindre coût), sa pertinence (l'impact de cette politique a-t-il répondu aux besoins qui l'avaient fait naître ?), sa cohérence, etc. Cette appréciation de la valeur d'un dispositif, d'un programme ou d'une politique dépend du point de vue : le jugement du bénéficiaire, celui du citoyen contribuable, ou encore celui de l'agent de guichet peuvent être très différents. [...] La récente « culture du résultat », la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF), donne de la vigueur aux indicateurs de suivi, avec des risques majeurs : confondre constat statistique et jugement de valeur ; piloter par les indicateurs et non par les résultats, s'en tenir au court terme et oublier l'étude des impacts (effets attendus ou inattendus sur la société à moyen-long terme)[242]. » Sur le suicide, cette confusion entre le chiffrage comme état de lieu du phénomène à un moment donné et objectif à atteindre est de plus en plus développée à partir des années 1980.

Ainsi en 1998, le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) part de la constatation que le taux de suicide en région Pays de la Loire est bien supérieure à la moyenne nationale pour donner des objectifs de diminutions de ce taux en cinq ans : « La Région Pays de la Loire est particulièrement touchée par le phénomène du suicide avec une mortalité régionale supérieure de 25 % à la moyenne nationale. Le suicide dans la région : provoque plus de décès que les accidents de la route ; est la première cause de mortalité prématurée chez les hommes. Environ 8000 personnes ont été admises en 1995 dans les établissements de santé publique de la région pour tentative de suicide. Le programme régional de santé « suicide » poursuit deux objectifs : réduire de 20 % en 5

[241] FOUQUET Annie, « L'usage des statistiques : de l'aide à la décision à l'évaluation des politiques publiques », *Revue française d'affaires sociales*, n°1-2, 2010, p. 309-310.

[242] *Ibid.*, p. 314.

ans le taux de mortalité par suicide ; réduire de 20 % en 5 ans le taux des récidives des primo-suicidants[243]. » Au-delà de la référence encore une fois aux accidents de la route, se pose la question de repousser la mort dans une logique biopolitique et une logique néolibérale, en voulant réduire le nombre de suicides dans l'optique de réduire les coûts induits par ses morts et les lits d'hospitalisation pris par les suicidants. Ce qui est intéressant c'est la notice méthodologique à la fin du rapport qui précise que l'objectif n'est pas de construire simplement des données épidémiologiques pour faire un état des lieux du suicide, mais favoriser l'émergence d'outils qui permettent de restreindre le phénomène : « Cette estimation présente toutefois un certain nombre de limites, dans la mesure où elle concerne : des gestes suicidaires et non des personnes (en matière de tentatives de suicide, les récidives sont fréquentes. Une même personne peut donc avoir fait plusieurs tentatives de suicide au cours d'une même année) ; des actes ayant conduit à une hospitalisation (toutes les tentatives ne sont pas hospitalisées) ; les services hospitaliers de la région, sans tenir compte de l'attraction des établissements hospitaliers des départements limitrophes en matière de prise en charge des suicidants originaires des Pays de la Loire, et réciproquement, des suicidants non domiciliés dans la région mais qui y ont été hospitalisés. En outre, la finalité de cette étude n'était pas épidémiologique mais concernait les modalités de prise en charge des suicidants[244]. » Enfin dernier exemple en 2000, à l'occasion de l'organisation d'une conférence un questionnaire est édicté par la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en Maine-et-Loire, les statistiques servent à induire de nouvelles politiques publiques ici des actions d'informations envers les médecins généralistes : « A la question « le sujet (suicides et tentatives de suicide) pourrait-il être thème d'un colloque en Maine-et-Loire ? » le pourcentage de réponses favorables a été de 72,5 % et celui d'avis réservé de 23%. [...] Il n'est pas surprenant d'avoir une telle majorité de réponses positives puisque les médecins ayant renvoyé le questionnaire sont parmi les plus intéressés et concernés par ce sujet. Ces chiffres ont tout de même l'intérêt de donner idée sur le nombre possible de participants à un tel colloque parmi les médecins généralistes du département[245]. » Ici, la

[243] Archives régionales des Pays de la Loire, 105 PR 4756 : SROS, 1998, p. 4.

[244] *Ibid*.

[245] Archives départementales de Maine-et-Loire, 2560 W 220 : « Sondages auprès des médecins généralistes » dans *Documents de la CPAM sur la prévention du suicide*.

statistique a un caractère performatif, visant à organiser des évènements de sensibilisation, c'est toute l'ambiguïté.

Ainsi la statistique ne sert pas qu'à circonscrire un phénomène social sur un territoire, mais aussi d'influencer les actions publiques pour le circonscrire. Ainsi les sondages peuvent servir à mesurer la satisfaction d'une population et de justifier la mise en place ou la continuité d'une politique publique.

Conclusion : La politique du chiffre

Nous avons cherché à montrer qu'il existe une multiplicité de statistiques sur le suicide qui permettent d'analyser ce phénomène d'un point de vue sociologique, criminologique ou encore sanitaire. A partir de ces chiffres se construisent des politiques publiques souvent déterminées par les mesures elles-mêmes du phénomène, à travers les catégories construites par le statisticien. Cette forme de savoir performatif et qui se présente comme objectif est le propre de la biopolitique dans l'époque contemporaine qui se veut dans un Etat démocratique comme le représentant autoproclamé de l'intérêt général et même des individus eux-mêmes, dont la prolongation au maximum de l'existence devrait être un but partagé entre la collectivité et ses citoyens. C'est en ce sens que l'on peut parler de véritable « obsession du chiffre » qui modifie considérablement les politiques publiques menées.

Chapitre 5 : Le suicide comme objet moral et socio-politique : le regard de la presse locale

Introduction : Les faits divers sont-ils des faits politiques, historiques et sociaux comme les autres ?

Comme le rappelle la sociologue Annik Dubied dans *Les dits et les scènes du fait divers* en 2004, les prémices du « fait divers » datent du XVIe siècle avec la publication d'occasionnels faisant état d'évènements importants localement ou à l'échelle du royaume, ils sont criés dans la rue dans le but de rameuter la foule. A partir du XVIIe siècle, les faits divers se développent dans les gazettes sous forme de feuilletons, à la fois pour attirer les classes populaires avides de sensations et des élites lettrées amatrices de divertissement. Au XIXe siècle, avec la massification de la presse, les faits divers permettent le succès de petits journaux de nouvelles qui visent à attirer les badauds dans la rue, les fameux « canards ». Mais comme le note la chercheuse, le caractère sensationnel, violent du fait divers est plus ou moins modulé par rapport au public que le journaliste cherche à atteindre : « La naissance des gazettes dès le XVIIe siècle n'influence guère les occasionnels, qui continuent à paraître et à être consommés sur la place publique. Elle fait, en revanche, surgir un mode parallèle de transmission du fait divers, détournant la clientèle « sérieuse » des occasionnels, et instaurant par conséquent une forme de cassure dans le public, entre ceux qui ne savent pas lire et se regroupent autour des canardiers et des colporteurs pour s'informer, et les lecteurs de gazettes, qui quant à eux consomment désormais plus individuellement les informations qui leur parviennent. Images et oralité, accompagnées d'un échange autour des récits transmis, s'opposent à l'écrit consommé de manière privée[246]. » Avec l'institutionnalisation au XXe siècle de grands titres de presse à l'échelle nationale et locale, ceux-ci s'étoffent et les évènements sensationnels qui pourraient ponctuer l'actualité sont relégués, ils sont alors relégués dans des rubriques à part entière qui prennent le nom de « fait divers » dont la première occurrence date de 1863 dans *Le Petit Journal*. Pour autant, comme nous allons

[246] DUBIED Annik, *Les dits et les scènes du faits divers*, Genève, Librairie Droz, p. 21.

le voir à travers la question du « suicide » dans la presse locale, le « fait divers » comme évènement spectaculaire visant à accrocher l'attention du lecteur ponctue une grande partie des chroniques des quotidiens locaux, au point même d'en être la production principale de ce type de journaux.

Au XXe siècle, se développe également une presse consacrée et spécialisée dans les « faits divers », c'est par exemple le magazine *Détective* créé en 1928 sous le titre *Détective, le grand hebdomadaire des faits-divers* et édité par la prestigieuse maison d'édition Gallimard. L'un des piliers de cet évènement est de mêler récits à suspense et photographies pour rendre le plus immersif possible ce type d'événements relatés. C'est du moins ce que relève l'historien Dominique Kalifa dans son essai *Le bas-fonds : histoire d'un imaginaire* : « Bien des images des bas-fonds publiées dans les quotidiens ou les magazines comme *Détective, Police Magazine, Vu, Voilà,* etc., ne sont sans doute que des portraits très ordinaires, des clichés d'enquêtes ou des photos « de chic » fabriquées pour l'occasion. La plupart, très standardisées, proviennent des agences qui se multiplient dans la période : Meurisse, Rol, Trampus, Keystone, Rapho, Alliance photographique, etc[247]. » L'historien mène une réflexion plus approfondie sur les codes du genre dans un dossier de la revue *Génèses* intitulé « Crimes : Faits divers et cultures populaires à la fin du XIXe siècle ». Comme le met en relief Dominique Kalifa, l'une des principales innovations de la presse à « faits divers » est de faire du peuple le personnage principal de l'actualité locale ou nationale et donc introduit un nouveau rapport politique sous-jacent à la vie quotidienne d'une époque depuis la Révolution française, celui de considérer désormais la population dans son caractère massif comme le personnage principal de la collectivité. En sommes, le « fait divers » synthétise une part de l'imaginaire du corps social des états contemporains et démocratiques dans lequel la majorité par principe exerce le pouvoir. De ce fait, il est naturel que symboliquement ce soit à elle que la presse s'intéresse et à qui elle s'adresse, tout en portant en creux à son égard un discours moral qui mime les conventions attendues, mais aussi les tensions qui peuvent exister entre plusieurs couches sociales. C'est ainsi que le « fait divers » par son caractère extraordinaire et souvent transgressif sert aux journalistes à rappeler les limites de l'ordre social et à quoi expose sa transgression. Paradoxalement et implicitement, les journalistes, dont le savoir dépend

[247] KALIFA Dominique, *Les bas-fonds : histoire d'un imaginaire*, Paris, Editions du Seuil, 2013, p. 174.

en grande partie de témoins oculaires et de sources policières relayent un récit souvent extérieur à la production de l'événement et dont le journaliste est également extérieur, imposent une certaine conception de la morale populaire qui est l'émanation en vérité d'un regard disciplinaire et élitaire qui est à la fois le propre du milieu journalistique et de l'administration policière : « S'il put à l'origine être une création collective, le récit du crime est de longue date passé aux mains de professionnels, reporters et «fait-diversiers», dont on sait combien ils furent, en dépit des rivalités de procédure, les scribes soumis du policier ou du magistrat. Si elle peut produire de l'histoire, la rue ne peut l'écrire, à peine peut-elle en témoigner. En ce sens, le récit témoigne moins d'une irruption que d'une dépossession. [...] Moraliser et édifier, défendre, illustrer et diffuser un système normatif reposant sur le respect tacite et la résignation à l'ordre social, tels apparaissent sans équivoque les fonctions principales de nombre de ces récits[248]. » Et si le suicide comme nous allons voir garni les pages « faits divers » de la presse locale, c'est parce que sans être crime, il témoigne toutefois d'une transgression de la morale commune et de par les ambivalences que portent un tel acte, entre la violence du geste porté et la victime qui se confond avec le coupable, pose à la fois la question de la responsabilité de l'individu dans son passage à l'acte, mais aussi ce que la société ou même la nature a pu infliger à cet être pour qu'il vienne à vouloir mettre fin à ses jours. C'est en cela comme l'explicite Dominique Kalifa qu'au XIXe siècle, les promoteurs d'une démarche scientifique pour analyser la question sociale s'appuie sur le « faits divers » comme un révélateur de la « psychologie des foules » : « Avec des arguments et des charges idéologiques diverses, c'est bien ce même constat que dressèrent en cette fin de siècle des auteurs aussi différents que Durkheim, Tarde, Joly ou Fouillée. S 'adressant à une culture commune, associant individus, groupes et territoires à un système cohérent de valeurs et de normes, et s'imposant surtout comme un grand producteur de parole sociale, le crime et son récit purent ainsi constituer un facteur de cohésion et de solidarité[249]. »

En ce sens, nous pouvons affirmer par l'affirmative que le « faits divers » est un fait politique tel que ce dernier est défini par le chercheur en sciences politiques Rémi

---

[248] KALIFA Dominique, « Crimes : Faits divers et culture populaire à la fin du XIXe siècle », *Génèses*, n°19, 1995, p. 74-75.

[249] *Ibid.*, p. 76.

Lefebvre dans la première de ses *Leçons d'Introduction à la Science politique* intitulée « Qu'est-ce qu'un fait politique ? » : « Il n'y a pas de naturalité des problèmes publics. Tout problème est un construit social et politique. Divers acteurs contribuent à leur formation et à leur formulation. [...] On désigne par *agenda* l'ensemble des problèmes perçus comme appelant un débat public voire l'intervention des autorités politiques légitimes[250]. » Il y a, à travers la définition qu'en donne Rémi Lefebvre, une parenté entre le « fait politique » et la « question sociale », que nous avons défini en introduction de ce mémoire comme l'émergence à partir du début du XIXe siècle d'un certains nombres de problématique qui impacte le fonctionnement de la société et nécessite l'intervention de l'Etat pour les réguler. Cette parenté réside dans la nécessité que pour les politiques publiques cherchent à intervenir sur un phénomène social, il faut que les autorités en aient connaissance et donc qu'il y ait en amont une médiation dont à l'époque contemporaine elle est grandement assurée par la presse. Aussi, le fait divers est à double titre un fait politique, puisqu'il résulte, tout d'abord d'une mise à l'*agenda* par la presse d'un phénomène hors norme et souvent individuel et étant donné son caractère transgressif fait appel au pouvoir policier et judiciaire quand il s'agit d'un crime ou plus plausiblement dans le cas du suicide les structures du discours médico-social. En ce sens, le fait divers par cette double dimension et du fait qu'il parte de cas circonscrits dans l'espace social pour interroger l'ensemble de la collectivité peut-il être considéré comme un fait politique total ? C'est une question que nous allons poser à travers les rapports qu'entretient la presse locale avec le suicide.

Pour autant, si comme nous l'avons vu les faits divers s'inscrivent dans une histoire et plus spécifiquement de la presse, mais est-il également révélateur de l'état des mentalités d'une époque, d'un certain rapport des contemporains à leur historicité ? En 1983, l'historien Marc Ferro a écrit dans les *Annales* un article intitulé « Faits divers, fait d'histoire ». Si l'on circonscrit le fait historique a un ensemble d'événements saillants révélateurs du fonctionnement et des ruptures d'une période, le fait divers tend au contraire à valoriser les éléments marquant d'une temporalité qui s'inscrit dans la quotidienneté des acteurs. Cependant le contexte de production dans lequel sont mis en récit ces faits divers, la symbolique qui structurent en creux des discours des « faits-

[250] LEFEBVRE Rémi, « Leçons d'Introduction à la Science politique », Paris, Ellipses, 2017, p. 16.

diversiers » sont autant d'éléments historiques portés en eux. A ce sujet, Marc Ferro montre les tensions historiques qui traversent la production du faits divers, des écrivains aux cinéastes, en passant par les affects des groupes sociaux qui s'en émeuvent des classes populaires friandes de ces récits divertissants aux élites qui peuvent montrer une forme de dédain et de snobisme envers une pratique journalistique qu'ils jugent ragoutante et racoleuse : « Aux XIXe et XXe siècles, pour certains esprits « éclairés », il sert de révélateur aux dysfonctionnements du système social ou politique : loin d'un être un incident mineur, il exprime au contraire un phénomène essentiel, la nécessité pour les sociétés de modifier leurs modes de fonctionnement et les rapports entre les hommes. Emile Zola, Camus et Sartre figurent parmi les premiers écrivains qui ont ainsi utilisé le fait divers comme un signe, se transformant eux-mêmes en analystes, en historiens. Or, aujourd'hui encore, la presse devant le fait divers, la presse adopte ces différentes attitudes. Dans le journal *Le Monde*, par exemple, on l'ignore ; ailleurs, le même cas peut faire appel au voyeurisme ou solliciter l'analyse institutionnelle. Le fait nouveau, au XXe siècle, est sans doute que le cinéma a pris la relève. Il est devenu le principal amplificateur de faits divers[251]. » Par conséquent, si le contexte de production est plus intéressant d'un point de vue historique que le « faits divers » en soi, il nous faut interroger dans la suite de notre propos la liaison entre fait divers et suicides sous la forme d'un fait historique partiel.

Enfin, pour ce qui est du « fait social », s'il ne fait pas de doutes que le suicide en soit un, car Durkheim le définit en tant que tel dans son essai éponyme en 1897, en est-il autant pour les « faits divers » qui traitent de suicides ? Si l'on en revient à la définition de Durkheim, le fait social est un phénomène impactant l'existence des individus et déterminés par des facteurs résultant des formes d'interactions et de régulations sociales qui surpassent les cadres de toute forme de volonté individuelle : « De même, il est bien vrai que la société ne comprend pas d'autres forces agissantes que celles des individus; seulement les individus, en s'unissant, forment un être psychique d'une espèce nouvelle qui, par conséquent, à sa manière propre de penser et de sentir. Sans doute, les propriétés élémentaires d'où résulte le fait social, sont contenues en germe dans les esprits

[251] FERRO Marc, « Présentation : Faits divers, faits d'histoire », *Annales*, n°4, 1983, p. 824.

particuliers[252]. » Dans le *Suicide*, Durkheim n'évoque pas directement la question du fait divers, bien qu'il consacre un commentaire succinct au rôle de la presse dans la diffusion des modèles suicidaires où il se montre extrêmement nuancé, en affirmant qu'il n'y a pas d'impact direct de la presse sur l'évolution du taux de suicides, mais à l'échelle locale, la presse peut, tout de même, influé sur la façon dont une population peut chercher à mettre fin à ses jours selon des rites propres à la contrée, tout en avouant qu'il est difficile méthodologiquement de prouver cette dernière affirmation : « Même, il semble que la presse ne puisse guère avoir l'influence dont on l'accuse sans une certaine centralisation. Car, là où chaque région a sa vie propre, on s'intéresse moins à ce qui se passe au-delà du petit horizon où l'on borne sa vue ; les faits lointains passent davantage inaperçus et, pour cette raison même, sont recueillis avec moins de soin. Il y a ainsi moins d'exemples qui sollicitent l'imitation. Il en est tout autrement là où le nivellement des milieux locaux ouvre à la sympathie et à la curiosité un champ d'action plus étendu, et où, répondant à ces besoins, de grands organes concentrent chaque jour tous les événements importants du pays ou des pays voisins pour en renvoyer ensuite la nouvelle dans toutes les directions. Alors les exemples, s'accumulant, se renforcent mutuellement. Mais on comprend qu'il est à peu près impossible de comparer la clientèle des différents journaux d'Europe et surtout d'apprécier le caractère plus ou moins local de leurs informations[253]. »

Néanmoins, s'il n'en vient au lien direct qui unit fait divers et fait social, nous pouvons citer le travail de Marc Lits, chercheur en sciences de la communication qui a publié, dans la revue *Hermès* en 2007, un article sous le titre : « Le fait divers : une notion intraduisible ». Après avoir rappelé les caractéristiques sociolinguistiques du fait divers instrumentalisant des évènements d'existences individuelles dans l'optique de cerner un certain état de la société et la façon dont conçoit la société le locuteur mettant en mots ce fait divers, il montre que le fait divers plus qu'un fait social est un fait culturel, en prenant l'exemple de la sorcellerie en Afrique francophone traitée localement sous l'angle du fait divers : « Ainsi, dans *La Tempête des Tropiques*, publié à Kinshasa, certains faits divers rapportent des faits liés à la sorcellerie, mettant en scène envoûtements et phénomènes de possession, en les présentant comme des faits avérés. Ce qu'ils sont pour partie, si l'on

[252] DURKHEIM Emile, *Le Suicide*, Paris, Felix Alcan, 1897, p. 350.

[253] *Ibid.*, p. 133.

excepte que ces faits, ou plutôt ces récits d'événements, font partie de l'expérience quotidienne des lecteurs, qui partagent les mêmes croyances. Pour eux, ces récits sont vraisemblables puisqu'ils sont corroborés par d'autres histoires du même type répercutées dans la sphère sociale, ils en deviennent donc vrais[254]. » Par conséquent, nous pouvons affirmer que le fait divers permet de comprendre les structures inconscientes qui travaillent une société à un moment donné de son histoire. Pour autant, les faits narrés sont soigneusement sélectionnés par le journaliste et sont donc profondément biaisés, il ne faut donc pas en faire un miroir direct des tensions traversant la société, mais bien la relecture de ces tensions par les contemporains à l'aune de critères socio-culturelles qui sont le propre d'une élite gouvernante. Cette nuance nous amène à nous demander si le fait divers n'est qu'un fait social partiel dont les biais nous empêchent de comprendre objectivement les structures socio-historiques présidant une région à un moment donné ou bien d'un "fait social total" comme l'avait conçu le neveu de Durkheim, Marcel Mauss, c'est-à-dire comme un phénomène qui met en branle l'ensemble de la société en faisant appel aux valeurs et institutions qui la meuvent.

Nous n'avons pas discuté ici l'ensemble des théories en sciences sociales portant sur le fait divers et pouvant être mobilisés en histoire. En premier lieu, nous avons ici délaissé les travaux de Roland Barthes et ses continuateurs sur le sujet, non que son approche de linguiste ne soit pas digne d'intérêt, mais parce qu'elle nie en dehors du langage toute fonction sociale comme le rapporte Annik Dubied, or comme nous allons le voir à travers le suicide, le traitement qui en est fait fortement imprégné des discours dominants de l'époque et porte en lui un certain nombre d'éléments prescriptivistes : « Auclair reconnaît à la suite de Barthes, que le fait divers n'a aucune portée politique, économique, sociale ou culturelle, qu'il est insignifiant, inessentiel et purement contingent. Reprenant les notions de coïncidence (au niveau du « rapprochement ») et de causalité troublée, il les approfondit en remarquant notamment, à leur propos, que les troubles de la causalité ne sont jamais que des dérogations aux normes sociales (crimes…), morales (adultères…) ou naturelles (prodiges, catastrophes…) de la société[255]. » Si nous sommes, d'accord, pour dire que le fait divers porte en lui le stigmate des comportements anormaux

[254] LITS Marc, « Le faits divers : une notion intraduisible », *Hermès*, n°49, 2007, p. 112.

[255] DUBIED Annik, *Ibid.*, p. 70.

considérés comme tel par la société, nous avons des conclusions inverses à celles d'Auclair, en établissant que la stigmatisation de tels actes à des fonctions intimement sociaux et politiques, en s'inscrivant dans un continuum historique extrêmement précis. Quant à la phrase du sociologue Pierre Bourdieu dans un court texte intitulé *Sur la Télévision*, il voit dans le fait divers une technique journalistique visant à détourner le lecteur ou le téléspectateur des vrais enjeux sociaux et politiques qui sont structurels : « Prenons le plus facile : les faits divers, qui ont toujours été la pâture préférée de la presse à sensations; le sang et le sexe, le drame et le crime ont toujours fait vendre et le règne de l'audimat devait faire remonter à la une, à l'ouverture des journaux télévisés, ces ingrédients que le souci de respectabilité imposé par le modèle de la presse écrite sérieuse avait jusque-là porté à écarter ou à reléguer. Mais les faits divers, ce sont aussi des faits qui font diversion. [...] Le fait divers, c'est cette sorte de denrée élémentaire, rudimentaire, de l'information qui est très importante parce qu'elle intéresse tout le monde sans tirer à conséquence et qu'elle prend du temps, du temps qui pourrait être employé pour dire autre chose[256]. » Nous allons montrer d'un point de vue socio-historique que le fait divers au contraire est un rappel tacite des limites qu'il ne faut pas franchir pour ne pas transgresser l'ordre moral et sert donc discursivement à imposer un contre-discours à la manière dont les classes populaires cherchent à politiser les problématiques qu'elles rencontrent, les fameuses « questions sociales ». Il ne s'agit pas donc pas d'éluder ces questions, mais bien d'y répondre en imposant un rapport de force qui vise pour les élites culturelles et politiques à maintenir un *statu quo* symbolisé par l'ordre moral en place. S'il faut créer une énième catégorie pour caractériser la signification du fait divers, dans sa façon de singer les rapports inhérents aux structures sociales et de faire appel plus ou moins implicitement au pouvoir public, nous pouvons parler de fait institutionnel. C'est à travers cette grille de lecture que nous allons tenter d'éclairer en quoi le traitement journalistique du suicide et sa réception politique obéissent aux codes du fait divers et traduisent également une forme de gouvernementalité en soi.

[256] BOURDIEU Pierre, *Sur la télévision*, Paris, Raisons d'agir, 1996, p. 15-17.

1) Le traitement journalistique du suicide dans *Le Petit Courrier* et *le Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure* en janvier 1900 :

En 1997, l'historienne Anne-Claude Ambroise-Rendu s'interroge sur le traitement journalistique du suicide dans les chroniques de faits divers dans un article de la revue *Romantisme* dans lequel elle interroge le regard prétendument objectif des professionnels de la presse écrite à travers un titre qui sonne comme une thèse : « Le suicide ou les silences de la chronique faits divers ». Dans un premier temps, elle montre qu'à la suite de la publication du *Suicide* de Durkheim, il y a un intérêt renouvelé de la presse pour la mort volontaire, mais sous l'angle évenementiel du drame individuel : « Le suicide n'est pas la figure la plus éclatante de la rubrique car sa fréquence n'atteint jamais le taux record des autres grands thèmes que sont la criminalité ou la catastrophe, mais la permanence de sa présence entre 1870 et 1910 en fait néanmoins un des piliers des récits de faits divers. Or, c'est grâce au journal que le suicide parvient à la connaissance du public[257]. » C'est en ce sens que nous allons faire une analyse comparative du traitement du suicide dans *Le Petit Courrier* et le *Progrès de Nantes et de la Loire-Intérieure,* deux journaux républicains, l'un à Angers et l'autre à Nantes, le tout en janvier 1900 pour faire un état des lieux du regard portée par les journalistes sur la problématique de la mort volontaire.

Dans le traitement proposé par *Le Petit Courrier* et le *Progrès de Nantes et de la Loire-Intérieure* des marques de ce qu'on peut appeler comme du « journalisme de préfecture » sont significativement présentes par une référence accrue aux sources policières comme le rapporte une mention du quotidien le *Progrès de Nantes et de la Loire-Intérieure* le 4 janvier 1900 au sujet du suicide d'un jeune soldat : « Les journaux racontent qu'un jeune soldat, nommé Lafont, appartenant à l'escadron du train des équipages, en garnison à Fontainebleau, déserteur depuis deux mois, s'est suicidé, hier soir, d'un coup de revolver, au moment où le commissaire de police se présentait à son domicile pour l'arrêter[258]. » Comme le fait remarquer l'historien Dominique Kalifa dans la *Revue d'Histoire moderne et contemporaine* sur « Les tâcherons de l'information :

---

[257] AMBROISE-RENDU Anne-Claude, « Le suicide ou les silences de la chronique faits divers », *Romantisme,* n°97, p. 77.

[258] « Informations », *Progrès de Nantes et de la Loire-Intérieure,* 04/01/1900, p. 1.

petits reporters et faits divers à la « Belle Epoque »[259] », nous avons peu d'informations sur la sociologie du personnel composant ces rédactions du début du XXe siècle, dans notre corpus composé de vingt-sept articles mentionnant en janvier 1900 la question de la mort volontaire seulement deux articles mentionnent explicitement un auteur. Cette anonymat n'est pas du tout surprenant au début du XXe siècle, entre le fait que ces quotidiens comportent peu de feuillets, tout au plus cinq à dix pages, et donc une rédaction réduite à son stricte minimum et ce mouvement de ne pas mentionner l'auteur est renforcé dans la catégorie « faits divers », puisqu'il s'agit d'évènements rapportés sans ambition à première vue d'en donner un traitement personnel, ce qui l'est beaucoup dans le cadre de « chroniques » ou « tribunes » et dans ce cas l'auteur est plus souvent mentionné. A ce sujet, Laetitia Gonon, maîtresse de conférence en langue française, confirme cette observation dans sa thèse sur *Le fait divers criminel dans la presse quotidienne française du XIXe siècle* dans lequel elle montre que l'anonymat des « faits diversiers » est proportionnel aux mépris que les patrons de presse expriment envers cette production qui servait essentiellement d'appât à un lectorat populaire et un moyen également de remplir les colonnes du journal quand l'actualité est jugée par la rédaction comme manquant d'intérêt : « Dans les faits divers du corpus d'étude, les premières signatures des faits divers n'apparaissent que dans les années 1850 – sans qu'évidemment cela soit entièrement représentatif de la presse de l'époque[260]. » Pour autant, comme le montre Dominique Kalifa dans son article, les faits divers nous apprennent indirectement sur les interactions qu'entretiennent alors avec les autorités, servant dans leur manière de relater les évènements de relais locaux du pouvoir : « Pour nombre de fonctionnaires de police, être cité dans les journaux pouvait également signifier avancement et prestige. L'heure était au roman de police et aux exploits de détectives, et il arrivait que des policiers sollicitent volontairement la collaboration du journal[261]. » C'est en cela que cette relation de complicité avec la police, nous permet, à travers la co-élaboration implicite des « faits divers », d'affirmer que ceux-ci sont tout au moins des faits sociaux partiels dans la

[259] KALIFA Dominique, « Les tâcherons de l'information : petits reporters et faits divers », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, Tome 40, n°4, 1993, p. 578-603.

[260] GONON Laetitia, *Le fait divers criminel dans la presse quotidienne française du XIXe siècle*, Paris, Presses Sorbonne Nouvelle, 2012, p. 16.

[261] KALIFA Dominique, *Ibid.*, p. 588.

mesure où il nous éclaire sur les relations de pouvoir qui irriguent les journaux au début du XXe siècle.

Toutefois, ces relations sont tout sauf constantes, notamment avec les magistrats et la préfecture qui se montrent irrités quand la presse relate des éléments d'une enquête qui n'est pas encore arrivée à son terme comme le note Dominique Kalifa : « Entre le policier et le reporter, les choses ne furent pourtant jamais faciles. Sous des allures courtoises, les relations manquèrent de confiance. De longue date, la police reprochait aux reporters leurs indiscrétions[262]. » Cette tension est par exemple illustrée par la mort du juge Chenon rapportée dans le *Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure* le 23 janvier 1900 : « M. Chenon, président de chambre à la Cour d'appel d'Orléans, a été trouvé mort dans sa chambre, frappé d'un coup de fusil de chasse. On ignore s'il y a suicide ou accident. M. Chenon était âgé de 66 ans[263]. » Ici, la presse s'affirme comme une forme de contre-pouvoir dans lequel même la discrétion de l'instruction voulue par le pouvoir judiciaire n'est pas respectée et c'est en ce sens que les faits divers relèvent d'un caractère politique sous-jacent.

Cette politisation se construit également dans la façon dont la presse donne une interprétation ou un jugement sur le passage à l'acte d'un suicidant. Ainsi, pour les journalistes, il y a parfois des suicides justes, car ce dernier se montrerait coupable d'actes immoraux ou criminels, comme en témoigne le relate l'édition du *Petit Courrier* du 8 janvier 1900 au sujet du suicide d'un pédocriminel : « La nommée Brochet Ernestine, âgée de 12 ans, domestique chez M. Beauvais, marchand de Bestiaux au Lion d'Angers, déclarait à ses parents, que le sieur Brisset Pierre, âgé de 55 ans, cantonnier au Lion d'Angers avait voulu se livrer sur elle à des actes obscènes. La gendarmerie ouvrit une enquête qui amena la découverte de deux autres victimes, les petites Marie et Louise Bernard, de 14 et 12 ans. Se voyant pris, cet être méprisable se fit justice lui-même. Il a été trouvé pendu à un arbre au lieu-dit la Coudère[264]. » L'expression « faire justice » montre que pour le journaliste les actions qui précèdent un suicide peuvent rendre

[262] *Ibid.*, p. 587.

[263] « Informations » dans *Progrès de Nantes et de la Loire-Intérieure*, 23/01/1900, p. 1.

[264] « Chronique départementale » dans *Petit Courier*, 08/01/1900, p. 16.

légitime un passage à l'acte et ne doivent pas en l'occurrence amener à faire de commisération. L'historienne Anne-Claude Ambroise-Rendu perçoit dans ce rapprochement entre le crime et le suicide, une volonté de réduire l'individu à une constitution anormale de sa personnalité : « Lorsque le suicide accompagne un crime son statut bascule encore un peu plus. Dans ce cas, ce qui prime c'est le geste criminel, sauf lorsqu'il a échoué et que le suicide, lui, a réussi. Beaucoup de crimes passionnels - c'est même une de leurs caractéristiques — se doublent d'une tentative de suicide. Alors le suicide fonctionne comme un retour à l'ordre. Il n'est pas seulement le juste châtiment du criminel et l'expression de ses remords, mais aussi le symptôme de sa pathologie affective, de son anormalité fondamentale. Il fournit donc au crime une explication immédiate et devient l'élément rassurant du récit[265]. » Dans le même temps, nous pouvons avoir également un traitement du suicide qui vise à pathologiser le passage à l'acte, ainsi nous avons dans notre corpus la mention par six fois du mot « désespoir » ou un dérivé du verbe « désespérer » ou encore un champ lexical lié à l'analyse psychopathologique du suicide comme le montre cet article dans les pages du *Petit Courrier*, le 19 janvier 1900 : « Le nommé Bargeault, cultivateur à la Coudrelle, a été retrouvé dans le Thouet, à la chaussée du Moulin Neuf, près de Gourgé. On attribue ce suicide à des dérangements cérébraux[266]. » Rares sont les chroniques qui évoquent longuement les spécificités sociales du suicide et le traitement de la mort volontaire dans la presse, excepté faite dans notre corpus d'une tribune d'une page du 29 janvier 1900 sur « Le suicide de l'Enfant » du journaliste et historien Emile Chasles. Le paragraphe finale de cette tribune accentue sur la mission sociale que se donne le journaliste qui se pose en moraliste d'une société où s'exprime de forts antagonismes sociaux et dont le suicide témoigne à leurs yeux d'un mal être qu'il faut secourir par la charité ou l'action publique : « Ce qui me rend plein de joie, c'est que, peut-être, quelqu'un, en me lisant, sera ému et tâchera d'émouvoir les autres, et, à son tour, propagera les observations fugitives d'un journal que le vent emporte, de telles façons que de braves gens créeront des ligues pour les faibles et des sauvetages pour les petits[267]. »

---

[265] AMBROISE-RENDU Anne-Claude, *Ibid.*, p. 83.

[266] « Chronique régionale » dans *Petit Courrier*, 19/01/1900, p. 30.

[267] CHASLES Emile, « Le suicide de l'Enfant » dans *Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure*, p. 1.

Ainsi, nous venons que le fait divers dans sa production est révélateur de sociabilités particulières avec les autorités et pose la question du regard journalistique qui ici se fond dans celui d'une élite locale. Quant à la problématique du suicide, le langage du journaliste tend à réduire ce phénomène social à un drame individuel sous l'angle du regard psychologique et en centrant son récit sur les antécédents criminels ou familiaux du suicidant. Il faut, néanmoins, rappeler comme le fait Claude-Ambroise Rendu que le suicide représente 6% des faits divers au début du XXe siècle, ce qui en fait un sujet mineur dans la presse, mais qui n'est pas non plus infime avec des archétypes autour de la mort volontaire qui reviennent d'un article à l'autre.

2) Le suicide dans la presse vendéenne dans la première moitié du XXe siècle :

L'intérêt de cette étude sur le département de la Vendée est la dimension politique extrêmement tranchée des quotidiens du coin, allant du royalisme au socialisme, présentant dans une dimension historique des enjeux différents à l'égard du suicide. Ainsi *L'Avenir et l'Indicateur de Vendée*, journal républicain, dans sa recension des « Faits divers de 1897 » mentionne en janvier 1898 pas moins de sept faits divers liés au suicide, la dimension alors mis en avant est le caractère spectaculaire du passage à l'acte, par exemple en avril 1897 : « Eugène Lamarre, rue Saint-Maur, tue sa fille, âgée de dix-huit ans, et tente veinement de se suicider ensuite[268]. » Il n'empêche que par endroit le quotidien lie le suicide à une dimension sociale, en le posant comme résultante de la misère ambiante que peuvent connaître les couches marginalisées de la population. C'est le cas dans l'édition du 12 avril 1899 avec un article intitulé « Le drame de la misère » par le directeur de la rédaction, Loup Bertroz, dans lequel il défend la mise en place de politique publique autour du suicide dans l'objectif de minimiser le phénomène, car mettant en lumière un dysfonctionnement de la société : « Il y a longtemps que l'organisation défectueuse de notre Assistance publique demande de sérieuses réformes qu'attend-on pour les réaliser ? Certes, on n'empêchera pas la folie ou les chagrins intimes de fournir leur contingent de suicides, mais si on trouvait le moyen d'augmenter les

[268] « Faits divers de 1897 » dans *L'Avenir et l'Indicateur de Vendée*, 01/01/1898, p. 1.

bienfaits de la Charité, on diminuerait le nombre des victimes de la misère[269]. » Dans le journal marqué à gauche, organe local du Parti socialiste, *La Parole Républicaine et la Vendée socialiste*, le suicide est utilisé comme un révélateur des tensions à l'intérieur de la société ou directement politiques, fustigeant par exemple dans un éditorial du 27 janvier 1951, sous le titre « Un suicide qui en dit peut-être long », la mainmise du Parti communiste qui aurait au suicide d'un directeur régional de la Sécurité sociale, Monsieur Grimald : « M. Grimald, Directeur de la Caisse Régionale « Invalidité » de la Sécurité Sociale, s'est suicidé en laissant une lettre, d'ailleurs inachevée, où il met en cause les singulières méthodes de travail employées par les collaborateurs de la CGT communiste lui avait imposés au temps où elle était tout puissante au sein du Conseil d'Administration de la Sécurité Sociale. Promotions abusives, dépenses inconsidérées furent ainsi soumises à sa signature dans des conditions telles qu'il ne pouvait démasquer les supercheries, faute d'avoir les moyens de procéder aux vérifications nécessaires. Cela dura jusqu'au moment où un nouveau Conseil d'Administration, débarrassé de la tutelle de la CGT et du Parti Communiste, ordonna des enquêtes sur la gestion de ceux qui l'avaient précédé. Et c'est alors que M. Grimald résolut de se donner la mort, sa haute conscience d'honnête homme ne pouvant absoudre les errements où il avait été entraîné à son insu[270]. » De ce fait, le fait divers ici sert à un règlement de compte politique, il est aussi utilisé comme un enjeu de pouvoir pour disqualifier l'adversaire, présenté comme responsable du passage à l'acte.

Du côté de *La Croix de Vendée*, journal catholique, l'appréciation du suicide prend un autre tournant émotionnel, non pour s'émouvoir du sort de celui qui met fin à ses jours comme un acte de misère, mais comme acte d'irreligion. C'est du moins ce que montre un éditorial du 1er mai 1932 intitulé « A propos de deux suicides récents. L'argent ne fait pas le bonheur, il leur manquait Dieu » dans lequel deux financiers, un suédois et un américain se donnent la mort après avoir investi à perte dans des dettes nationales, c'est leur manque de « foi » en Dieu qui est fustigé à travers un argumentaire construit en anaphore : « A ces deux hommes puissants et riches, il manquait ce bonheur qui les

[269] BERTROZ Louis, « Le drame de la misère » dans *L'Avenir et l'Indicateur de Vendée*, 12/04/1899, p. 4.

[270] « Un suicide qui en dit peut-être long » dans *La Parole Républicaine et la Vendée socialiste*, 27/01/1951, p. 1-2.

éclipses tous, dans une âme, le bonheur de la foi. *Il leur manquait Dieu, la certitude de son existence, de sa justification et de sa bonté*… Dès lors, leur vie n'avait plus de sens, plus de but… [...] Oui à Kreuger et à Eastmann, au « Roi des allumettes" et au « Roi de la photographie » il a manqué la Foi… C'est pourquoi ils sont morts comme ne voudrait pas mourir le plus pauvre, le plus éprouvé de tous les chrétiens comme des malheureux qu'ils étaient - leur geste de désespoir et de mort en témoigne[271]. » Par conséquent, tout comme dans l'exemple pris dans le quotidien socialiste, le suicide sert souvent de prétexte à un discours politique plutôt qu'une analyse du fait en soi. Toutefois, les modes de politisation du suicide diffèrent d'un camp politique à l'autre où à la dénonciation de la corruption ou de la misère se substitue chez les conservateurs le champ lexical de la religion comme structurant d'un rapport social où régnerait un ordre harmonieux et juste régi par l'idée de Dieu. De fait, nous pouvons affirmer que la mise en scène du suicide dans le fait divers est avant tout structuré par des prérequis moraux et politiques qui transforment plus ou moins en profondeurs les structures narratives des faits divers suicidaires, ainsi inscrits historiquement dans le développement de discours renouvelant à la charnière du XIXe siècle et du XXe siècle l'analyse de la « question sociale » dans le champ intellectuel entre une influence de nature psychologique et sociologique. Néanmoins, d'un point de vue sociolinguistique les catégories sociales portant le stigmate du suicide sont souvent issus des milieux populaires et marginaux, ainsi il ne peut pas être attribué même à un opposant politique, comme le fait le journal républicain *L'Avenir et l'indicateur de la Vendée* le 11 décembre 1904 à l'occasion de la mort suspecte du député anti-dreyfusard Gabriel Syveton, le suicide ne peut être pensé comme une cause plausible. En effet, à l'infâmie associée à un tel acte, il y a également l'idée que ceux qui mettent fin à leur jour sont de faibles constitutions et en ce sens, ils ne peuvent appartenir au même groupe des journalistes et des politiques dont le caractère distinctif est justement de se conformer aux attentes sociales et morales de leur temps : « C'était un adversaire politique, car il était fort intelligent. Son acte de violence, son geste, comme on l'a dit était réfléchi, et cet homme qui savait bien où il allait ne s'est certainement pas suicidé[272]. »

---

[271] « A propos de deux suicides récents. L'argent ne fait pas le bonheur, il leur manquait Dieu » dans *La Croix de Vendée*, 01/05/1932, p. 1.

[272] « Le suicide de Gabriel Syveton » dans *L'Avenir et l'indicateur de la Vendée*, 11/12/1904, p. 1.

A travers cette analyse des modes de narrations entourant la mort volontaire dans les journaux de Vendée dans la première moitié du XXe siècle, nous avons identifié des points communs d'un bord politique à l'autre, quant à l'appréhension du suicide à travers le mode du drame individuel mais en y accolant un discours aux valeurs différentes entre paternalisme social et condamnation morale. Cependant tous ces modes s'inscrivent dans l'idée d'appréhender le suicide comme un évènement extérieur que le discours journalistique sous sa prétendue neutralité prend de haut pour y accoler des affects politiques propres à son époque et un cadre idéologique résumé par la ligne défendue par le journal.

3) La presse et la valorisation des politiques publiques de prévention du suicide dans les années 1980-1990 en Région Pays de la Loire

Le champ journalistique dans son usage sensationnaliste du suicide a longtemps été critiqué par ceux dont le suicide est devenu un des « champs d'expertise » prédominant comme les psychiatres au cours du XIXe siècle, l'accusant même de propager des modèles de passage à l'acte à la manière d'une épidémie. En 1974, le sociologue états-unien David Philipps publie une étude sur le lien entre médiatisation et pics suicidaires[273] à l'occasion du bicentenaire d'un véritable *best-seller* européen écrit par Goethe, *Les Souffrances du jeune Werther*. Ce roman a pour héros Werther qui faute de pouvoir épouser la jeune femme dont il est amoureux transi, Charlotte, il finit par se tuer. Goethe est, alors, accusé de dépraver la jeunesse au moment de sa publication, car des jeunes gens s'identifient à Werther et comme lui éconduit préfèrent mettre fin à leurs jours, c'est ce qu'on appelle la « Werthermania ». Pour autant, l'idée d'un prétendu pic suicidaire après la publication du roman goethien est difficilement démontrable, faute de statistiques à l'époque sur la question. Cette référence dans l'étude de Philipps est purement littéraire et sa démonstration se concentre plutôt sur la médiatisation de suicide de personnalités et l'effet dans les jours succédant l'annonce de la mort sur la recrudescence de morts

[273] PHILIPPS David, « The Influence of Suggestion on Suicide : Substantive and Theorical Implications of the Werther effect », Volume 39, n°3, 1974, p. 340-354.

volontaires, en adoptant les mêmes codes de passage à l'acte que la personnalité qui a mis fin à ses jours. L'exemple pris par Philipps est celui de Marylin Monroe qui s'est suicidée en 1962 qui aurait augmenté de 1 2% la mortalité suicidaire à New York à l'annonce de la mort de la « *star* ». Si l'importance de l'influence des médias dans la recrudescence du nombre de suicides reste encore aujourd'hui fortement discuté, elle a amené petit à petit les journalistes à adapter leurs modes narratifs pour ne plus décrire précisément la manière dont ses personnalités sont passées à l'acte et la promotion des politiques publiques luttant contre le suicide, se dédouanant ainsi de tout sensationnalisme, en utilisant l'émotion en l'objectivant sous le prisme de l'expertise et en se présentant comme un lanceur d'alerte sur le caractère latent du phénomène.

Ainsi, le 29 avril 1998, le quotidien régional *Ouest France* fait la promotion d'une « Journée d'étude pour les professionnels du secteur social » dans un article intitulé « Le drame du suicide chez les jeunes ». Le journal fait la promotion des actions menées par la région sur ce type de populations : « Depuis 1995, le suicide est considéré comme un problème de santé majeur dans la Région, où il fait 800 morts par an. Au niveau national, on compte 12 000 morts plus que les accidents de la route. Quant au Maine-et-Loire, il connaît une surmortalité de 12%. A quoi cela tient-il ? Selon le docteur Garré, psychiatre à Angers, « on ne peut pas établir de causalité précise. On peut seulement remarquer que la carte des suicides se superpose à celle de l'alcoolisme importante dans l'ouest. On peut aussi s'interroger sur l'individualisme ou le manque de repères dans notre société. » Les études le prouvent : le suicide touche tous les milieux sociaux mais surtout les hommes de 15 à 34 ans[274]. » Nous pouvons observer ici que l'article reprend tel quel un argumentaire que nous avons déjà affronté, notamment en ce qui concerne du *leit motiv* de la comparaison avec les morts de la route. De même, dans la continuité avec une approche journalistique du suicide héritière du XIXe siècle, c'est l'approche du drame individuel qui est privilégié, en réduisant le suicide à une dimension de santé publique et de pathologies mentales. Cette promotion des décisions prises par les pouvoirs publics passe également à travers des entretiens accordés par des personnalité politiques, comme le 20 septembre 2000, la secrétaire d'Etat à la santé Dominique Guillot qui présente un plan sur la question à la suite d'une conférence européenne à Nantes qui porte en premier

[274] « Le drame du suicide chez les jeunes » dans *Ouest France*, 29/04/1998, p. 5-6.

lieu sur le suicide des jeunes. Tout est fait dans cet article pour valoriser l'action des pouvoirs publics sans véritable distance critique en laissant la ministre déroulée son argumentaire pour dire que la prise en charge ne fait que s'améliorer : « Le mur du silence a été brisé. Nous savons qu'il y a une forte demande pour qu'une attention nouvelle soit portée à cette question. On ose en parler dans les familles, chez le médecin, à l'école… Il est donc de notre responsabilité de définir une méthodologie et de bonnes pratiques qui permettront aux professionnels de répondre à cette attente de la société. Grâce au travail en équipe, en réseau, nous obtiendrons une bien meilleure prise en charge des personnes qui ont tenté de mettre fin à leurs jours[275]. »

En ce sens, le travail journalistique se présente ici comme un relais du pouvoir politique à l'échelle locale et nationale, en reprenant d'une part certains *a priori* quant aux caractères pathologiques du suicide, tout en se donnant une nouvelle mission celle de servir de courroi de transmission aux politiques de prévention.

Conclusion : Le journalisme comme relais du politique

La presse forme un acteur à part entière de gouvernementalité tant dans sa manière de structurer et de participer aux évolutions de « l'histoire sociale des représentations ». Elle participe entre paternalisme et moralisme également à un regard qui est propre aux élites locales sur le suicide, toutefois il est difficile de mesurer exactement l'influence de la presse sur les mentalités. Elle toutefois un relais indispensable des politiques comme vecteur de communication et d'information. Les travaux Dominique Kalifa sont particulièrement intéressants quant aux connivences qui peuvent exister entre pouvoirs publics et journalistes.

[275] Archives départementales de Loire-Atlantique, 2734 W 33 : « Revue de presse du 20 septembre 2000 » dans *Dossier de préparation à la conférence*, p. 4.

Chapitre 6 : Les enjeux de la production scientifique et universitaire autour du suicide

Introduction : Le savoir scientifique, un pouvoir comme un autre

En 2019, la revue *SociologieS* consacre un dossier à la question des « Savoirs savants, savoirs d'action et politiques publiques ». Ce dossier est réalisé sous la direction de Maurice Blanc, professeur de sociologie à l'Université de Strasbourg, et Maryse Bresson, professeure de sociologie à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. L'une des premières distinctions que font les deux sociologues tient aux types de savoirs produits par les institutions. D'un côté, nous avons les savoirs savants qui sont tirés de la recherche et de l'autre, nous avons les savoirs d'action qui sont le produit de l'expérience du terrain et de la prise de contact entre les pouvoirs publics et les populations bénéficiaires de politiques mises en place par l'Etat. Toutefois, comme le soulignent les deux sociologues, ces deux champs de la connaissance ont tendance à se mêler à l'instigation et au bénéfice des acteurs publics dont l'optique, comme nous l'avions démontré au sujet des usages publics de la statistique, est d'objectiver les raisons qui les poussent à agir dans l'espace public : « dans le champ des politiques publiques, ces distinctions sont brouillées, comme l'illustrent les figures de l'expert et du praticien-chercheur ou celle, plus traditionnelle, du militant. La recherche est à la fois un secteur et un objet des politiques publiques, puisque les acteurs qui « font » ces politiques – élus, décideurs, intervenants qui les mettent en œuvre en les « traduisant », voire les publics qui en « bénéficient » – produisent des analyses de la situation et des enjeux, en mobilisant des catégories savantes au cœur de leurs savoirs d'action[276]. » Ce mélange des genres pose un certains nombres de questions, en particulier adressées au sciences humaines et sociales, quant à l'implication du chercheur dans la prise de décisions des pouvoirs publiques et en quoi il participe à la politisation de certaines problématiques plutôt que d'autres avec des biais propres à son statut ou aux préjugés individuels dont ils seraient porteurs : « Nous observons un décalage paradoxal entre la valorisation de formes

[276] BLANC Maurice et BRESSON Maryse, « Savoirs savants, savoirs d'action et politiques publiques », *SociologieS*, mis en ligne le 23/05/2019, consulté le 30/05/2024, URL : http://journals.openedition.org/sociologies/11537.

diverses d'hybridation présentées comme nécessaires – au nom de l'efficacité économique ou du « vivre ensemble » à l'échelle sociétale – et la tout aussi nécessaire affirmation de l'altérité. Par exemple, les chercheurs peuvent revendiquer la rencontre de formes diverses, au nom du pragmatisme (pour obtenir des financements), ou par conviction (pour participer au vivre ensemble) ; ils et elles peuvent avoir intérêt à mettre en exergue leurs différences, avant de survaloriser la proximité construite[277]. » Cette forme de coopération amène bien sûr à repenser de manière épistémologique les règles déontologiques et méthodologiques qui préfigurent la démarche du chercheur qui s'engage dans une forme de partenariat avec les pouvoirs publics.

Sur ce sujet, David Dill, chercheur à l'Université de Caroline du Nord et spécialiste des politiques publiques, montre que dès les années 1980 les premières coopérations entre champ académique et politique se multiplient, coïncidant avec l'« ère Thatcher » et l'adoption des thèses néolibérales qui amènent l'Etat à mettre ses ressources au service du marché[278]. En retour, dans le champ de l'éducation par exemple, ces thèses amènent les acteurs universitaires comme publics à se soumettre à des critères de rationalité et d'efficacité qui doivent consacrer, tout au moins en apparence, l'utilité sociale de ces activités. C'est, en ce sens, qu'est créé le concept de « qualité académique » pour résumer les attendus qu'entretiennent les pouvoirs publics envers l'université, que ce soit par la formation ou la recherche. Pour autant, l'intérêt que porte les universitaires pour l'action publique n'est pas nouveau, il est même souvent consubstantiel de l'installation d'un champ scientifique dans le monde académique, en justifiant le financement de chaires par l'expertise en retour qu'apporte le scientifique à la conduite des politiques publiques. Ainsi, la structuration du champ psychiatrique au tournant des années 1820-1830, comme l'a montrée l'historienne Jan Goldstein[279], a été fortement justifiée par les pionniers de cette discipline médicale comme une solution pour catégoriser et soigner les « inadaptés », en identifiant les causes psychosomatiques qui fondent ces comportements

[277] *Ibid.*

[278] DILL David, « Le paradoxe de la qualité académique : implications pour les universités et les politiques publiques », *Revue des sciences de l'éducation*, Volume 29, n°2, 2003, p. 337-352.

[279] GOLDSTEIN Jan, *Consoler et classifier (L'essor de la psychiatrie française*), Paris, Institut Synthélabo, 1997, pp. 11-477.

indésirables socialement et en proposant concrètement un moyen de gérer ses populations à travers l'enfermement asilaire. Nous aurions pu également illustrer cette prétention du champ scientifique d'apporter une solution pragmatique, à l'ère du positivisme, aux diverses « questions sociales » qui s'acheminent au cours du XIXe siècle et qui amène par exemple la criminologie à se développer dans la deuxième partie de ce même siècle en étroite collaboration avec le cadre pénitentiaire. Si l'on en vient au cas du suicide, nous allons avoir loisir que dès la fin du XIXe siècle, les universitaires comme Durkheim n'hésite pas à mobiliser le savoir et les pratiques des pouvoirs publics pour nourrir les préceptes qu'ils prônent pour circonscrire le suicide qu'il redéfinit alors comme une pathologie sociale.

A l'inverse comme nous allons le montrer, c'est une pratique plus récente de la part des pouvoirs publics pour justifier la rationalité de leurs actions de mettre en scène la manière dont sont mobilisés ces savoirs dans l'espace public, même s'il peut avoir des différences notables entre ce que prônent les « dossiers scientifiques » auxquels sont adossés ces actions et leur mise en œuvre réel comme le relate en 2015, l'épidémiologiste et membre du Haut Conseil de la Santé, Thierry Lang : « Lorsqu'il s'agit de recherche interventionnelle, ce transfert de la recherche vers l'action existe. Il s'illustre dans la démarche qui consiste à promouvoir des interventions de santé publique basée sur des « données probantes ». De cette volonté, des interventions bénéficiant d'une méthodologie généralement issue d'une démarche expérimentale sont considérées comme apportant la preuve de l'efficacité d'une intervention. La démarche consiste à utiliser ces résultats et les transférer, sur la base d'un certain nombre de critères, dans des contextes différents. Une autre démarche consiste à considérer que de nombreuses initiatives, d'actions sur les déterminants sociaux de la santé sont à l'œuvre et témoignent souvent d'une forte créativité. Ces programmes sont peu ou pas connus, peu ou mal évalués, le plus souvent non transférables et encore moins transférés[280]. » D'un point de vue institutionnel, le rôle social et médiateur dont peut être porteur le champ universitaire s'incarne en particulier dans les unités mixtes qui mêlent recherches et actions sociales ou médicales. L'un des exemples des plus notables est bien sûr la création des Centres

[280] LANG Thierry, « Déterminants sociaux, santé et politiques publiques : mobiliser toutes les connaissances », *Santé publique*, Volume 27, 2015, p. 620.

hospitaliers universitaires (CHU) en 1958 dans la perspective de rassembler activités de soins et recherches dans le secteur de la santé. Comme le note l'historienne Sophie Chauveau dans la revue *Les Tribunes de la Santé*, la loi Debré de 1958, puis les réformes engagées dans les années 1970 ont profondément transformé les structures de soins subordonnant à la recherche universitaire la majeure partie des structures médicales dépendantes du maillage territorial : « En 1958, la création des centres hospitalo-universitaires (CHU) fait entrer l'enseignement et la recherche au sein de l'hôpital tout en permettant aux praticiens de choisir de pratiquer le plein temps à l'hôpital. Enfin, la loi de 1970 organise un service public hospitalier qui s'appuie à la fois sur les hôpitaux et les cliniques privées. Ces transformations successives de l'hôpital permettent de comprendre que sa place dans la société a changé ; elles ont aussi imposé une adaptation de son administration[281]. » Les médecins Gilles Guy et Mathieu Gérain ont d'ailleurs montré à ce sujet que l'installation du CHU à Angers et son développement n'aurait pas pu être possible sans une intense coopération entre les chercheurs et les élus municipaux de l'agglomération angevine : « L'ouverture d'activités nouvelles a souvent dû se faire à moyens constants, notamment dans les années 1990. De véritables actions de *lobbying* ont dû être menées par le tandem hospitalo-municipal. À l'inverse, il est arrivé que la manne tombe du ciel sur certains secteurs ; ce fut le cas ces dernières années avec la compensation de la réduction du temps de travail, notamment pour les postes médicaux. [...] Les uns et les autres ont acquis cet esprit d'entreprise et cette culture de projets qui réunit les acteurs sur le terrain. C'est ainsi qu'Angers a été le premier hôpital universitaire à recevoir son accréditation. Tous, médecins et administratifs, ont poussé dans le même sens, et pour ne citer que le CHU, sa direction a acquis une culture de management dans la recherche clinique[282]. »

Nous allons dès lors démontrer que les structures universitaires, les savoirs produits autant que le fonctionnement institutionnel, sont partis prenantes d'actions permettant de lutter contre les phénomènes suicidaires et participent tout autant que l'entreprise statistique et journalistique à l'élaboration d'une véritable biopolitique autour de la mort

[281] CHAUVEAU Sophie, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècle ? », *Les Tribunes de la santé*, n°33, 2011, p.83-84.

[282] GUY Gilles et GERAIN Mathieu, « Evolution du CHU d'Angers depuis 1958 » dans PETIT Jacques-Guy et SAINT-ANDRE Jean-Paul, *Médecine et hôpitaux en Anjou*, Rennes, PUR, 2009, p. 113.

volontaire au XXe siècle. Nous allons étudier cet aspect en relatant le cadre théorique et ses évolutions de l'appréhension du suicide dans le champ universitaire, puis nous allons nous intéresser aux actions de prévention mises en place par le CHU de Nantes et les actions de la police "corps urbain" à partir de 1981, avant d'observer la manière dont le champ universitaire produit des enquêtes sur le sujet à travers le travail de la sociologue angevine Jeannine Brouard.

1) Le suicide, une catégorie construite entre sociologie et psychiatrie depuis 1897 :

En 1897, le fondateur de la sociologie comme champ scientifique, Emile Durkheim, publie un essai qui fait date encore aujourd'hui : *Le Suicide : Etude de sociologie*. L'objectif que s'est donné Durkheim à travers ce texte était d'illustrer les principes énoncés dans Les Règles de la méthode sociologique qui était apparu en 1895. L'épistémologue Franck Varenne revient sur les critères choisis par Durkheim pour en faire une discipline à part entière dans son essai Modéliser le social, pour lui la méthode durkheimienne se décline en quatre points : « 1. renoncer aux généralisations hâtives ; 2. déterminer une catégorie d'objet qui soit fondée objectivement. Procéder pour cela par observation et induction (i.e. généralisation raisonnée à partir de faits empiriques) plus que par spéculation et déduction ; 3. formuler un problème précis à leur sujet ; 4. rechercher des preuves de ce que l'on avance[283]. »

L'idée de Durkheim est donc de partir de l'étude d'un fait social, c'est-à-dire des éléments qui structurent la vie collective d'une société de façon régulière, pour en tirer des lois générales susceptibles d'expliquer le fonctionnement de cette dite société et de comment celle-ci détient une forme d'emprise sur les comportements individuels. Pour en faire la démonstration, Durkheim choisit le suicide comme objet d'étude, car s'il a longtemps été pensé par les psychiatres comme ressortant de déterminismes individuels, dans la deuxième partie du XIXe siècle sous l'impulsion du développement des statistiques morales, la question des déterminismes sociaux en la matière ont amené à

[283] VARENNE Franck, « Chapitre 4 : La méthode sociologique de Durkheim », *Modéliser le social : Méthodes fondatrices et évolutions récentes*, Paris, Dunod, 2011, p. 35.

réfléchir des politiques publiques pour diminuer le nombre de morts volontaires. Pour objectiver cette nature sociale du suicide, Durkheim utilise ses statistiques comme un moyen permettant de hiérarchiser les causes et les différentes typologies ayant pour finalité la mort volontaire, ainsi que de prouver leur régularité, permettant au sociologue de prouver que le suicide est un fait social en soi : « En somme, ce qu'expriment ces données statistiques, c'est la tendance au suicide dont chaque société est collectivement affligée[284]. » Ce que Durkheim inaugure donc par cette méthode, c'est une théorie holistique stipulant que les individus sont surdéterminés par des représentations et des évènements extérieurs qui impactent l'ensemble de la société, comme le rappelle Franck Varenne : « Si on est peut-être dans la moyenne pour la taille, on ne l'est pas nécessairement pour tel autre aspect de notre personne. Alors que pour l'holisme de Durkheim, la constance des taux manifeste bien la présence d'une force collective qui n'a de sens qu'à l'échelle de la société tout entière et qui exerce, comme telle, une coercition effective sur chacun des membres de cette société[285]. »

S'il y a bien une contribution sur l'étude du suicide dont les thèses encore aujourd'hui sont particulièrement reprises et discutées, c'est bien celles émises par Durkheim. Comme le fait remarquer Massimo Borlandi, Durkheim s'est largement nourri du travail de Morselli dans la préparation de son essai sur les suicides et des travaux de Brierre de Boismont, Il a commencé son oeuvre dès 1889 et a été aidé d'un élève M. Ferrand pour ce qui est du dépouillement du *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, mais aussi de son neveu Marcel Mauss qui a épluché 25 500 dossiers individuels de suicidés : « Il s'engage alors dans une exploitation minutieuse du *Suicidio* (par moments un corps à corps) à travers cinq étapes sûres et deux probables : l'article de 1888 « Suicide et natalité », le cours perdu sur le suicide de 1889-1890, le cours sur la physiologie du droit et des mœurs de 1890-1891 (probablement, dans la mesure où ce cours contient déjà la leçon sur l'homicide), *De la division du travail social* (dont la rédaction s'achève au début 1892), les deux cours également perdus sur la sociologie criminelle de 1892-1893 et 1893-1894 (très probablement), *Les règles de la*

[284] DURKHEIM Emile, *Le Suicide : étude de sociologie*, Paris, Félix Alcan, 1897, p. 10.

[285] VARENNE Franck, *Ibid.*, p. 40.

méthode sociologique et, à partir de 1895, la transformation du cours de 1889-1890 dans le livre qui paraît en juin 1897[286]. »

Parmi les autres importantes sources de l'ouvrage, il faut citer l'ouvrage de Jacques Bertillon fils, Etude démographique du divorce et de la séparation de corps dans les différents pays de l'Europe publiée en 1883 auquel consacre Borlandi un autre article et qui montre que chez les célibataires et les veufs le nombre de suicides est plus important que chez les personnes mariés, même si « coefficient de préservation » dans le mariage, comme l'appelle Durkheim, est plus important pour les hommes que pour les femmes : « En ce qui concerne les procédés par lesquels Durkheim parvient à ces même faits, presque tout est inédit dans la manière dont l'auteur du Suicide combine les données d'une recherche que personne n'a répétée depuis (celle sur les dossiers des suicidés) et ces mêmes données avec celles des statistiques officielles — hormis l'usage qu'il fait du coefficient de préservation emprunté à Louis-Adolphe Bertillon[287]. » Toutefois, l'ouvrage se distingue par la volonté d'exclure les causes extra-sociologiques des explications pouvant être données aux évolutions du taux de suicide comme le climat, l'alcoolisme ou encore les phases lunaires, mais aussi avec l'hypothèse selon laquelle le suicide serait déterminé par des prédispositions héréditaires : « Ne reconnaît-on pas à ce signe que la cause qui fait varier le suicide ne saurait consister en une impulsion congénitale et immuable, mais dans l'action progressive de la vie sociale[288] ? ».

De plus, il exclut les suicides d'aliénés de son étude, au nom du fait qu'il veut montrer qu'il existe des suicides s'intégrant dans un contexte social, c'est ainsi qu'il s'oppose par exemple à Morselli sur la question de savoir pourquoi à certaines périodes de l'année les suicides sont plus fréquent, là où Morselli y voit un lien avec le climat, Durkheim montre que lien se situe plus certainement dans le fait qu'au printemps l'activité socio-économique bat son plein et donc que les individus sont sur sollicités. Il s'oppose

---

[286] BORLANDI Massimo, « De Morselli à Durkheim (et retour) : contribution à l'histoire de la sociologie du suicide » dans Mohamed CHERKAHOUI (dir.), *Histoire et théorie des sciences sociales*, Genève, Librairie Droz, 2003, p. 41.

[287] BORLANDI Massimo, « Etat civil et suicide de Bertillon à Durkheim », *Revue européenne des sciences sociales*, Tome 42, n°129, 2004, p. 37.

[288] DURKHEIM Emile, *Ibid.*, p. 81.

également à la thèse de l'imitation qu'a développée son grand rival, le criminologue Gabriel Tarde, pour expliquer la propagation de phénomènes déviants. Pour Durkheim, ce n'est pas le fait d'avoir connaissances d'autres manifestations suicidaires par la presse comme le supposent certains aliénistes qui fait que le nombre de suicides augmente ou non, mais bien des changements brutaux dans la société qui fait que les repères des individus sont ébranlés : « c'est de ces causes sociales et non des conditions individuelles qu'il se trouverait dépendre[289]. » Pour lui les thèses autour de la nature biologique du suicide ou bien empruntant à l'imitation manque de rigueur scientifique, car elles présupposent des explications par le haut et non par l'observation des faits sociaux dont Durkheim ne veut que dans un second déduire des lois générales sur la société : « Pourtant la sociologie ne pourra prétendre à être considérée comme une science que quand il ne sera plus permis à ceux qui la cultivent de dogmatiser ainsi, en se dérobant aussi manifestement aux obligations régulières de la preuve[290]. »

Il en découle selon Durkheim quatre grands types de suicide que nous avons déjà évoqué par endroit, que nous allons cependant à nouveau décliner car il demeure des éléments de la théorie durkheimienne encore discutés aujourd'hui. Le premier type est celui du « suicide égoïste » qui est le fait que la mort résulte du défaut d'intégration de l'individu dans la société. Par exemple s'il vit en marge de la société ou est célibataire, s'inquiétant du fait que les sociétés contemporaines seraient atteintes d'un « individualisme excessif[291] » et d'une dérégulation des structures traditionnelles comme la famille, ce qui l'amène à affirmer que le suicide d'individus marginalisés permettrait de vérifier la maxime suivante : « l'égoïsme serait en contradiction avec la nature humaine[292] ». Le deuxième type de suicide selon Durkheim, le « suicide altruiste » qui découlerait à l'inverse d'une trop grande intégration à la société qui amènerait l'individu à se tuer ou se sacrifier pour respecter les valeurs du groupe auquel il appartient, Durkheim prend l'exemple notamment de l'armée qui dans tous les pays européens demeure une institution où la sursuidalité est particulièrement notable par rapport au reste

[289] *Ibid.*, p. 117.

[290] *Ibid.*, p. 138.

[291] *Ibid.*

[292] *Ibid.*, p. 237.

de la population, ce qu'il amène aussi à construire les termes de sa typologie dans cette dialectique entre l'existence de l'individu et les contraintes sociales qui lui sont opposées : « Pour que la société puisse ainsi contraindre certains de ses membres à se tuer, il faut que la personnalité individuelle compte alors pour bien peu de chose[293]. » Ensuite, le troisième type de suicide est dit « anomique », c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans un contexte social où les normes et valeurs qui régissent le groupe ne sont plus clairs et ne sont pas sous-tendus par un système de régulation inhérent à ce groupe. Il prend l'exemple des changements sociaux et économiques brusques qu'il procure une forme de prospérité dans la société ou l'inverse des phases de crise, selon Durkheim cela à une incidence similaire, puisque par le prisme de l'individu ce sont autant d'évènements qui bouleversent son univers social. Quant au dernier type de suicide développé très succinctement dans l'essai de Durkheim, il est dit « fataliste » et se rencontrerait plus rarement dans les sociétés contemporaines. Il renverrait à une forme de mort volontaire qui s'effectue dans un cadre où l'individu est contraint à se tuer faute d'autre issue, car son statut social ne lui permet pas d'espérer une situation meilleure, c'est par exemple le suicide des esclaves dans les sociétés archaïques.

Pour construire cette typologie, Durkheim construit des comparaisons nationales et internationales autour de la mort volontaire fortement inspirées de la contribution de Morselli, mais aussi du théologien allemand Alexander von Oettingen qui a publié en 1868 u*n Essai de statistiques morales* qui revient notamment sur l'importance du suicide en Allemagne et en Europe. C'est cette source qui lui inspire une hypothèse beaucoup plus contestée selon laquelle le fait qu'en proportion les protestants se suicident plus que les catholiques en Allemagne seraient la preuve que la confession catholique pour des raisons dogmatiques, en ne permettant pas par exemple le libre examen de la Bible, réduirait la tendance au suicide de ses fidèles. Cette hypothèse est battue en brèche par le sociologue Maurice Halbwachs en 1930 qui publie un essai intitulé *Les Causes du suicide*[294] qui tente de critiquer et prolonger le travail de Durkheim. Halbwachs montre que si les protestants tendent bien à se tuer plus que les catholiques en Allemagne, ce

[293] *Ibid.*, p. 267.

[294] Voir HALBWACHS Maurice, *Les causes du suicide*, Paris, PUF, 2002 (première édition : 1930), p. IX-384.

n'est pas pour des raisons confessionnelles mais parce que les uns vivent dans leur majorité en ville, là où la catholique sont plus nombreux en zone rural. Halbwachs propose alors un concept pour expliquer cette relation, le « genre de vie » qui est le fait que des individus soient inscrits dans un environnement et des habitudes sociaux qui expliquent plus généralement leur comportement. Néanmoins, pour en revenir à Durkheim, lui-même a tenté de donner un tournant conceptuel à ses observations, en essayant de lier par exemple sa pensée à celle du statisticien belge Adolphe Quetelet qui théorise en 1835 dans Sur l'homme et le développement de ses facultés, essai d'une physique sociale un « homme moyen ». Autrement dit, c'est un individu abstrait dont le comportement refléterait le tempérament dominant dans une société donnée. C'est sur cette influence que mentionne Durkheim dans la dernière partie du *Suicide* que revient le sociologue Jacques Siracusa en 2017 dans la revue l'Année sociologique qu'avait fondé Durkheim en 1898 pour éclairer « Le penchant quetelésien de Durkheim ». Quetelet cherche par l'« homme moyen » a personnifié des phénomènes sociales dont la régularité et l'importance se traduit à l'échelle nationale comme le fait remarquer Siracusa : « Quetelet a créé une entité qui reflète sa démarche et ses postulats interprétatifs. L'homme moyen est un prototype ou un symbole de l'unité nationale, mais aussi une construction du statisticien, dont il décrit les modalités, et l'instrument (pédagogique) permettant d'adopter son nouveau point de vue sur la société, et à partir duquel on peut évaluer ses analogies et la signification qu'il attribue aux résultats[295]. » Or, si Durkheim est d'accord avec Quetelet pour affirmer que par sa régularité le suicide peut être considéré comme un fait social en soi, Durkheim s'oppose à l'idée selon laquelle il y aurait des penchants nationaux au suicide. Pour lui, le véritable déterminisme se situe dans la constitution sociale à un moment donné d'un groupe quel qu'il soit pour expliquer les variations du taux de suicide : « Durkheim exclut l'hypothèse que le type moyen soit d'ordre ethnique ou racial, puis réduit le rapport calculé par Quetelet à une simple probabilité (qui n'explique rien), et demande : comment les individus peuvent-ils produire une telle régularité alors qu'ils ne se communiquent pas ce nombre, qu'ils n'en ont pas même conscience, que les suicidés ne communiquent pas entre eux et que la population totale se renouvelle sans cesse ? (Durkheim, 1981 [1897], pp. 336-347). Pour répondre à ces

[295] SIRACUSA Jacques, « Le penchant quetelésien de Durkheim », *L'Année sociologique*, volume 67, 2017, p. 260.

énigmes, il affirme l'existence de forces morales extérieures aux individus et s'imposant à eux[296]. »

Pour autant si l'explication durkheimienne est plus fine dans sa volonté d'analyser précisément les dynamiques des groupes sociaux comme le couple ou la natalité, tout en excluant des entités biologiques aujourd'hui balayées comme la race, il tend parfois à simplement substituer au fétiche de la Nation celui de la Société. En effet, il conçoit cette dernière comme une entité supra-individuelle, sans expliciter les relations que l'individu entretient avec elle, ni comment cette Société se définit et s'incarne concrètement dans ses relations avec les individus[297]. Cela amène Siracusa a identifié une fiction derrière la manière dont Durkheim décrit la mort volontaire et ses manifestations individuelles, celle selon laquelle les individus seraient motivés par des représentations collectives qu'il s'agirait de discerner pour comprendre leurs comportements : « Si, dans Le Suicide, Durkheim avait procédé à la manière de l'Essai [de Quetelet], il aurait défini un individu abstrait, fictif, déterminé seulement par les informations qu'il manipulait ; et qui aurait guidé la compréhension de son point de vue original : un être social mû par une psychologie essentiellement collective, dont l'individualité est neutralisée par construction, et appartenant à des groupes dont une propriété explique sa conduite suicidaire. Sa théorie aurait alors décrit les comportements statistiques de ces individus idéalisés, prolongements ingénieux et explicites de l'homme moyen, sans l'intervention d'entité spéciale dont la principale utilité était d'écarter la psychologie individuelle, c'est-à-dire l'ancien problème du libre arbitre ou diverses formes d'individualisme. Mais c'était admettre une simplification peu compatible avec les revendications disciplinaires de l'auteur[298]. »

Cette fiction de la société comme entité psychologique que met en lumière Siracusa nous la retrouvons dans le dernier chapitre de l'ouvrage de Durkheim où celui propose à son tour une prophylaxie pour empêcher la propagation du suicide dans les sociétés

---

[296] *Ibid.*, p. 271.

[297] Voir RABOT Jean-Martin, « L'imaginaire et la reliance dans la sociologie de Durkheim », *Sociétés*, n°127, 2015, p. 25-40.

[298] SIRACUSA Jacques, *Ibid.*, p. 271.

contemporaines. Comme les aliénistes des années 1850 avant lui, il prône le retour à une éducation religieuse et le refus de la sépulture pour les suicidés, tout en considérant dans le domaine pénal qu'aucune disposition pourrait être prise pour revenir à des peines dissuasives comme sous l'Ancien Régime, car, selon lui, « elles ne seraient pas tolérées par la conscience publique[299] ». Cependant, il prône une solution originale à ce qu'il considère comme un puissant moteur du suicide qu'est la désagrégation de la cellule conjugale et la baisse constante du taux de natalité depuis le début du XIXe siècle, la fabrication de nouvelles « solidarités organiques ». Elles sont au nombre de deux et correspondent en partie aux convictions socialistes de Durkheim[300], ce sont le retour des corporations professionnelles, ainsi que l'avènement des syndicats permit par l'adoption de la loi Waldeck Rousseau en 1884. En effet, selon lui, ces institutions beaucoup plus que l'État sont susceptibles de recréer des liens entre les individus et donc de réduire la tendance à se donner la mort.

Toutefois, si *Le Suicide* de Durkheim semble innover par sa volonté de consacrer la méthode sociologique à l'épreuve des faits, d'un point de vue éditorial l'essai est un échec comme le relève le sociologue Philippe Besnard dans un chapitre de ses *Etudes durkheimiennes* consacrées à « La destinée du Suicide : réception, diffusion et postérité[301]», Durkheim lui-même admet à son neveu Marcel Mauss qui a contribué à l'étude que celle-ci n'a pas le succès qu'il attendait : « Il compte beaucoup sur cet ouvrage pour convertir à la sociologie. Il l'avoue dans ses lettres à son neveu, dès le mois de juillet 1897, peu après la publication de son livre. Le tout premier accueil, perçu à travers les lettres de remerciement, n'est pas du tout à la hauteur des attentes ; c'est même le facteur déclenchant d'une petite dépression post-partum[302]. » Même à l'*Année sociologique*, censée rassembler les partisans de la discipline sociologique, rares sont ceux qui considèrent l'ouvrage comme devant fonder une nouvelle étape dans leur démarche scientifique, au point même que Célestin Bouglé refuse de faire le compte-rendu de

[299] DURKHEIM Émile, *Ibid.*, p. 425.

[300] Voir BIRNBAUM Pierre, « Durkheim, le socialisme et l'Etat » dans *Dimensions du pouvoir*, Paris, PUF, 1984, p. 11-54.

[301] BESNARD Philippe, « Chapitre 14 : La destinée du *suicide* : Réception, diffusion, postérité » dans *Etudes durkheimiennes*, Genève, Librairie Droz, 2003, p. 221.

[302] *Ibid.*, p. 223.

l'ouvrage qu'il juge mauvais : « Par ailleurs Bouglé n'accepte pas de rendre compte du Suicide dans la *Revue philosophique*. C'est Paul Fauconnet, autre agrégé de philosophie, contacté par Mauss pour participer à L'Année, qui s'acquittera de cette tâche[303]. » Les critiques formulés par Simiand et Richard sont de deux ordres, la première étant la défense de la théorie de l'imitation promue par Tarde dans le cadre du suicide, la deuxième que nous avons nous-même relevée cette personnification de la société sans en définir la substance concrète.

Tarde lui-même ne réagit pas aux thèses de Durkheim qui pourtant l'attaque frontalement, il a cependant préparé un texte de réponse, mais qu'il n'a jamais fait publier. L'une des critiques la plus acerbe est celle du statisticien Vilfredo Pareto qui montre dans son compte rendu du Suicide que les calculs effectués par le père de la sociologie sont forts peu rigoureux : « Pareto prend pour exemple la première démonstration du livre – peut-être la plus étrange, il est vrai – touchant à la constance des taux de suicide dans une société. Cette constance serait même plus forte que celle de la mortalité générale. Naturellement, cela est faux, et Pareto remarque que Durkheim a choisi certaines années qui servaient sa démonstration Il s'étonne aussi qu'un livre paraissant en 1897 s'arrête en 1869 pour apprécier l'évolution et les variations du taux de suicide en France[304]. » Le *Suicide* est un tel échec qu'en 1897, seuls 1000 exemplaires sont écoulés et que c'est seulement en 1912 qu'il est réédité un première fois, puis une seconde fois à l'occasion de la publication des *Causes du suicide* de Maurice Halbwachs en 1930, alors que dans le même *Les Règles de la méthode sociologique* ont été dans le même temps rééditées plus de six fois. Finalement, c'est à partir des années 1930-1940 que *Le Suicide* connaît un regain de popularité dans un contexte où les écrits de Durkheim sont découverts aux Etats-Unis, or l'essai n'a été traduit en anglais pour la première fois en 1951. C'est à partir des années 1960 que *Le Suicide* connaît une seconde popularité en France, alors que la sociologie se structure comme champ universitaire et que la suicidologie devient aux Etats-Unis, puis dans le monde occidental une discipline à part entière à visant à étudier de façon interdisciplinaire le suicide avec la volonté de favoriser des politiques publiques capables d'en réduire l'influence : « La sociologie américaine donna le ton aux autres

[303] *Ibid.*, p. 230-231.

[304] *Ibid.*

sociologies nationales en ce domaine comme en d'autres. C'est ainsi qu'en France, la redécouverte de Durkheim et du Suicide ne s'amorce qu'au début des années 1960, d'abord avec la nouvelle édition aux PUF des quatre livres de Durkheim (favorisée par la création d'une licence de sociologie en 1958), ensuite dans divers enseignements universitaires, spécialement consacrés aux auteurs classiques, enfin dans des livres présentant son œuvre[305]. »

Que ce soit pour s'inscrire dans la continuité de Durkheim, comme le font les sociologues Baudelot et Establet, dont nous avons déjà précédemment présentés les travaux, ou bien tenter de s'y opposer comme le fait le sociologue Jean Baechler[306], *Le Suicide* demeure un indépassable de la littérature scientifique. Aucune théorie à ce jour n'a surpasser la contribution de Durkheim et les thèses des Baechler selon lesquels le suicide serait un phénomène individuel et dont en réalité la part dans la population serait constante ont été balayées par les progrès de l'épidémiologie, ce qui amène le sociologue durkheimien Philippe Besnard a porté un regard acerbe sur l'ouvrage de Baechler, en affirmant : « En fait, il serait facile de citer des exemples, dans l'ouvrage de Baechler, d'Interprétations assez banales de variations de taux de suicide qui ont échappé à la vigilance antisociologique de l'auteur[307]. » Si à défaut de proposer un mode de raisonnement sociologique, sur le suicide il n'existe réellement qu'un champ alternatif d'étude, offrant un mode de gestion concret de ces phénomènes, la psychiatrie à l'intérieur des institutions de soin et à la psychanalyse à l'extérieur. A la différence de la sociologique qui veut étudier le phénomène de la mort volontaire à l'échelle macroscopique, la psychanalyse et la psychiatrie centrent leurs savoirs sur l'individu, entre savoirs d'action et thèses formant une sorte d'anthropologie psychologique. Si l'on s'intéresse à la psychanalyse et à son père Freud, les textes consacrés au seul sujet de la mort volontaire sont rares, il n'en demeure pas moins qu'il formule quelques hypothèses éparses sur la question comme le relève la psychanalyse Geneviève Morel dans un texte intitulé « Le suicide est-il un acte ? ». Pour la psychanalyste, Freud théorise une psychologie du suicide dès 1816 dans laquelle l'individu refoulerait ses pulsions

[305] *Ibid.*, p. 243.

[306] BAECHLER Jean, *Les suicides*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, 650 p.

[307] BESNARD Philippe, « Anti ou anté-durkheimisme ? Contribution au débat sur les statistiques officielles du suicide », *Revue française de sociologie*, Volume 17, n°2, p. 333.

meurtrières contre lui-même : « Dans « Deuil et mélancolie », Freud oppose l'intention à l'acte *(Tat).* L'intention suicidaire suppose le retournement sur soi-même d'une impulsion meurtrière dirigée contre autrui, mais cela ne suffit nullement à causer l'acte, parce que le moi est protégé de la mort par son amour de soi et sa libido narcissique : sa haine de l'objet ne peut donc rien contre lui-même. Pour Freud, il y a un franchissement de l'intention à l'acte : il déduit de l'étude de la mélancolie que c'est le sadisme, donc une composante de la pulsion dont l'objet est une autre personne, qui fait la différence[308]. » Cette théorie fait écho aux écrits des criminologues comme Morselli dans la deuxième partie d'une XIXe siècle qui tente d'établir une corrélation entre suicide et meurtre, ce que réfute la sociologie durkheimienne en montrant qu'il n'y a pas de corrélation statistique entre les deux phénomènes. Le psychanalyste Jacques Lacan qui participe, après-guerre, dans son *Séminaire* au « retour à Freud » en France et valide la thèse du refoulement dans le cas du suicide dans son cours « Le désir et son interprétation » en 1959.

Toutefois, les psychiatres, sans être imprégnés des idées psychanalytiques avant les années 1960, tentent une synthèse entre les nouvelles thèses de la sociologie et la psychiatrisation ou biologisation du suicide entamé au XIXe siècle. Ainsi, avant même que le livre de Durkheim soit redécouvert par les sociologues eux-mêmes, le psychologue Charles Blondel commente le travail du père de la sociologie dans *Le Suicide* en 1933, en montrant que si le suicide est de nature pathologique, son importance dans la société varie fortement en fonction du contexte socio-économique. De même, le psychiatre Gabriel Deshaies consacre en 1947 une *Psychologie du suicide*, dans laquelle comme le relève le médecin et sociologue Matthieu Lustman dans sa thèse intitulée *Le suicide comme construction sociale* : « Le suicide, devenu entretemps crise suicidaire, est expliqué de plus en plus par l'interaction complexe de multiples facteurs relevant du bio, du psy et du social. Comprendre la place et le rôle qu'occupe la psychiatrie au sein de la suicidologie et la manière dont elle influence les représentations devient alors capital[309]. » Si les innovations théoriques se multiplient dans les années 1980 et 1990 et aboutissent à la

[308] MOREL Geneviève, « Le suicide est-il un acte ? », *Savoirs et clinique*, n°5, p. 12.

[309] LUSTMAN Matthieu, *Le suicide comme construction sociale*, thèse en sociologie, sous la direction de HIRSCHHORN Monique, Paris, Université Paris Descartes, p. 208.

Conférence de consensus de 2000 qui tentent de circonscrire les critères pathologiques de la « crise suicidaire » et le lien avec d'autres maladies mentales comme la schizophrénie, les troubles de l'humeur ou encore la dépression[310]. Ce que rappelle également ce texte, c'est que les hôpitaux ont créé des outils qui permettent d'objectiver le besoin d'une prise en charge psychiatrique dans le cadre de la crise suicidaire. C'est par exemple l'échelle de désespoir de Beck créée en 1961 par le psychiatre américain Aaron Beck et qui vise à partir d'un questionnaire de mesurer la présence d'un trouble dépressif chez un individu et selon sa sévérité un passage à l'acte qui doit donc être stoppé par une hospitalisation. Dans son commentaire Matthieu Lustman montre que si la psychiatrie continue à la fin du XXe siècle à considérer le suicide comme un symptôme pathologique, elle a du mal à vraiment le circonscrire dans sa nosographie. Elle fait face à une concurrence toujours plus rude du modèle sociologique, si bien que la théorie psychiatrique reste de plus en plus cantonnée à l'intérieur des murs de l'hôpital et de la thérapie individuelle, là où le champ interventionnel hors les murs intègre le logiciel sociologique dans le but de prédire les populations les plus touchées par la problématique suicidaire.

De fait, si la logique sociologique et psychiatrique cohabitent à l'intérieur du champ institutionnel, voire collaborent dans le cadre de la suicidologie, elles peuvent également exprimer des rivalités sous-jacentes qui structurent les politiques publiques de prévention et déterminent les orientations d'une véritable biopolitique autour de la mort volontaire.

2) La prise en charge du suicide par le service de sécurité générale de Nantes en 1981 :

Il semble que si ces documents ont été conservés en 1981, c'est qu'à l'époque le nombre de suicides chez les jeunes en France tend à augmenter et que les premières études sur la question en milieu hospitalier produisent leurs premiers effets. Ce que révèle la centaine de rapport que nous avons pu consulter tout au long de l'année, c'est

[310] MORON Pierre (dir.), *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Paris, Libbey Eurotext, 446 p.

l'application théorique des savoirs acquis par les pouvoirs publics et issus de la recherche universitaire en termes de prévention et en particulier en direction des primo-suicidants.

Ainsi, une attention particulière est portée par les services concernant les antécédents médicaux du service, en premier lieu les troubles dépressifs comme le rapporte l'épouse de l'individu suicidant dans ce procès-verbal daté du 3 décembre 1981 : « en revenant de chez des amis, j'ai découvert mon mari abattu. Il m'a déclaré avoir absorbé des comprimés de « Tranxène ». Celui-ci est actuellement en traitement car il traverse une période dépressive, suite à des ennuis[311]. » Pour autant, le placement ou non d'un individu se fait également en fonction de l'entourage de l'individu, si celui-ci peut être surveillé ou non, ici il a décidé son maintien à domicile, son état physique n'étant pas critique et ayant des proches pouvant le prendre en charge : « Après examen par le personnel du Samu, il a été décidé de laisser Monsieur [...] à son domicile, son état ne nécessitant pas de soins particuliers[312]. » Un autre cas, le 24 septembre 1981, mêlant cette fois-ci intoxication au gaz et alcool montre que la présence d'un entourage est un élément déterminant pour procéder ou non à une hospitalisation : « Sur place, avec les sapeurs-pompiers, le locataire nous ouvre et constatons qu'il se trouvait en état d'ivresse, et le bouton de la gazinière ouvert. Le gaz a été refermé par les sapeurs-pompiers. [...] Son état ne nécessitait pas une conduite à l'hôpital. Sur place, sa concubine Madame [...] a saisi son médecin pour le certificat médical[313]. » A l'inverse, pour ce qui des personnes dont les services du corps urbain prennent la décision d'hospitaliser, l'isolement social est un critère important car comme l'a montrée Durkheim la désintégration sociale est un facteur de passage à l'acte. De ce fait, le 27 août 1981, un homme qui vient de faire une tentative de suicide médicamenteuse, bien que ne présentant pas de risque à court terme, a été interné, car présentant un double risque, en venant de se séparer de sa femme et étant sans emploi : « son mari avec lequel elle est séparée de corps, venait d'avaler 19 comprimés

[311] Archives départementales de Loire Atlantique, 1226 W 488 : « rapport du 3 décembre 1981 » dans *Tentatives de suicide*, 1981.

[312] *Ibid.*

[313] Archives départementales de Loire Atlantique, 1226 W 488 : « rapport du 27 août 1981 » dans *Tentatives de suicide*, 1981.

de « Espéral » [...] sans profession. Il a été transporté au CHU par les sapeurs-pompiers, ses jours ne sont pas en dangers[314]. »

Par conséquent, nous venons de voir que les pouvoirs publics au-delà de la mission de soin qu'ils tentent de remplir auprès des suicidants prennent des décisions médicales à partir de critères sociaux, le tout dépendant des savoirs psychiatriques et sociologiques alors à l'œuvre. Ainsi, les savoirs d'action de la police sont surdéterminés par des savoirs savants produits dans le cadre hospitalier ou universitaire.

3) Le suicide dans les enquêtes de l'Institut de sociologie et de psychologie appliquées (IPSA) en 1987 :

En 1987, le master de sociologie, alors dirigé par Janine Brouard, spécialiste de la sociologie des milieux ruraux, à l'Université catholique de l'Ouest (UCO) a pour thème la "mort" et propose à cette occasion une série d'entretiens et un dossier scientifique. L'intérêt est de montrer que parfois ce sont les enjeux de santé publique qui nourrissent les enjeux universitaires. Le travail de ses étudiants tend à objectiver les phénomènes liés à la mort, nous apprenons par exemple qu'en le suicide est la première des « Causes extérieurs de traumatismes et empoisonnements » dans le *Tableau descriptif actuel de la mort* réalisé en novembre 1987[315] où l'on apprend qu'il y a 12 489 suicides en France dont 8852 d'hommes et 3637 de femmes.

Un mémoire est d'ailleurs consacré à la question de la mort volontaire sous le titre « Suicide, Euthanasie, Acharnement Thérapeutique ». Les références employées dans l'introduction de ce mémoire font autant allusion aux travaux de Durkheim que ceux de Deshaies, en tant de lier méthodes sociologiques et psychiatriques, suivant alors les procédés en vogue de la suicidologie : « Il existe un certain nombre de facteurs

[314] Archives départementales de Loire Atlantique, 1226 W 488 : « rapport du septembre 1981 » dans *Tentatives de suicide*, 1981.

[315] Archives départementales du Maine-et-Loire, 257 J 12 : « Tableau descriptif actuel de la mort » dans *Fonds Janine Brouard : La Mort*, 1987.

suicidogènes composés d'influences dites favorisantes et d'éléments psychopathiques. En effet, parmi les influences favorisantes, il y a les influences physiques, telles l'état atmosphérique d'une région et l'état géo-démographique, mais aussi une influence somatique (suivant les races). Les influences psychologiques telles l'hérédité (l'héritage porte sur la psychose et non sur la conduite suicidaire), la constitution mentale est les expériences vécues malheureuses. Les influences sociales telles la famille (célibat, mariage, la profession, la religion, les événements politiques, sociaux, économiques…) et les mass-médias. Ensuite, un certain nombre d'éléments psychopathiques interviennent, s'inscrivant dans le cadre d'une affection mentale (états dépressifs, la schizophrénie, les délires chroniques, les états confuso-oniriques, les démences, l'épilepsie, les névroses, les déséquilibrés, les toxicomanies, l'aliénation mentale et les affections du système nerveux central)[316]. » Si les éléments autour du climat ou de la race sont datés, quant au contexte social et psychopathologique, ils s'inscrivent dans le consensus universitaire du moment.

Concernant les témoignages, on s'aperçoit que parmi la population angevine, elle est très divisée entre des préjugés catholiques qui présentent la mort volontaire comme immoraux et des opinions plus libérales, notamment quand la douleur du suicidant semble insurmontable. Toutefois, quel que soit le point de vue, les apprentis sociologues montrent que le suicide est appréhendé comme un phénomène complexe et difficilement cernable, comme dans ce commentaire d'une mère de famille angevine : « Alors moi, le suicide par contre… je ne me suis pas franchement… je trouve que c'est un peu lâche, c'est une attitude lâche vis-à-vis de la vie et des gens…[317] ». Même chez ceux qui se montrent les plus compatissants, l'extériorité du suicide est ce qui est mis principalement en avant : « Quelqu'un qui se suicide c'est quelqu'un qui a une souffrance morale, des problèmes familiaux[318] ».

[316] *Ibid.* : « Suicide, Euthanasie, Acharnement Thérapeutique » dans *Fonds Janine Brouard : La Mort*, 1987, p. 4.

[317] *Ibid.*, p. 7.

[318] *Ibid.*, p. 8.

Finalement, l'enquête sociologique ici participe à synthétiser et à objectiver un phénomène qui à la fois transcende et fascine le corps social. Il participe à une forme de biopolitique dans la mesure où il met l'accent sur l'idée que la mort volontaire représenterait un problème médico-social dont il faudrait prendre la mesure de la perception au sein de la population générale.

Conclusion : Le savoir comme structure des politiques publiques

Nous avons démontré ici que le savoir est un enjeu central des politiques publiques qui luttent contre le suicide et est traversé de plusieurs grilles de lecture entre sociologie et psychiatrie. En retour, le savoir universitaire est impacté par cette prise charge du phénomène par les pouvoirs publics en circonscrivant le suicide comme une pathologie sociale qu'il faudrait éradiquer. Dans le même mouvement que ce que nous avons vu précédemment avec la presse, le savoir et la communication universitaire tendent aussi à transformer la structure des mentalités des populations touchées par le phénomène dans l'optique d'en réduire la portée. Dans cette perspective le savoir universitaire comme le savoir tiré de l'expérience sont structurants dans les politiques publiques menées.

Conclusion générale de la Partie II :

Nous avons vu que l'objectivation du suicide en termes de politiques publiques est extrêmement dépendante des outils à la disposition de l'administration comme la statistique, mais aussi les progrès de la connaissance scientifique. D'un autre côté, il est compliqué de saisir les évolutions de la lutte contre le suicide sans explorer les technologies de communications et d'informations telle la presse.

PARTIE III : DES NOUVEAUX ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE : DES INSTITUTIONS REGIONALES A LA SOCIETE CIVILE

Propos liminaire : La santé publique : un approfondissement du pouvoir de l'Etat ?

En 2008, dans *Faire de la santé publique*, le médecin et sociologue, Didier Fassin, titulaire depuis 2019 d'une chair au Collège de France sur « L'inégalité des vies », s'interroge sur le champ que recoupe la « santé publique », sur la manière de la définir, tant le terme est employé sans modération depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale dans les politiques publics qui ont attraits aux populations. Pour tenter d'en circonscrire le champ, il fait notamment référence à la définition canonique qu'en donne le précurseur des politiques de santé publique aux Etats-Unis, le médecin et universitaire Charles-Edward Winslow : « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé[319]. » Dans cette définition apparaît en germes plusieurs orientations que nous retrouvons dans les politiques entourant la prévention du suicide dans l'espace public. En premier lieu, des éléments structurant de la biopolitique sont ici abordés comme la prévention, l'idée que "prolonger la vie" devrait être le souverain bien des politiques publiques, mais également le fait de « promouvoir la santé » et des « principes de l'hygiène personnelle » comme autant de tactiques de pouvoir visant à prolonger l'existence des individus, tout en les responsabilisant et individualisant leur rapport à la santé dans la perspective de construire un individu rationnel et libéral. D'un autre côté, cette manière de concevoir la « santé publique » est compatible avec la logique néolibérale dans la façon de mettre à disposition les ressources de l'Etat pour le bien-être des individus, en mettant l'accent sur les structures de pouvoir qui participent à la standardisation des politiques publiques : « le

[319] WINSLOW Charles-Edward, « The Untilled Fields of Public Health », *Science*, Volume 51, n°1306, 1920, p. 23.

contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies. » Il y a également dans ce texte l'idée que la santé publique ne se limite pas aux domaines du soin, mais fait appel aussi à l'ensemble du champ social dans la perspective de maintenir le lien entre la « communauté » porteuse de mesure prophylactique visant à rendre l'espace public plus « sain » à travers « l'assainissement de l'environnement » et l'individu dont on tente de modeler la conduite sociale et hygiénique en voulant défendre « un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé ».

Pour autant, Didier Fassin fait la différence entre les usages scientifiques du terme et les usages administratifs ou profanes : « C'est d'abord une réalité épidémiologique, correspondant à l'état de santé d'une population : on dit par exemple qu'un problème environnemental menace la santé publique. C'est aussi un mode de gestion, caractérisé le plus souvent par l'administration étatique de la santé : on parle alors de santé publique pour l'opposer au secteur privé. C'est encore un domaine d'activité donnant lieu à une spécialisation professionnelle et institutionnelle : on forme ainsi des médecins inspecteurs de santé publique. C'est enfin un champ disciplinaire, avec ses savoirs, ses règles, ses manuels, ses revues, ses sociétés savantes : on a notamment des départements ou des instituts de santé publique. Bien sûr, ces quatre dimensions se font écho les unes aux autres, et même se recoupent partiellement. Il n'en reste pas moins qu'elles révèlent une diversité de sens et une variabilité d'usages dont l'analyse doit prendre acte plutôt que de la minimiser[320]. » Pour autant, toutes ces dimensions qui appartiennent au champ institutionnel n'appartiennent pas à une même volonté de construire une structure publique capable de gérer l'existence des populations dans les moindres détails. Autrement dit, la « santé publique » ne serait-elle pas que l'application programmatique de la « biopolitique » à l'échelle d'un Etat ? Toutefois, note Didier Fassin, une autre dimension de la « santé publique » ne doit pas être oublié dans le travail consciencieux et documenté de l'administration, le traitement d'une problématique socio-médicale en termes de « santé publique » vise à objectiver la question sociale posée de façon sous-jacente, en tentant de montrer qu'il n'y a pas d'alternatives aux politiques alors mises en place : « En résumé, la santé publique se présente généralement comme une connaissance

[320] FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, Paris, Presses de l'EHESP, 2008, p. 10-11.

orientée vers l'action, une expertise au service de la décision. La matière qui nourrit cette connaissance et cette expertise est donnée comme un fait de nature qu'il s'agit simplement de rendre lisible par des statistiques, des déterminants, des facteurs de risque. Les bénéficiaires supposés de l'action et de la décision sont censés appartenir, eux, au monde de la culture qu'il faut transformer au nom de leur bien-être. Cette coupure entre deux mondes, supposés objectif et subjectif, naturel et culturel, est fondatrice de la santé publique, au-delà de ses variantes et de ses différences. En rendre compte suppose donc de restituer cette tension entre les faits matériels des maladies, des souffrances, des pollutions, et les opérations sociales d'élaboration de taux, de recherche de causes, de mise en programmes, c'est-à-dire, pour reprendre la distinction posée au début de cette partie, entre ce que nous enseigne la lecture réaliste et ce que nous apprenons de l'approche constructiviste[321]. »

Le philosophe Bernard Andrieu, dans une relecture des textes de Foucault sur la biopolitique s'interroge sur les effets produits par ces nouvelles politiques publiques sur le corps et la vie des individus et pose la question de savoir si depuis la Seconde Guerre mondiale, dans la manière de construire notre rapport à soi nous ne sommes pas rentrés dans l'ère de la « biosubjectivité » : « Ainsi la constitution subjective du corps est devenue consciente depuis les années 1950 par les mouvements revendicatifs du corps à soi. [...] Dès lors que le corps naturel ne devra plus exister, il convient de bio-subjectiver tous les déterminants naturels du corps en intervenant sur leur qualité, leur développement et leur fonctionnalité. Ainsi, alors que l'opposition entre la constitution biosubjective de notre corps et l'*hérédité* corporelle a pu maintenir le débat sur l'inné et l'acquis, le nouveau modèle de subjectivité corporelle voudrait éradiquer tout déterminisme transcendant à l'homme afin de décider et d'inventer un corps entièrement biosubjectif. Ainsi le médecin de son corps, à la différence du médecin de soi-même, ne soigne plus la maladie naturelle, il invente des somatechnies et des biotechnologies pour une santé parfaite[322]. » Le néolibéralisme participe à la transformation du rapport à soi où l'existence devient malléable aux exigences sociales en présence et participe à une standardisation du vivant dans lequel la frontière de la « bonne » et la « mauvaise santé » ou encore entre vie et mort ne serait qu'affaire de choix individuels, étant donné que l'Etat

[321] *Ibid.*, p. 58.
[322] ANDRIEU Bernard, « La fin de la biopolitique chez Michel Foucault », *Le Portique*, n°13-14, 2004, consulté le 25/05/2024, URL : https://journals.openedition.org/leportique/627.

en théorie mettrait les ressources nécessaires en santé pour permettre l'égalisation des conditions d'existence. La philosophe Michela Marzano, spécialiste des questions de bioéthique, fait le même constat dans un article en 2011 sur « Foucault et la santé publique ». Elle y développe notamment l'idée qu'historiquement la santé publique est une prérogative des sociétés industrialisée dans lesquelles la vie et la force de travail des individus est le moteur du développement économique : « Lorsque la santé des populations et la salubrité des conditions d'existence commencent à être prises en compte par les pouvoirs politiques, nous sommes en pleine révolution industrielle et l'on s'aperçoit que la santé joue un rôle essentiel dans la productivité d'un pays[323]. » Dans la philosophie foucaldienne, l'étatisation de la santé est l'apogée de la construction biopolitique des états contemporains dans la mesure où elle permet le contrôle sur les données les plus élémentaires de l'existence des populations, tout procédant à l'individuation de la vie de chacun des membres à l'intérieur de la collectivité : « Pour Foucault, nos sociétés sont travaillées en profondeur par des mécanismes qui ne cessent de réguler la vie. Le pouvoir contrôle les individus en organisant la vie sur la base d'un certain nombre de traits censés concerner tous les vivants : espérance de vie, taux de mortalité, possibilité de telle pathologie, etc. Chaque personne est ainsi réduite à un ensemble de constantes biologiques qui l'intègrent, malgré elle, à une population. Et c'est la population qui devient l'objet même du biopouvoir, tandis que la médecine devient la pièce maîtresse du dispositif biopolitique de santé publique[324]. » C'est donc logiquement que les pouvoirs publics luttent contre le suicide, puisqu'il s'agit d'un acte qui remet en cause implicitement la souveraineté de l'Etat sur la vie des population : « Car ce n'est plus en référence à la notion de souveraineté qu'est saisi le pouvoir, mais en référence à la gestion de la vie : celle-ci n'est plus simplement menacée d'être suspendue par une décision de mort ; elle est désormais tout le temps sous contrôle, car constamment « protégée » et « soumise » à l'agrément d'une bonne santé[325] ».

Dès lors, nous allons démontrer dans un premier temps que la lutte du suicide dans les politiques après la Seconde Guerre mondiale en région Pays de la Loire est l'objet de politiques publiques spécifiques à l'échelle régionale, mais aussi d'un accompagnement

[323] MARZANO Michela, « Foucault et la santé publique », *Les Tribunes de la santé*, volume 33, n°4, 2014, p. 39.
[324] *Ibid.*, p. 40-41.
[325] *Ibid.*, p. 41.

associatif qui tend à questionner la place qu'exerce le privé, même non lucratif, dans ces politiques publiques.

Chapitre 7 : Des enquêtes menées par des médecins locaux aux rapports de l'Observatoire régionale de Santé sur le suicide

Introduction : L'institutionnalisation de la santé publique après la Seconde Guerre Mondiale

Dans le *Manuel de Santé publique*, le médecin Jacques Raimondeau et l'épidémiologiste Elodie Carmona, tous les deux membres de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, font remonter les premières formes de santé publique dès le Moyen-Âge dans les périodes épidémiques : « Pendant très longtemps, en pratique jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, pour l'Europe, la santé publique a été dominée par la problématique des maladies transmissibles, sous forme d'endémies ou d'épidémies. De grandes épidémies, particulièrement meurtrières ont marqué notre culture collective : peste noire qui tua sans doute environ 25 millions de personnes entre 1346 et 1353, Grande peste de Marseille et de Provence (80 000 morts), entre 1720 et 1723, mais aussi épidémies de variole, de syphilis, de choléra, de typhus[326]. » Pour autant, ce sont des politiques d'exception qui tendent à se généraliser au cœur de l'époque moderne dont le quadrillage territorial et le contrôle des populations précède les formes prises par le panoptique dans le cadre carcéral et urbain selon les dires de Michel Foucault dans *Surveiller et Punir*.

Comme nous l'avons vu pour le XIXe et le XXe siècle, de nouveaux outils de la gouvernementalité se développe telle la statistique ou encore le savoir universitaire, mais encore des techniques de communication qui visent à mobiliser les populations sur des problématiques spécifiques de santé publique à travers l'émergence des médias de masse, nous en avons fait l'expérience récente avec la crise Covid. Un autre mode de gouvernementalité qu'il nous semble ici important de mentionner, ce sont les acteurs régionaux et leur mission d'information et de valorisation des programmes publiques décidées par le personnel politique. Leur développement est permis dans leur large mesure par l'adoption d'une doctrine de « rationalisation » des politiques à partir des

[326] RAIMONDEAU Jacques, *Manuel de santé publique : connaissances, enjeux et défis*, Presses de l'EHESP, 2020, p. 7.

années 1950 comme l'explique le sociologue Daniel Benamouzig en 2005 dans son ouvrage *La santé au miroir de l'économie* : « Avec le soutien de la Direction du Budget, les responsables de la nouvelle Direction de la Prévision font valoir l'exemple américain du *Planning Programming Budgeting System* (PPBS) pour répandre les méthodes coûts-avantages dans l'ensemble de l'administration. L'opération de Rationalisation des choix budgétaires (RCB) est lancée dans cet esprit en janvier 1968. Les premières applications du calcul économique au domaine de la santé sont réalisées à cette occasion.[327] ». Le sociologue note que cette idée de « rationaliser » l'administration pour maîtriser la dépense publique n'est pas neuve puisque dès les années 1930 des missions d'expérimentation de gestion technocratique de la gestion de l'administration d'Etat. Pour autant, pour ce qui est du secteur de la santé ces années 1960 marquent une nouvelle étape dans la gestion de l'administration hospitalière et la Sécurité Sociale. Comme le rappelle le sociologue Daniel Benamouzig, l'administration s'est lancée avec enthousiasme dans ces nouveaux programmes de rationalisation des politiques publiques et s'inscrit dans ce qu'on appelle également le néolibéralisme en santé : « Les analyses coûts-avantages sont en vogue... Cette composante symbolique est d'importance pour tous les acteurs : à travers ces études, les ministres peuvent manifester leur enthousiasme pour le « modernisme », les spécialistes formés aux méthodes rationnelles faire valoir leur expertise auprès d'administrateurs et de hauts fonctionnaires « littéraires » (en fait de formation juridique), les services être dotés en crédits d'études et en personnels contractuels, enfin, d'un point de vue plus largement social, l'État trouve un moyen de restaurer sa capacité d'initiative et de réforme après les contestations de mai 1968. Différents acteurs ont individuellement ou collectivement intérêt à prendre en marche le train de la RCB[328]. » En Santé, ces politiques sont d'autant plus développées que l'offre de soin s'élargit à partir des années 1970 et que les premiers plans de prévention prennent corps avec la volonté de maîtriser les risques sanitaires en allouant le moins de moyens possibles : « Les évolutions de l'offre de soins aussi bien que les réformes du financement appellent des analyses économiques. En matière hospitalière, la planification des équipements atteint ses limites. En pleine croissance, les coûts de fonctionnement des structures hospitalières sont d'autant plus élevés que des technologies de pointe, de plus en plus innovantes, commencent à y être

[327] BENAMOUZIG Daniel, *La santé au miroir de l'économie (Une histoire de l'économie de la santé en France)*, Paris, PUF, 2005, p. 67-68.

[328] *Ibid.*, p. 90.

développées de manière systématique. [...] Pour l'heure, l'intérêt de l'État pour une réflexion économique sur la santé consiste à ouvrir la « boîte noire » des pratiques médicales, pour établir un lien entre le financement des moyens et le niveau des résultats sanitaires. Cette mise en relation des coûts et des résultats laisse espérer une forme de contrôle politique des dépenses de santé[329]. »

Si ces programmes échouent dans les années 1970 à contenir réellement les dépenses liées au milieu de la santé, c'est bien elle qui servent d'inspiration aux premières politiques de prévention du suicide dans les années 1980 comme le note le sociologue Arnaud Campéon : « Motivé par la constatation d'une augmentation générale du taux de suicides (notamment chez les jeunes) et par la « découverte » de nombreuses tentatives liées à l'ingestion de plus en plus courante de médicaments (barbituriques), le constat est sans appel : la réanimation des suicidants est possible, mais suppose des services spécialisés à coût élevé. L'argumentaire est là. Le phénomène suicidaire (suicide et tentative) se traduit par des coûts pour la collectivité : coûts constitués principalement par des charges financières directes et par des pertes de production. Légitimé à travers l'importance du préjudice économique engendré pour la collectivité, le rôle de l'État est clairement exposé. Sa tâche en matière de lutte contre le suicide consiste moins en une prise en charge directe de ce problème qu'en un rôle de coordination et d'incitation par des mesures administratives (réglementation) et financières (subventions aux organismes existants). En d'autres termes, la nécessité de prévenir le suicide ne semble plus à démontrer, mais à organiser[330]. » Toutefois, ces politiques sont peu efficaces comme l'explicite Arnaud Campéon, entre le manque de coordination entre les services et le peu de volonté des pouvoirs publics de prendre ce phénomène à bras le corps, car le coup négatif induit par le suicide semble pour les politiques moins urgents que d'autres problématiques qui mettent en jeu l'ordre social comme la toxicomanie : « Le suicide apparaît en effet moins prioritaire que d'autres problèmes à l'ordre de l'agenda gouvernemental. Faute de mobilisation effective et d'un répertoire d'actions suffisamment opérationnel par rapport à la mesure de son enjeu, le problème du suicide

[329] *Ibid.*, p. 91.

[330] CAMPEON Arnaud, « De l'histoire de la prévention du suicide en France », *Actualité et dossier en santé publique*, n°45, 2003, p. 37.

se voit ainsi relégué au rang des possibles avortés de l'agenda gouvernemental[331] ». Comme nous l'avons vu à travers l'analyse des faits divers, les problématiques sociales comme sanitaires, peuvent être mobilisées par les politiques quand elles sont mises à la connaissance du public.

C'est l'affaire qui entoure la publication de *Suicide, mode d'emploi* par le philosophe libertaire Claude Guillon et le journaliste Yves le Bonniec qui nourrit l'actualité dès 1982. L'ouvrage a pour particularité de contenir une section dans laquelle les auteurs donnent une liste de médicaments pour se tuer. Mais la polémique enfle en 1983, alors qu'Yves Le Bonniec répond par lettres à une personne qui lui demande de l'aide pour se suicider, Michel Bonnal, qui met à ses jours la même année. Yves le Bonniec est alors condamné à une amende de 10 000 francs pour le délit de « non-assistance à personne en danger ». Pour autant, faute de délit spécifique portant sur le suicide depuis la dépénalisation de 1791, l'Association de défense contre l'incitation au suicide (ADS) est déboutée de toute poursuite contre l'auteur[332]. Le livre, *Suicide, mode d'emploi*, continue, alors, d'être vendu et l'ADS promeut auprès des sénateurs en 1983 un projet de loi pour réprimer le délit de « provocation au suicide », ce projet de loi est définitivement adopté le 30 décembre 1987. *Suicide, mode d'emploi*, est, *de facto*, à la suite de cette loi, définitivement retirée de la vente et il n'est plus possible de l'échanger entre particulier sous peine de s'exposer à des poursuites, cette disposition est encore valable aujourd'hui.

Nous observons, donc, que l'intérêt renouvelé du législateur pour la question du suicide est assez tardif au XXe siècle. C'est, en ce sens, que nous allons étudions dans un premier temps comment dans la santé publique, nous sommes passés d'études locales avec le cas de la publication de Claude Ranvoisé sur *Le Suicide en milieu rural dans la Sarthe* en 1964, puis dans un second temps nous allons nous penchons sur les études que mènent l'Observatoire régionale de Santé sur le suicide à partir du début des années 1990.

---

[331] *Ibid.*

[332] THEOLLEYRE Jean-Marc, « M. Le Bonniec est condamné à 10 000 euros pour non-assistance à personne en danger », *Le Monde*, 22/11/1985, p. 5.

1) Une étude d'un médecin généraliste sur le suicide en Sarthe dans les années 1960

En 1964, Claude Ranvoizé, médecin généraliste, publie *Le Suicide en milieu rural dans la Sarthe*. Comme de nombreux médecins, il tente de transcrire ici ce qu'il a perçu de son expérience sur le terrain et pour le docteur Ranvoisé le suicide occupe une place particulière dans un des départements les plus suicidogènes de France : « Vivant depuis 10 ans dans le département de la Sarthe, nous avons eu souvent à connaître de suicides et avons eu ainsi le désir de savoir si la fréquence de cette conduite était aussi grande qu'il y paraissait à première vue[333]. » Pour mener son étude monographique, le médecin croise plusieurs sources, allant des procès-verbaux de gendarmerie, en passant par les statistiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) jusqu'aux rapports préfectoraux et les enquêtes de la mutualité sociale agricole (MSA) dont nous n'avons, malheureusement, pas pu retrouver la trace.

Comme on avait pu l'observer dans l'enquête sociologique menée par les étudiants de Jeanine Brouard, le facteur climatique n'est pas éludé pour expliquer le suicide, alors que Durkheim a démontré sur la question qu'un tel lien ne pourrait être fait. Claude Ranvoizé sous-entend qu'il existe une analogie entre le climat sarthois et parisien ce qui expliquerait en partie la forte suicidalité de ces deux territoires : « Le climat est celui du bassin parisien, à prédominance pluvieuse. Sa température est modérée[334]. » Concernant l'économie comme nous l'avions vu à travers les travaux des sociologues Baudelot et Establet, les régions où les inégalités socio-géographiques sont importantes sont pourvoyeuses de suicide et à ce sujet le docteur Ranvoizé fait remarquer que connaît début des années 1960 une transition de modèle économique du département : « La Sarthe, de nature essentiellement rurale, bénéficie d'une industrialisation récente par l'implantation d'industries de transformation dans la zone du Mans et quelques autres centres secondaires[335]. » Ainsi, en 1960, si l'on en croit les chiffres donnés par Claude Ranvoisé, nous avons 25,6 suicides pour 100 000 habitants, un taux supérieur à la moyenne

[333] RANVOIZE Claude, *Le Suicide en milieu rural dans la Sarthe*, Le Mans, Imprimerie Jobidon, p. 4.

[334] *Ibid.*, p. 27.

[335] *Ibid.*, p. 29.

nationale d'alors, 16 pour 100 000 habitants, ce chiffre augmente encore en 1962 passant la barre des 32,1 suicides pour 100 000 habitants. Parmi les départements voisins, en 1960, seuls L'Eure-et-Loir et le Cher font pire avec respectivement 28 et 27 suicides pour 100 000 habitants. A l'inverse en Maine-et-Loire, son taux de suicides est 2 à 3 fois inférieur à celui de la Sarthe avec 11 suicides pour 100 000 habitants en 1960[336]. De même, comme l'avait établi Baudelot et Establet, cette étude confirme que le suicide devient un phénomène essentiellement rural au cours du XXe siècle, auparavant urbain avec 80 suicides répertoriés en zone urbaine Sarthe entre 1960 et 1963 contre 374 en campagne[337].

Les statistiques établies par le médecin, cependant, quant à l'intervention du suicide dans le temps, nous ne surprennent guère. Il montre, ainsi, logiquement, que tendanciellement, c'est au printemps qu'on se suicide beaucoup plus : « Le tableau montre une répartition très inégale suivant les mois : Octobre, Novembre, Décembre et Janvier montrent des indices très faibles. Par contre, la courbe grimpe très rapidement au cours des mois de Février, Mars, Avril, Mai et Juin et façon aussi nette chez les hommes que chez les femmes[338]. » Pour autant, les raisons qu'il met en avant pour justifier ce pic sont peu concluantes, expliquant que c'est l'époque où l'on diagnostique le plus de maladie, tentant par la même de pathologiser le suicide, alors qu'en réalité ce qui explique à cette période l'augmentation du nombre de suicides est l'accélération de l'activité économique au moment où les jours sont rallongés : « La température, le manque de chauffage de l'habitat jouent peut-être, un rôle, parallèlement avec la recrudescence des affections saisonnières, les grippes, les rhino-pharyngites, etc…car nous voyons qu'en ville, les suicides se répartissent à peu près également tout le long des mois de l'année. Ceci évidemment, expliquerait mal que les mois de mao et de juin soient particulièrement riches en suicide en milieu rural alors que les conditions atmosphériques sont déjà bonnes.[339] » D'un point de vue épidémiologique, une telle hypothèse ne se tient pas. Concernant le pic de suicides, là encore rien d'étonnant le nombre de suicides le plus

[336] *Ibid.*, p. 42.

[337] *Ibid.*, p. 43.

[338] *Ibid.*, p. 46.

[339] *Ibid.*, p. 46.

important se situe à la fin de la semaine avec 79 suicides le jeudi et 70 le vendredi contre seulement 55 le dimanche en 1960, cette période n'est pas anodine puisqu'il s'agit du moment où l'activité économique est la plus intense dans la semaine[340].

Concernant l'intégration sociale, le docteur Ranvoisé montre que ce sont dans les diocèses où la pratique religieuse est la plus soutenue que le taux de suicide y est le plus faible, non seulement pour des raisons liées à l'interdit religieuse, mais aussi les communautés formées liées à cette pratique religieuse qui tend comme l'a montré Durkheim à prévenir des risques de passage à l'acte[341]. L'isolement social est d'ailleurs un facteur mis en avant par l'auteur pour justifier une sursuicidalité chez une partie non négligeable de la population sarthoise : « Parfois, en effet, le suicide est le fait d'un être socialement ou bien d'une impulsion immédiatement suivie d'exécution, que le sujet soit en état d'ivresse ou non, sans qu'il y ait eu auparavant la moindre menace de suicide, ou la moindre contrariété dans l'entourage. Dans un assez grand nombre de cas, enfin, nous trouvons un certain faisceau de facteurs favorisants et le moindre évènement fait office de facteur déclenchant[342]. » Il note également que la désintégration du noyau familial peut-être un facteur aggravant : « En effet nous n'avons noté ici que les cas où le suicide fut directement entraîné par la mauvaise ambiance du foyer. On, peut dire que cette ambiance fâcheuse est presque de règle dans les ménages où l'un des conjoints au moins est un alcoolique, mais en dehors de ces cas où l'ivresse joue parfois le rôle déclenchant, il existe des suicides dans des ménages non alcooliques[343]. » Il cite parmi les facteurs familiaux qui produisent de l'anomie : les disputes, le veuvage, les déceptions sentimentales, le divorce etc. Quant aux facteurs économiques, comme l'avait noté Baudelot et Establet, ils sont peu déterminants dans le passage à l'acte, même dans le cas de licenciements, c'est la dégradation de l'intégrité sociale et psychologique de l'individu, notamment dans le cas où l'individu perd une grande part de son entourage que le suicide peut être consommée : « En conclusion, nous voyons que ce chapitre comporte peu de ces semblables, les causes économiques étant très variables mais nous

[340] *Ibid.*, p. 47.

[341] *Ibid.*, p. 51.

[342] *Ibid.*, p. 81.

[343] *Ibid.*, p. 85.

noterons que très souvent, le motif invoqué ne représente pas pour l'individu la perte de ses biens et ceci laisse soupçonner que le vrai facteur de l'impulsion suicidaire est dans la profondeur du psychisme individuel[344]. »

Il est assez étonnant d'observer que les analyses fournies par ce médecin généraliste se situent à la croisée de la pensée psychiatrique et sociologique. Il semble, en effet, qu'au cours du XXe siècle, les savoirs autour du suicide tendent à faire converger ces deux champs scientifiques comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Pour autant, il subsiste un biais hérité de la pensée psychiatrique qui amène à pathologiser le suicide sans expliciter réellement les corrélations entre les maladies dont étaient porteurs les suicidants et leur passage à l'acte : « Notre catalogue couvre à peu près toute la pathologie mais nous retrouvons certaines maladies avec une fréquence plus grande parmi nos suicidés que dans le reste de la population. Il faut noter que certaines sont des facteurs prédisposant au suicide pour des raisons diverses : amoindrissement des réactions de défense de l'organisme, atteinte du psychisme, fréquence des périodes douloureuses, diminution de la capacité de travail chez l'individu. Certains autres facteurs semblent eux seuls avoir été le facteur provoquant comme nous le verrons plus loin. Il semble, en règle générale, qu'il y ait concomitance de plusieurs facteurs[345]. » Il est à noter que si le médecin ici essaye de produire une symptomatologie des cas à travers lesquels les signes de la suicidalité se manifestent, en aucun cas il nomme une pathologie précise, preuve de la difficulté théorique à circonscrire le caractère pathologique de la « crise suicidaire », bien que l'on puisse déduire de la description étiologique qu'en fait ici Claude Ranvoisé que nous avons à faire à des cas marqués par des formes de dépression plus ou moins majeures. D'ailleurs dans la division qu'il propose des éléments pathologiques favorisant le suicide, il différencie les « antécédents pathologiques non-mentaux » comme le cas des personnes cardiaques et les « antécédents pathologiques mentaux » qui ont pour particularité de comprendre, selon ce médecin, une « clientèle [qui] comporte une forte proportion de petits mélancoliques et dépressifs[346]. »

---

[344] p. 89.

[345] *Ibid.*, p. 91.

[346] *Ibid.*, p. 93.

Pour finir, l'analyse que nous avons fourni de l'étude de Claude Ranvoisé nous permet de comprendre que le savoir construit par le personnel de santé autour de la problématique de la mort volontaire, hors des murs de l'hôpital psychiatrique, est encore balbutiant dans les années 1960, il faut attendre la fin des années 1980-début des années 1990 pour observer la prise en charge de cette problématique sous l'angle des politiques de santé publique.

2) Les études sur le suicide de l'Observatoire régionales de Santé depuis la fin des années 1990

Premièrement, il faut noter, comme le font les chercheurs Alain Trehony et Jacques Chaperon en 1991 dans la revue *Sciences de la Société*, que l'« Observation régionale de la Santé » débute avec la loi de décentralisation de 1983 qui transfert plusieurs compétences étatiques aux administrations départementales et régionales : « La loi de décentralisation de 1983 a transféré des tâches de surveillance sanitaire aux Conseils Généraux. Ces derniers ont à charge de veiller à la Protection Maternelle et Infantile de la population, à la prévention de certaines maladies, tel le cancer. Cependant les départements n'ont, en dehors de la PMI, aucune possibilité de peser sur l'offre de soin à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital[347]. » C'est, donc, la région qui prend en charge cette tâche d'observation, disposant à grande échelle les lignes budgétaires nécessaires pour cibler des problématiques de santé publique. A ce sujet, les deux auteurs de cet article tentent de définir et circonscrire, ce qu'ils appellent le champ de l'observation : « Dans le champ de la santé, l'observation prend un sens précis. Elle s'applique à la connaissance de l'état des santés des populations humaines à partir de différentes sortes d'indicateurs : la mortalité (analyse des causes médicales de décès), la morbidité (analyse des cas de maladie), les facteurs de risque liés à l'organisation économique et sociale et aux habitudes de vie (la société), à l'environnement écologique (la nature), enfin à

[347] TREHONY Alain et CHAPERON Jacques, « Observation régionale de la Santé », *Sciences de la Société*, n°22, 1991, p. 187.

l'organisation du système de soin (les professionnels de santé, les hôpitaux)[348]. » Parmi les acteurs de cette observation, cet article identifie la place prépondérante des médecins hors du système hospitalier comme nous venons de le mettre en valeur précédemment, mais aussi à l'intérieur de l'hôpital comme nous allons le voir ou encore les services d'action sociale, universitaires, mais aussi la médecine scolaire. Comme le note les deux chercheurs, les Observatoires régionaux de Santé (ORS) prennent, d'abord, une forme associative, en prenant à la fois appuie sur les outils statistiques de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et en s'appuyant sur le maillage institutionnel déjà présent sur le territoire comme les Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) : « Concrètement, les Observatoires associent une équipe permanente et un réseau de collaborations avec l'Université et les acteurs du système de santé. Des conventions sont fréquemment passées avec les communes, les départements, les caisses d'assurance maladie. Le programme d'activité, arrêté par le conseil d'administration, comprend globalement trois axes de travail : accroître la connaissance sur la santé des populations, analyser et informer sur les facteurs de risques majeurs, apporter des données économiques sur le secteur de la santé[349]. »

Sur cette même thématique le médecin Pierre-Henri Bréchat, spécialiste de la santé publique et de la médecine sociale, a consacré en 2004 un article, dans la revue *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)* éditée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), intitulé « Naissance et histoire de la régionalisation de la santé ». L'auteur de cet article montre notamment que les ordonnances de 1996 ont accéléré le phénomène de régionalisation de mise en place des politiques de santé publiques à travers une étude qui se veut objective des dépenses allouées à ses politiques : « Les ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise des dépenses de soins ont légitimé ce dispositif. Les [Conseils régionaux de santé] CRS a pour objet d'analyser les besoins de santé et leur évolution afin d'établir des priorités et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. Le préfet choisit parmi ces priorités celles qui feront l'objet d'une [Politique régionale de santé] PRS, ainsi que leur échelonnement dans le temps. Cette décision s'appuie sur une concertation au sein du comité régional des politiques de santé. Ce

[348] *Ibid.*

[349] *Ibid.*, p. 189.

dernier est composé par les représentants des principaux décideurs impliqués dans l'impulsion et le financement des politiques de santé : directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), services de l'Éducation nationale et collectivités territoriales régionales et départementales[350]. » L'établissement des cibles prioritaires de l'ORS résulte de la volonté à l'échelle de cibler telle problématique de santé publique parce qu'elle se montre statistiquement supérieure à la moyenne nationale : « Une vingtaine de priorités ont été mises en œuvre sous forme de PRS. Une fois que les membres du jury de la CRS ont fait connaître leurs conclusions au préfet de région, celui-ci détermine les sujets, et leur nombre, sur lesquels il estime opportun que soit lancé un PRS. Aucune règle n'a été imposée pour ce faire. Pour les priorités régionales, il est important de constater que peu de régions se sont référées au critère de prévalence des pathologies mais que, en revanche, la situation défavorable de la région par rapport à la moyenne nationale pour un problème de santé donné a souvent été un critère déterminant pour faire de ce problème une priorité régionale. Par ailleurs, les régions ont plutôt retenu des programmes pour lesquels elles pressentaient qu'une meilleure coordination des acteurs locaux et une plus grande place accordée à la prévention auraient une influence significative[351]. » Nous avions vu à cette occasion dans le chapitre 4 que l'objectif fixé par l'ORS en 1998 était de réduire la part du suicide dans la région de 20 % pour ramener le nombre de suicide pour 100 000 habitants au standard national.

Dans l'ouvrage *Le suicide et sa prévention : Emergence du concept, actualité des programmes* en 2005, un chapitre est consacré à « Les différentes étapes d'un programme régional de santé : l'exemple de la région Pays-de-la-Loire » dans lequel il est montré qu'au début des années 1990, la région Bretagne et la région Pays-de-la-Loire ont été précurseuse dans la prévention du suicide, car ces deux régions ont un taux de suicide bien supérieur à la moyenne nationale. Le projet est lancé en 1996 comme le rappelle les documents fournis par l'ORS : « Le schéma comporte des objectifs, présente des

[350] BRECHAT Pierre-Henri, « Naissance et histoire de la régionalisation de la santé », *ADSP*, n°46, 2004, p.16.

[351] *Ibid.*, p. 17.

principes, définit une organisation, en prévoit l'évaluation. Des principes qui forment le socle de la réflexion. Ces principes ne valent pas seulement pour le système de santé ; ainsi le SROS [schéma régional d'organisation sanitaire] se situe-t-il clairement dans le cadre des schémas de services collectifs qui marquent la volonté collective et démocratique de s'organiser afin d'assurer aux citoyens les services nécessaires à leur bien-être. Les quatre principes - Qualité, Accessibilité, subsidiarité et complémentarité – sont fortement interdépendants […] Des objectifs, en nombre réduit, mais essentiels pour répondre aux besoins des patients. Le système de soin doit renforcer la responsabilité des acteurs. Celle des professionnels et des structures et de s'adapter aux besoins des patients : c'est le défi des deux premiers objectifs, qui doivent se traduire par de réelles et tangibles transformations de l'organisation des soins. […] La prévention est érigée en objectif prioritaire : il est effectivement temps que le système de soins intègre cette dimension pour devenir un véritable système de santé[352]. » Le projet ici porté s'inscrit parfaitement dans la logique de libéralisation du système de soin, entre « évaluation » des modes de prise en charge dans l'objectif de les rendre les plus efficients possibles en utilisant moins de moyens, mais aussi en centrant les soins sur le « bien-être » individuel apporté par ces derniers. La dernière phrase de la présentation de ce programme est signifiante dans la mesure où les autorités régionales mettent en balance le « système de soins » avec un « système de santé », sous-entendant que pour passer du premier au second modèle, il faut sortir du modèle hospitalier classique et promouvoir des programmes de « prévention » pour éviter tout développement pathologique dès les premiers symptômes en population générale. Cette politique tend à mobiliser un ensemble d'acteurs du soin et de la région extrêmement large sous la houlette du Professeur Chaperon, officiant à la faculté de médecine de Rennes : « Le groupe du projet, comportant vingt-six membres, a été constitué en début d'année 1997 sous la conduite d'un chef de projet. Tous étaient issus de la région des Pays-de-la-Loire : médecins hospitaliers (psychiatres, médecins intervenants auprès des détenus, médecins de santé publique), directeurs d'hôpital, personnels paramédicaux hospitaliers, représentant des services de l'Assurance maladie (Mutualité sociale agricole ou MSA, CPAM, CRAM), associations, collectivités locales (municipalités, conseils généraux), médecins libéraux, services de l'Etat (Education nationale, ministère de la santé). Ensemble, ils ont construit

[352] Archives régionales des Pays de la Loire, 477 PR 2 : *SROS (1999-2004)*, 1999, p. 7.

les objectifs généraux et spécifiques du programme ainsi que les champs d'action envisagés pour atteindre ces objectifs. Ce programme a une durée de quatre ans (1998-2002)[353]. »

Cette politique trouve diverses applications comme le notent les auteurs de ce chapitre : « citons la préoccupation partagée au niveau de chacun des départements de la région de « coller » au maximum au programme régional tel qu'il était décliné. La dimension « santé publique » du programme a été respectée : en Loire-Atlantique, avec la mise sur pied d'une « fédération de santé », en Maine-et-Loire par la création d'une stratégie d'animation avec les acteurs locaux, et dans les trois autres départements par une démarche de forum ; démarche de « forum départemental de santé » en Mayenne, mise en place d'une journée forum réunissant de nombreux acteurs institutionnels en Vendée, l'organisation d'un forum destiné aux professionnels dans la Sarthe[354]. » Ces dispositifs ont été permis par la mise en place d'étude de la part de l'ORS . Nous avons également donné des exemples concrets de mise en œuvre de ces politiques publiques à travers l'exemple du suicide des jeunes dans le chapitre 3.

Ainsi, nous venons de démontrer que l'objectivation de la question du suicide à l'échelle régionale passe par l'insertion de cette problématique au sein du champ de la santé publique et en créant des acteurs spécifiques qui peuvent observer et conseiller les pouvoirs publics sur la manière de se saisir de cet objet encore aujourd'hui.

Conclusion : La région nouveau cadre des politiques de santé publique

Nous venons de voir dans ce chapitre que ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale qu'au niveau régionale le suicide est conçu comme une problématique de santé

[353] DANIEL Juliette et RAIMONDEAU Jacques, « Chapitre 7 : Les différentes étapes d'un programme régional de santé » dans BATT-MOILLO Agnès et JOURDAIN Alain (dir.), *Le suicide et sa prévention : Emergence du concept, actualité des programmes*, Rennes, Presses de l'ENSP, 2005, p. 125.

[354] *Ibid.*

publique dont nous avons cherché à comprendre les savoirs et les acteurs qui les emploient. Il nous reste, désormais, à démontrer que ces politiques d'objectivation du suicide s'accompagnent d'une externalisation de la prise en charge des phénomènes suicidaires à travers le secteur associatif qui constitue d'un point de vue institutionnel une nouvelle étape dans ce qu'on appelle le néolibéralisme en santé. La région offre dans ce cas un nouveau cadre des politiques de santé publique.

Chapitre 8 : Les associations et la thématique du suicide : une histoire de l'après Seconde Guerre mondiale jusqu'à nos jours

Introduction : Les associations dans le champ de la santé

Sébastien Fleuret, géographe de la santé, membre du laboratoire d'Espaces et Société à l'Université d'Angers, rappelle dans un article intitulé « Les associations dans le système sanitaire et social en France : des territoires de l'invisible » et publié en 2006 dans la revue québécoise *Économie et solidarité* que des parts entiers dans la santé sont aux mains du secteur associatif et sont désormais un complément indispensable de la mise en place de politiques de santé publique : « C'est particulièrement le cas dans le domaine de l'hébergement de type médico-social (personnes âgées, personnes handicapées) dont 80 à 90 % des établissements du secteur sont en gestion associative. On observe également une grande densité d'associations dans les domaines de l'information, du conseil en santé, de l'accompagnement et du soutien des malades ou de leurs familles. Les associations œuvrent dans un contexte relativement peu coordonné, hors des aspects strictement réglementaires[355]. » Or, selon les périodes, le ministère de la santé, dont dépendent l'hôpital et le secteur médical, et celui des affaires sociales, dont dépendent les associations, peuvent être dissociés. Régis par la loi du 1er août 1901, ces entités non-lucratives font partie du maillage territorial chargé de la santé, en prenant en charge en premier lieu les causes et les populations dont l'administration et le système général ne donne pas assez de moyens pour prendre en charge intégralement ces problématiques, le suicide en fait partie : « À côté de ces chevauchements, il subsiste des zones d'ombre, des domaines desquels la puissance publique s'est retirée ou sur lesquels elle ne s'est pas encore penchée. Dès que l'on entre dans la sphère privée, l'environnement immédiat de l'individu, sa place et son rôle de citoyen-usager du système, la perception des espaces et des réseaux se brouille. Tout un ensemble d'organismes à but non lucratif a, en France, investi les deux champs d'interventions dans lesquels les institutions ne sont pas ou peu présentes : la fédération des « bonnes volontés » et le comblement des vides

[355] FLEURET Sébastien, « Les associations dans le système sanitaire et social en France : des territoires de l'invisible », *Economie et solidarité*, n° 36, 2006, p. 107.

institutionnels[356]. » Au début des années 2000, ces associations sont omniprésentes mais couvrent des domaines extrêmement larges allant de l'humanitaire à la santé mentale, en passant par l'action sociale, un exemple que nous pouvons donner est celui de la Croix Rouge. Le chiffre que donne Sébastien Fleuret, bien qu'imprécis, nous montre la puissance du secteur associatif dans le milieu de la Santé : « Une étude du Journal Officiel, registre légal de déclaration des associations nous fournit l'estimation suivante : environ 40 000 associations œuvrent en France dans le champ élargi de la santé. Une étude récente de l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE) estime que 25 % des associations françaises œuvrent à des degrés divers dans le champ élargi de la santé[357]. »

Dans un article daté de 2002, Evelyne Diebolt, historienne spécialiste du genre et de la vie associative, tente de retracer la généalogie le développement des associations, tout au long du XXe siècle, dans le secteur médico-social. Du point de vue de l'histoire des femmes, elles montrent que celles-ci se sont emparées de ces formes d'engagement, faute de disposer au début du XXe siècle de droits politiques spécifiques. Dans un contexte de laïcisation de la vie politique, l'Église investit le secteur associatif pour tenter de continuer à influer sur les mentalités dans la société. L'un des exemples que nous avons développé dans le chapitre 3, dans le secteur de l'éducation, est celui du Bon Pasteur qui à travers la mission de la rééducation d'une jeunesse dit « déviante » défend et transmet des valeurs religieuses dans un cadre où l'Eglise a totalement la main. Pour autant, l'Etat permet la garantie d'une diversité d'associations, quelles que soient leur orientation confessionnelle ou leur absence. Le point commun entre ses associations ou « œuvres » comme on les appelle au début du XIXe siècle, c'est qu'elles dépendent toutes pour la plupart de la générosité de leurs adhérents ou d'importants donateurs, c'est le propre de la philanthropie. A cela s'ajoutent les subventions de l'Etat, participant à un déplacement des ressources de la puissance publique vers le secteur privé : « Ces associations vivent avec des fonds privés de la philanthropie (É. Diebolt, 2001). Ces femmes pionnières ont su faire croître ce secteur médico-social en fondant des institutions variées et originales : elles ont ouvert des Maisons sociales, telle l'Union familiale de Charonne (UFC) (1894)

---

356 *Ibid.*

357 *Ibid.*, p. 109.

; la Résidence sociale de Levallois-Perret (RSLP) (1908) ; des hôpitaux-écoles : l'Association pour le développement de l'assistance aux malades (ADAM) (1900) à Paris, la Maison de santé protestante de Bordeaux (MSP) (1901), l'hôpital-école Ambroise-Paré de Lille (1921)[358]. » Même non-lucratif, cette appuie de l'Etat à des forces émanant de la société civile constitue, une fois instituée dans les années 1970, une pierre angulaire du néolibéralisme.

Le sociologue Frédéric Pierru consacre, d'ailleurs, en 2002 un article sur « La santé au régime néolibéral » met en exergue un paradoxe important et constitutif de l'éthique néolibéral, le marché pour légitimer le fonctionnement d'une société capitaliste et contemporaine tend à se donner des apparences humanistes. Il s'approprie des pans entiers de la politique sociale auparavant réservés à l'Etat pour à la fois « rationaliser » et réduire le coût de ses politiques en fixant ses missions entre les mains de bénévoles et en mettant les associations en concurrence. Mais il vise aussi à montrer qu'il est possible de se passer pour ce qui ne concerne pas le régalien de forces étatiques étendues au profit de logiques individualistes visant le bien-être supposé des « patients » dans leur environnement : « L'État néolibéral est un État réorganisé selon une rationalité politique qui attaque frontalement la substance et l'organisation des expertises professionnelles de l'État social (celles des professions de la santé et du « social »), dont elle conteste de surcroît le soubassement axiologique (le professionnalisme, le sens du service public, le désintéressement, etc.) ; il leur substitue de nouveaux modes de subjectivation (le « consommateur », le « prestataire » de soins), des modèles de comportements (utilitaristes) et de relations (contractuelles et monétarisées) inédits, équipe la rationalité des acteurs de nouveaux dispositifs que sont des règles de comptabilité (analytique), des mécanismes d'allocation des ressources (la « T2A »), des standards (les références médicales opposables) ou des indicateurs de performance (des palmarès hospitaliers) dans le but d'orienter à distance leur conduite dans le sens souhaité, à savoir principalement la maîtrise des coûts[359]. » Par conséquent, le néolibéralisme modifie en profondeur la relation des populations au secteur de la santé, en y introduisant une dimension théorique

[358] DIEBOLT Evelyne, « Utile, utilitaire, utilisé… Naissance et expansion du secteur associatif sanitaire et sociale (1901-2001) », *Connexions*, 2001, n°77, p.8.

[359] PIERRU Frédéric, « La santé au régime néolibérale », *Savoir/Agir*, n°5, 2008, p. 19-20.

et mécanique dans laquelle les entités de prise en charge, les protocoles, doivent devenir interchangeables et mobiliser le moins de ressources possibles. Toutefois, cette logique, rappelle le chercheur, ne veut pas dire l'abandon d'une dimension étatique de l'organisation du secteur du soin. C'est, au contraire, l'assujettissement de ce secteur aux standards du privé et du marché organisés par l'Etat en permettant la conjonction de plusieurs secteurs dont celui de la médecine classique et des associations : « La rationalisation gestionnaire, contemporaine de l'affirmation de « payeurs » (État, caisses, assureurs) décidés à maîtriser les coûts et à améliorer la qualité des soins, est partiellement antinomique du modèle professionnel qui conçoit la médecine comme un art s'exerçant sur un mode individuel dans un cadre indépendant. Rendre les pratiques médicales plus « rationnelles », plus prévisibles, plus « efficientes » et si possible plus rentables suppose d'insuffler l'esprit du capitalisme dans un monde qui s'est historiquement construit contre lui. Et contrairement à ce que prétendent les hérauts du néocapitalisme, toujours prompts à mettre en avant la libération apportée par les nouvelles formes de management, ce « gain » en rationalité ne peut être acquis que par l'extension de la bureaucratie (même si cette dernière prend des formes renouvelées par rapport au modèle wébérien) et le renforcement de la surveillance des individus[360]. » Autrement dit, le néolibéralisme, loin de vouloir la disparition de l'Etat, tend au contraire à compléter ce dernier, en mettant en avant la complémentarité entre secteur public et secteur privé et en employant des outils visant à leur harmonisation et que nous avons déjà présenté comme la statistique ou encore les savoirs issus de l'Université, de l'administration et tirés empiriquement de l'action sur le terrain auprès des populations des acteurs du soin.

Pour s'imposer les associations tendent de construire leur action en amont du parcours de soin, c'est la modalité de la prévention qui s'impose alors avec l'objectif en prenant le mal à la racine de désengorger les unités des soins et d'abaisser les coûts de prise en charge : « Les types d'aide proposés par les associations sont extrêmement variés. Un des plus importants est la prévention. Pour ce faire, elles se livrent à des enquêtes sociales, étudient les conditions de vie des populations et leurs besoins, et organisent des actions à moyen terme d'éducation sanitaire, ménagère, culturelle. Des conseils

[360] *Ibid.*, p., 21.

juridiques peuvent être distribués dans les associations[361]. » Cette mutation de l'action sociale qui se veut au plus près des populations se construit, selon l'historienne Diebolt, dès la Première Guerre mondiale, à travers les mutilés de guerre et les soldats traumatisés dont l'Etat a du mal à permettre la réintégration à l'intérieure de la vie civile, les fameuses « gueules cassés ». Les associations servent, alors, de palliatif à ce manquement, en servant de société de secours à ces populations démunies et désintégrées socialement : « Un tel travail ne s'improvise pas, il est largement préparé dans les écoles, dont les visées affichées sont de s'attaquer à l'ensemble des grands problèmes sociaux, à la *question sociale*[362]. » Ainsi, en prenant à bras le corps ces problématiques, les associations participent à la régulation de l'ordre social, en assumant une logique assistancielle, en complément des circuits classiques des pouvoirs publics. Ce n'est, donc, pas un hasard si les politiques publiques qui s'adressent au suicide prennent pour axe de développement principal le secteur de la prévention des risques suicidaires, de même pour le secteur associatif comme nous allons le voir, parce qu'elles tentent de conjuguer réduction des coûts et gestion optimale des comportements des populations à leur charge.

Or, procéder de manière à intégrer le suicide parmi les problématiques de santé publique résulte d'une dimension éthique et de philosophie morale que nous avons déjà mis en exergue à travers les travaux de Michel Foucault : la « biopolitique ». Comme le suggère le philosophe Emmanuel Renault dans un article en 2008 de la revue *Multitudes*, la biopolitique se veut la continuité idéologique du néolibéralisme dans sa façon de déployer les acteurs sociaux dans l'optique de gérer et de prolonger la vie des individus. La biopolitique, de fait, considère ces dernières dans leur majorité comme autant d'existence productrice nécessaire au développement de la société et que l'arrêt brutal et unilatéral de ces vies représente un coût négatif pour ce même corps social : « La gouvernementalité libérale se définit comme une conduite des libertés, elle se propose tout à la fois de développer les libertés et de les contrôler à partir de leurs conditions, ce qui la conduit à prendre en charge les individus dans les différentes sphères de leur existence, de leur naissance à leur mort[363]. » D'un point de vue historique Emmanuel

[361] DIEBOLT Evelyne, *Ibid.*, p.8-9.

[362] *Ibid.*, p. 10.

[363] RENAULT Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du néolibéralisme », *Multitudes*, n°34, 2008, p. 196-197.

Renault reprend le commentaire de Foucault selon lequel la biopolitique trouve son apogée dans la deuxième partie du XXe siècle, en construisant une approche de plus en plus individualisée des questions de santé : « Il [Foucault] a expliqué comment, par la suite, une nouvelle biopolitique s'est mise en place dans la deuxième moitié du XXe siècle dont l'enjeu était davantage de présenter l'État comme étant au service de la santé des individus. A la lumière de ce renversement, et au vu de la relative inefficacité des politiques de santé publique, on peut conclure que les institutions de santé publique doivent sans doute être considérées comme les éléments d'une « bio-légitimité » plus que comme des techniques de contrôle et de normalisation sociales. Parler de bio-légitimité revient à désigner un ensemble de valeurs utilisées pour légitimer l'ordre social et son mode d'organisation politique, et c'est aussi prendre en compte la possibilité que ces valeurs puissent être utilisées comme instance de légitimation de positions politiques divergentes[364]. » Emmanuel Renault en conclut, donc, que les éléments de rationalisation présentés par les pouvoirs publics comme efficient et allant de le sens du progrès scientifique sont, en réalité, des éléments de discours visant à légitimer l'entrée du néolibéralisme en santé.

C'est dans cette perspective d'interroger le rôle des associations dans la transformation de l'action publique, en accompagnant le néolibéralisme et en participant à la réalisation de la biopolitique, que nous allons dans un premier temps nous interroger sur le rapport qu'entretiennent les associations en région Pays-de-la-Loire à la prise en charge du suicide, pour ensuite faire un focus sur une réunion publique organisée par l'association *Préférer Vivre* en Sarthe en 1993 et auxquels plusieurs personnalités politiques ou publiques ont participés.

1) Les associations et le suicide en région Pays-de-la-Loire dans la deuxième partie du XXe siècle

A l'échelle mondiale, la première association consacrée à la prévention du suicide date de 1953. Elle est l'oeuvre d'un prêtre anglican du nom de Chad Varah et porte le

[364] *Ibid.*, p. 204.

nom *Samaritans*, en référence à un passage de l'*Evangile de Luc* dans lequel un samaritain vient aider sans arrière-pensée un voyageur en détresse. En 1977 dans la revue médicale *The Lancet*, le psychiatre Brian Barraclough, un des promoteurs de la suicidologie, le psychiatre C. Jennings, ainsi que le docteur Robert Moss, chercheur à l'Université de Nottingham, ont réalisé une enquête sur l'impact de l'association des *Samaritans* sur la suicidalité au Royaume-Uni[365]. Nous apprenons, par exemple, dans cet article, que l'association s'est rapidement développée dans tout le pays, comptant pas moins de cent-soixante-cinq centres en 1975, recueillant, cette même année, près d'un million d'appels. A partir de 1974, Chad Varah développe une association internationale du nom de *Befrienders Worldwide* et qui aujourd'hui établi dans trente-deux pays différents.

C'est sur ce même modèle qu'a été créée l'association SOS Amitié en 1960 par le pasteur Jean Casalis et le mécène Georges Lillaz. Cette association vise alors à venir aux personnes seuls et en détresse, ainsi qu'aux suicidants, elle est reconnue d'utilité publique par l'Etat français en 1967. Toutefois, l'association qui garde secret l'identité de ses écoutants et ne dispose pas d'archives des appels recueillis comme le prévoient ses statuts, rendant ainsi notre enquête d'autant plus compliquée, nous ne disposons pas de chiffres sur la prise en charge des suicidants dans les années 1960-1970. Or, dans une étude interne réalisée en 2022, cette problématique est belle et bien mise en avant par l'association, en déclarant que sur l'ensemble du territoire français, 12 % des appels contre 16 % en 2021 concernait la problématique du suicide et ce chiffre monte à 27 % des échanges par chat anonyme contre 23 % en 2021 ou encore 25 % des emails en 2022, contre 30 % en 2021[366]. Néanmoins, ces chiffres particulièrement conséquents sont à nuancer dans le contexte résultant de la pandémie de Covid-19. Là où nous pouvons être plus affirmatif, c'est dans la communication que l'association met en avant pour se faire connaître où le sujet du suicide est présenté comme un élément central de son action, en témoigne la description qu'en fait le journaliste à travers un cas qui se veut sensationnel, sept mois après l'ouverture de locaux dans la ville en mai 1979 : « Créé en Mai, le bureau

[365] BARRACLOUGH Brian, JENNINGS C., MOSS Robert, « Suicide prevention by the Samaritans : A Controlled Study of Effectiveness, *The Lancet*, vol. 30, n°8031, 1977, P ; 237-239.

[366] « 13e édition Observatoire SOS Amitié des souffrances psychiques 2022 », Paris, SOS Amitié, 2023, p. 5-12.

angevin d'S.O.S. Amitiés a reçu 99 appels en Juin, 136 en Juillet 204 en Août, 223 en Septembre. Un appel sur trois au moins émane d'un jeune, 40 % d'hommes, 60 % de femmes. « Un soir, vers 22 heures, relate une écoutante d'une autre antenne d'S.O.S., une jeune femme appelle : « Je vais mettre fin à mes jours, tout est prêt ma décision est ferme et définitive. Voulez-vous me rendre un service ? Demain matin, après 9 heures, vous téléphonerez au numéro que je vais vous donner, c'est le numéro du bureau où mon père travaille. Vous lui direz que je me suis suicidée ». Pour respecter l'anonymat, j'ai dû lui refuser d'accéder à sa demande (...). Inutile de dire combien ce refus m'a coûté. A ma grande surprise, le lendemain, je trouvais une petite note d'un écoutant du matin : « la personne qui avait appelé hier soir (...) demande qu'on prévienne son écoutante pour la remercier : le fait de savoir que la commission ne serait pas transmise l'a empêchée de passer à l'acte, elle ne s'est pas suicidée[367]. » A Angers, 16 personnes ont mis fin à leurs jours, l'an dernier. Deux d'entre elles avaient moins de 20 ans, cinq étaient âgées de 20 à 30 ans, trois de 30 à 70 ans et six avaient plus de 70 ans. Dans le même temps, le Service des Urgences du Centre Hospitalier d'Angers avait reçu plus de 1.000 personnes ayant tenté de se suicider, soit en moyenne, trois par jour[368].” Dans le corps de l’article, qui est une interview sous couvert d’anonymat d’une bénévole de SOS Amitié, le public ciblé par l’association appartient typiquement au champ médico-social, des populations cumulant précarité et solitude le plus souvent : “Beaucoup de femmes seules dans la journée, des étudiants, parfois étrangers, perdus dans la ville qui n'ont aucun ami. Des personnes âgées, la nuit, des femmes mises à la porte de chez elles ou des maris jaloux, des gens au bord du suicide…[369]”. A la différence de l’hôpital, en raison de l’anonymat, l’association ne propose pas de prise en charge médicalisé directement, il s’agit plutôt de la recherche d’un dialogue avec les appelants en détresse, d’une manière non directive qui dans sa mise en œuvre rappelle la méthode psychanalytique : “ [Journaliste :] J'imagine que, dans les cas extrêmes, vous intervenez ? [Bénévole :] La police, un médecin... Non jamais, à moins que la personne nous le demande expressément. Cela ne servirait à rien ou la sauverait peut-être, mais ce ne serait pas une thérapeutique, ses problèmes demeurant entiers. L'écoutant ne donne pas de conseils, n'est pas directif. Jamais, nous ne répondrons à la question « que dois-je faire ? ». Nous posons au contraire

[367] « Les écoutants d’SOS Amitiés attrapeurs de bouteille à la mer » dans *Vivre à Angers*, n°29, 1979, p. 19.
[368] *Ibid.*

[369] *Ibid.*

d'autres questions qui, peu à peu, amènent l'appelant à trouver lui-même la réponse. Voilà notre rôle : d'abord ramener la personne au calme lorsqu'elle est en état de grande crise, puis la faire réfléchir, la laisser envisager d'autres portes de sorties[370].” La particularité de SOS Amitié est donc de se différencier des modes d’intervention classiques des pouvoirs publics en cas de crise suicidaire dans une démarche qui se veut la plus indolore possible et centrée d’abord sur le contact social et humain, plutôt qu’une démarche de nature psychiatrique qui passe par le secours, l'enfermement, voire le traitement médicamenteux. Ainsi, l’adresse de ces locaux, jusqu’à la fin des années 1990, était inconnu sauf pour les services de la mairie qui les lui accordent : à Nantes, il existe un local depuis 1979, et au Mans, il existait un local entre 1999 et 2012.

D’autres associations se sont formées autour de cette question et se sont rassemblées dans certains départements, comme le Maine-et-Loire, dans des collectifs inter-organisations comme Prévention suicide 49. Nous allons désormais nous intéresser à la manière dont milieu associatif et politique peuvent interagir à travers l’exemple de l’association « Préférer Vivre ».

2) Préférer Vivre : une rencontre publique du 12 août 1993

La rencontre publique a pour but d’inaugurer les débuts de la mise en œuvre de l’association, elle a lieu à l’Abbaye Royale de l'Epau à Yvré-l’Evêque, dans le diocèse du Mans, le 12 août 1993. En guise d’introduction, elle se donne les buts suivants : « A partir de constats et d’observations effectués sur le terrain, en tenant compte des études et actions déjà réalisées sur le suicide en Sarthe, en France et ailleurs, et, avec l’analyse précise de son évolution sur le département, cette association a pour but : - d’élaborer des hypothèses d’actions préventives - d’en définir et d’en créer les méthodes d’application - de coordonner et de développer leurs réalisations. Pour parvenir à cet objectif, l’association accueillera le plus grand nombre de partenaires motivés, à titre personnel,

[370] *Ibid.*

professionnel, associatif… pour se mobiliser contre ce fléau[371]. » Par les objectifs ici fixés, nous sommes face à un cas où l'association se substitue à la fois au service public dans sa mission de recherche, mais aussi d'action sociale concrète sur le terrain. Cette réunion est placée sous le patronage de Anne Fillon, historienne moderniste et surtout mère de l'homme politique François Fillon : « Sa publication a été décidée à la suite de témoignages, tel celui de Madame Anne FILLON, Professeur, Directeur du C.U.E.P., qui présente parmi nous, ce soir du 29 Novembre 1993, à l'Abbaye de l'Epau[372]." Parmi les éléments avancés pour justifier cette réunion, le sous-préfet de Sarthe alors en poste, Bertrand Riou utilise un élément de comparaison mainte fois utilisé par les autorités celui des accidents de la route : « Le bilan de la route, cruel, pour l'année 1992 était de 99 tués, et vous savez toute l'action que nous déployons pour enrayer cette hécatombe. Savez-vous que durant cette même année 1992, c'est 150 Sarthois, jeune ou vieux, hommes ou femmes, qui ont décidé de se donner volontairement la mort : un bilan de 50 % supérieur à celui des tués sur la route et, tout ceci, dans l'indifférence générale[373]. »

Déjà en 1989, preuve de l'intérêt porté à la question une conférence sous le thème « Solitude – Suicide » avait été organisé par le département. Le suicide des jeunes alerte particulièrement les autorités comme en témoigne le Procureur de la République, Monsieur Thin lors de la réunion d'inauguration de Préférer Vivre : « Le Parquet est lui, peut-être, plus particulièrement concerné sur un point qui est celui des mineurs, même si fort heureusement ils ne sont pas très nombreux mais ils sont quand même beaucoup trop nombreux à se suicider. Il est certain qu'au titre de l'ensemble de ses missions le ministère public a aussi la protection des mineurs dans un sens large : le Parquet, les tribunaux, les juges pour enfants n'interviennent pas seulement en matière de délinquance mais également de protection »[374]. C'est donc sous un angle paternaliste qu'ici est appréhender le suicide des jeunes où l'intervention social est justifié par la tutelle de l'Etat sur les plus jeunes. Monsieur Thin compare, d'ailleurs le suicide à la délinquance qu'il décrit comme une autre forme de « suicide social » ou pour reprendre le mot de Durkheim, une forme

---

[371] Centre de documentation de l'Observatoire régionale de santé des Pays de la Loire, F5.9 : RIOU Bertrand (dir.), *Préférer Vivre : Recueil des interventions*, Le Mans, p. 2.

[372] *Ibid.*, p.3.

[373] *Ibid.*, p. 4.

[374] p. 14.

d'anomie. La solution qu'il propose est la formation d'entités publiques ou de types associatifs qui mêlent éducation et santé. Dans son intervention, François Fillon, alors ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, ainsi que Président du conseil général de la Sarthe présente l'association comme un prolongement de l'action publique : « A tous les niveaux de ce cheminement, qui précède le suicide, les familles, les acteurs sociaux qu'ils soient publics ou privés. C'est aussi en poursuivant cet objectif que nous avons voulu réorganiser le service départemental afin de rendre les assistantes sociales plus proches et plus disponibles[375]. » D'un point de vue socio-économique comme nous l'avions évoqué, l'homme politique de tendance conservatrice présente le suicide comme coût moral et social subi par la collectivité : « Je souhaiterais, également, insister sur l'une des conséquences du suicide, que l'on évoque le moins : il s'agit du coup supporter par la collectivité. [...] Il y a encore pour la collectivité la perte de ce qu'elle a consacré à former, assurer et protéger la personne qui se suicide. Si j'évoque ce coût collectif du suicide, ce n'est pas par volonté de tenir ce qui pourrait apparaître comme une comptabilité morbide, mais bien parce qu'il appartient à la communauté dans son ensemble de saisi cette importante question[376]. » Le coût lié au suicide est ici sous forme de diptyque entre l'investissement qui a été fait dans l'éducation et l'insertion social de l'individu par la collectivité et de l'autre la perte de productivité pour la société qui résulte de sa mort.

Ainsi « Préférez Vivre » est un projet ambigu qui laisse une large place au politique et participe à la réduction des coûts de l'action publique en mobilisant des bénévoles sur des tâches de prospection des risques sociaux présentées par les suicidants, ainsi qu'en assurant une forme d'intervention social auprès de ces populations dites à risques.

Conclusion : Le modèle associatif au cœur du néolibéralisme en santé

Les modes d'intervention autour du suicide de la part des associations varient grandement, entre une structure d'Ecoute comme SOS d'Amitié et de projection et

[375] *Ibid.*, p. 42.

[376] *Ibid.*, p. 43.

d'action social comme Préférez Vivre. Toutes deux participent, cependant, à pallier les manques des pouvoirs publics en usant un minimum de moyens pour arriver à leurs fins, le propre du néolibéralisme en santé.

Conclusion générale de la partie III :

Nous avons démontré que depuis la Seconde Guerre Mondiale de nouveaux acteurs dans la lutte du suicide se sont développés à travers la problématique de la santé publique. Celle-ci s'inscrivent dans la manière d'extérioriser les coûts liés à la prévention, ce sont des acteurs du néolibéralisme en santé et c'est en ce sens qu'ils introduisent un nouveau rapport aux individus et à leur existence.

CONCLUSION GENERALE DU MEMOIRE :

Nous avons vu que la lutte du suicide au XXe siècle s'inscrit dans des nouvelles formes de gouvernementalité dans la mesure où les sociétés contemporaines perçoivent la vie comme horizon indépassable, c'est en ce sens que le suicide est perçu comme une transgression. Pour y faire face, le néolibéralisme et la biopolitique ont été deux tendances importantes des politiques publiques au XXe siècle.

D'un point de vue socio-historique, comme nous l'avons vu dans la première partie, la lutte contre le suicide trouve sa genèse dans le champ des « institutions totales ». En effet, la surveillance qui règne dans ses institutions, ainsi que la promixscuité de ses acteurs, favorise la documentation de conduites à risques dont le suicide. Nous avons en ce sens investiguer les logiques propres au champ carcéral et psychiatrique en région Pays de la Loire pour comprendre les spécificités et les évolutions de ces deux institutions. L'intérêt également d'étudier ce type d'institutions, c'est que par le mode de gestions des risques, elles ciblent des catégories à part entière de la population qui sont suicidogènes comme la jeunesse qui devient un objet à part entière des politiques publiques au XXe siècle.

D'un autre côté, ces modes de gestion du suicide ont été élargis à la population générale à travers le développement d'outils visant à objectiver les politiques de luttes contre le suicide comme la statistique ou le savoir de terrain ou universitaire, mais aussi des structures de communication spécifique comme la presse.

Enfin, nous avons posé la question de la régionalisation et l'importance croissante du champ associatif comme des étapes importantes de la rationalisation des politiques de « santé publique ». Désormais, d'autres questions de « bioéthique » sont actuellement en discussion comme la loi portant sur le droit « à mourir en dignité » en France. A ce sujet, comme sur la question du suicide, il ne faut pas réduire à la seule dimension de santé publique ces questions, au risque de pathologiser ou d'individualiser des choix, des rapports à l'existence déterminer par des déterminismes sociaux extrêmement forts. C'est en ce sens que plusieurs associations touchant aux personnes atteintes par un handicap

sévère ou non s'inquiètent du traitement des questions de « bioéthique » sous l'angle médical sans poser la question de savoir si le fait de vouloir en finir n'est pas intrinsèquement lié aux conditions de vie, à la stigmatisation de personnes dont l'intégration sociale est compliquée.

Cette emprise du discours médical sur les thématiques de la fin de vie, la chercheuse en ergothérapie, Marie-Josée Drolet le dénonce sous le terme « sanisme ». Elle donne même un nom spécifique aux discriminations et aux regards réprobateurs qui entourent les pratiques suicidaires, le « suicidisme » : « Parmi les personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent de la majorité se trouvent les personnes ayant des idées suicidaires. Néologisme créé par Baril, le suicidisme correspond à un système de croyances et d'oppression suivant lequel les personnes ayant des idées suicidaires sont jugées négativement et pathologisées, de même que confrontées à des injonctions à la vie et à la futurité. Il est nécessairement anormal d'avoir de telles idées. Celles-ci doivent être éliminées, car elles révèlent un fonctionnement mental ou psychique déficient, pathologique. Le suicidisme, qui domine en santé et services sociaux, manifeste une perception foncièrement négative des personnes suicidaires, de leur discours et de leur vision de la mort, lesquels sont d'emblée jugés irrecevables, irrationnels et infondés. En tant que système qui dévalue les perceptions, les actions et les discours des personnes ayant des idées suicidaires, le suicidisme invalide les paroles et les expériences de ces personnes, nuisant paradoxalement et fort probablement comme le note Baril à la prévention du suicide, à l'accueil de leur souffrance et à la crédibilité accordée à leur vécu expérientiel[377]. » Pour y remédier la chercheuse prône une meilleure formation des soignants et de la population à ces problématiques. Or, est-il possible dans un système social où la vie et son caractère productif sont le cœur des dynamiques contemporaines et la mort, par ricochet, un tabou indépassable, de considérer le suicide à travers un axiome beaucoup plus compréhensif des trajectoires individuelles des suicidants ?

[377] DROLET Marie-Josée, « Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé », *Revue canadienne de bioéthique*, Volume 5, n°4, 2022, p. 91-92.

ANNEXES

ANNEXE 1 : SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDES A FONTEVRAUD (1897-1920)

	A	B	C	D	E	F
1	Nom	Prénom	Age	Date/Heure	Circonstances	Condamnation et autres
2	Rogé	Joseph	néant	2 mars 1900/6:50	tentative de suicide en cellule	Vient de Brest
3	Gruel	néant	néant	07/07/1914/dans la soirée	tentative de suicide en cellule (simulé d'après le gardien)	Pas d'informations complémentaires
4	Hoffman	Louis	néant	28 juillet 1912	tentative de suicide en cellule (semble anxieux)	5 ans de prison/10 ans d'interdiction de séjour pour vol (Cour d'Appel de Pau).
5	Huchet	Emile	néant	7 février 1916	suicide par pendaison dans un quartier de l'infirmerie	Pas d'informations complémentaires
6	Paulet	Charles	néant	6 juin 1916/7:30	tentative de suicide sur la Tour Evrault (saut dans le vide)	6 ans de prison pour vol et port d'armes (Tribunal Correctionnel d'Orléans)
7	Couret	Jean-Marie	19 ans	5 juin 1917/19:45	tentative de suicide en cellule	Pas d'informations complémentaires
8	Philippe	Camille	néant	9 juillet 1917/4:45	tentative de suicide en cellule	5 ans de prison pour atteinte à la pudeur avec violence (Cour d'Assise de la Gironde le 18 juillet 1915).
9	Buts	Charles	20 ans	9 août 1917/18:40	tentative de suicide à la galerie de l'Est (saut dans le vide)	Prévenu militaire
10	Duchêne	Joseph	22 ans	13 septembre 1917/20:00	tentative de suicide en cellule	2 ans de prison pour vol (condamné par la Cour d'Appel de Nancy, le 6 octobre 1918).
11	Arrou	Louis	néant	11 décembre 1917/11:50	suicide par strangulation en cellule	30 jours de cellule par récrimination
12	Patay	Pétrus	néant	5 mai 1918	tentative de suicide dans un quartier de l'infirmerie	condamnation à mort commuée en 15 ans de prison (Conseil de Guerre de la 19e Région)
13	Desbrosse	François	37 ans	29 avril 1919	tentative de suicide dans un quartier de l'infirmerie (à l'aide d'un couteau)	5 ans de prison + 15 ans de travaux forcés (Conseil de Guerre de la 19e Région)
14	Durafbourg	Claude	néant	17 mai 1918	tentative de suicide en cellule	4 ans de prison (10 ans d'interdiction de séjours).
15	Fabre	Fernand	néant	15 juillet 1918	tentative de suicide dans un quartier de l'infirmerie	Avait attrapé la gale
16	Bono	Ernest	néant	25 juin 1918	tentative de suicide dans un quartier disciplinaire	quartier disciplinaire pour avoir frappé son codétenu
17	Guillerot	Marcel	néant	1er septembre 1907	tentative de suicide	inculpation pour vol
18	Loiret	Paul	23 ans	21/10/1907/18:00	tentative de suicide à l'aide d'un couteau sur lieu de travail (aliéné)	inculpation pour vol
19	Plantais	Jean	19 ans	30 octobre 1917/6:00	tentative de suicide par strangulation en cellule	deux ans de prison pour vol et cinq ans d'interdiction de séjour pour port d'armes (Cour d'appel de Rennes/écroué à Cholet le 21 octobre 1907)
20	Colitte	Célestin	néant	néant	tentative de suicide	Pas d'informations complémentaires
21	Pousse	Raoul	néant	20 octobre 1908/5:30	tentative de suicide par strangulation en cellule	cinq ans de prisons et interdiction de séjour pour émission de fausse monnaie (condamnation le 10 août 1904)
22	Brittl	néant	néant	néant	tentative de suicide	Pas d'informations complémentaires
23	Henzé	Etienne	néant	néant	suicide par la fenêtre du réfectoire	Pas d'informations complémentaires
24	Garcia	Antonio	néant	néant	suicide par strangulation en cellule	Pas d'informations complémentaires
25	Mabre	Louis	néant	néant	tentative de suicide	quatre mois de prisons pour coups volontaires (Cour d'appel d'Angers, 4 juillet 1907)
26	Gillet	Marie	32 ans	néant	suicide par strangulation en cellule	condamnée à six mois de prison pour vol et tentatives de vol (Tribunal correctionnel de Cholet, 23 février 1907).
27	Quillen	Henri	néant	néant	suicide	Pas d'informations complémentaires
28	Boutin	Jules	néant	néant	tentative de suicide	Pas d'informations complémentaires
29	Mornier	Julien	néant	néant	suicide par strangulation	pas d'informations complémentaires
30	Séraudour	Eugène	néant	néant	suicide par strangulation	pas d'informations complémentaires
31	Pauvert	Eugène	néant	néant	suicide par strangulation	pas d'informations complémentaires
32	Dapernay	Ernest	néant	néant	tentative de suicide en se jetant dans le vide	pas d'informations complémentaires
33	Gerbault	Alphonse	néant	néant	suicide	pas d'informations complémentaires
34	Roger	Marcel	14 ans	20 janvier 1903/14:00	suicide par strangulation sous le préau	arrêté pour vol (maison d'arrêt de Baugé)
35	Perrot	Corentin	néant	néant	tentative de suicide par strangulation	pas d'informations complémentaires
36	Prichet	néant	néant	néant	suicide	ancien soldat
37	Brault	néant	néant	néant	tentative de suicide	pas d'informations complémentaires
38	Aligner	Hippolyte	néant	néant	tentative de suicide par strangulation	pas d'informations complémentaires
39	Chardin	néant	néant	néant	tentative de suicide par strangulation	pas d'informations complémentaires
40	Piest	Octave	néant	néant	tentative de suicide par empoisonnement	pas d'informations complémentaires
41	Siperault	néant	néant	néant	tentative de suicide par strangulation	pas d'informations complémentaires
42	Rossy	Albert	néant	néant	tentative de suicide par strangulation	anarchiste, 5 ans de prisons pour vol (Cour d'Assise du Loiret, 23 décembre 1911).
43	Goude	néant	néant	néant	tentative de suicide	filouterie d'aliments
44	Brugère	néant	néant	néant	tentative de suicide par strangulation	pas d'informations complémentaires

ANNEXE 2 : SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE A L'ASILE DE SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE (1910-1911)

	Nom + Nom du mari/Prénom	Genre	Profession	Statut marital	Date du naissance	Date du décès	Âge lors du Trépassement	Lieu du décès	Aliénés	Date du début du Trépassement	Date du fin	Date du décès	suicide/tentative/idées	Type du suicide(s)	Maladie diagnostiquée	Informations complémentaires
1	Baumer Jacques	Homme	Boucher du bestiaux	Célibataire	0/9/	15/09/1874	36 ans	Aux Ellau	Baux		15-oct.-10	8/9/1911	Tentatives de suicide	Pendaison	Délire alcoolique	Hallucinations
2	Vau André	Homme	Instituteur	Marié	0/9/	14/08/1872	38 ans	Bauré	Baux		26/10/1910	16/10/1910	Tentatives de suicide	Noyade	Mélancolie anxieuse	Rachats (déjà interné)
3	Baumont Marie	Femme	Couturière	Célibataire	0/9/	10/05/1854	56 ans	La Vrille	Baux		18/10/1910	10/4/1911	Menaces de se tuer	Noyade	Démence senile	Important délai du renvoyé
4	Brial Laroche Marie	Femme	Sans profession	Veuve	0/9/	09/10/1866	42 ans	Chalot	Baux		9/10/1910	Nant		Noyade	Paralysie générale	Perte progressive de son facultés
5	Bidonel Bernard Alexandrine	Femme	Sans profession	Veuve	0/9/	06/01/1851	49 ans	Avigon	Baux		5/12/1910	15/2/1911	Tentatives de suicide	Noyade	Dépression mélancolique	Un de ses fils a contracté une maladie grave
6	Chanti Simon Ernestine	Femme	Cuisinière	Veuve	0/9/	Nant	35 ans	Sicoulles	Baux		17/12/1910	Nant	13/9/1924	Noyade de se tuer	Mélancolie anxieuse	Idées de persécutions + volonté de frapper ceux qui l'entourent
7	Dabulatie Hermitte	Femme	Sans profession	Célibataire	0/9/	18/02/1864	26 ans	Saint-Martin-du-Pâtre	Baux		22/1/1911	Nant	Noyade de se tuer	Strangulation	Extrêmement agitée
8	Thirons Louis	Homme	Cultivateur	Marié	0/9/	03/08/1855	55 ans	Saint-Luttin-du-Lure	Baux		22/2/1911	Nant	Tentatives de suicide	Noyade	Maladie délirante
9	Gerlair Jeanne	Femme	Lingère	Célibataire	0/9/	24/06/1888	23 ans	Avigon	Baux		11/3/1911	19/12/1912	Idées de suicide	Noyade	Affaiblissement des facultés mentales	Difficulté à se nourrir et travailler
10	Fouillet Valentine	Femme	Cultivatrice	Célibataire	0/9/	07/08/1879	32 ans	Brainevel-Longanne	Baux		15/3/1911	31/10/29	Tentatives de suicide	Noyade	Dépression mélancolique	Important intrusive
11	Rabilaud Marie	Femme	Tisseuse	Célibataire	0/9/	08/10/1873	38 ans	La Pomagne	Baux		6/8/1911	Nant	Idées de suicide	Noyade	Démence alcoolique	Avoue et parle de manière incohérente
12	Pichon Pierre	Femme	Nant	Veuf	0/9/	08/07/1880	31 ans	Avigon	Baux		7/4/1911	20/4/1924	Tentatives de suicide	Par armes blanches	Eclampsie	Meurt d'une entérite diagnosé
13	Dabiteys Etienne	Homme	Cultivateur	Célibataire	0/9/	15/02/1867	44 ans	Les Pierres-du-Cul	Baux		15/4/1911	17/4/1911	Idées de suicide	Noyade	Dégénérescence mentale	Des idées violentes
14	Le Fallicou Anne	Femme	Institutrice	Célibataire	0/9/	20/07/1868	43 ans	Caen	Baux		15/4/1911	11/9/1911	Tentatives de suicide	Noyade	Mélancolie anxieuse	Difficulté à se nourrir
15	Pétitjean Marie	Femme	Sans profession	Célibataire	0/9/	24/02/1870	41 ans	Chalot	Baux		18/4/1911	17/11/1918	Idées de suicide	Noyade	Dépression mélancolique	Des propos incohérents ou tranchant dans l'optimisme
16	Petiot Marie	Femme	Cultivatrice	Célibataire	0/9/	24/02/1852	59 ans	Pougné	Baux		10/5/1911	11/10/1915	Tentatives de suicide	Noyade	Mélancolie anxieuse	Agit sous l'emprise d'hallucination
17	Mottais Raymond	Homme	Cordonnier	Marié	0/9/	29/10/1872	39 ans	Avigon	Baux		15/5/1911	27/10/1911	Tentatives de suicide	Noyade	Dépression mélancolique	Sentiments de culpabilité et de persécution
18	Fayol Auguste	Homme	Cultivateur	Marié	0/9/	20/08/1881	30 ans	Montgullon	Baux		11/7/1911	28/10/1912	Idées de suicide	Noyade	Confusion mentale	Obsessions suicidaires
19	Cordier Jean	Homme	Journalier	Marié	0/9/	Nant	71 ans	Roisey	Baux		14/7/1911	7/2/1912	Idées de suicide	Noyade	Mélancolie anxieuse	Idées de damation
20	Arnaud (Grimault) Adélaïde	Femme	Cultivatrice	Veuve	0/9/	24/06/1861	50 ans	Saint-Christophe	Baux		16/7/1911	2/11/1912	Tentatives de suicide	Saut d'un point haut	Dépression mélancolique	Forte tristesse
21	Massé (Rogeneau) Marie	Femme	Cultivatrice	Célibataire	0/9/	24/02/1870	41 ans	Chalot	Baux		18/4/1911	17/11/1918	Idées de suicide	Noyade	Confusion mentale	Agitation extrême
22	Jonas (Terlon) Joséphine	Femme	Couturière	Veuve	0/9/	25/04/1882	29 ans	La Gaillonau	Baux		16/5/1911	11/10/1915	Tentatives de suicide	Noyade	Dépression mélancolique	Raisonnant guéri
23	Sabau (Perin) Louise	Femme	Sans profession	Veuve	0/9/	09/03/1845	66 ans	Sugré	Baux		13/6/1911	Nant	2/10/1911	Idées de suicide	Mélancolie anxieuse	Problème digestif et mouvt du sphinctère
24	Bagard (Founy) Georgette	Femme	Adjudante chef de barbes à la retraite	Veuve	0/9/	25/01/1852	49 ans	Avigon	Baux		24/8/1911	5/10/1911	Idées de suicide	Noyade	Paralysie générale	Délire mégalomaniaque
25	Tornier (Tornier) Marie	Femme	Cultivatrice	Veuve	0/9/	Nant	56 ans	Charlieuq	Baux		1/9/1911	4/10/1911	Menaces de se tuer	Submersion	Mélancolie anxieuse	Besoin d'une surveillance continue, placée en maison de santé
26	Jalas Louis	Homme	Mannier	Marié	0/9/	26/12/1864	56 ans	Montjean	Baux		1/9/1911	9/4/1912	Menaces de se tuer	Submersion	Personnalité extrêmement revendicatrice	Personnalité extrêmement revendicatrice
27	Nigo Marie	Femme	Sans profession	Veuve	0/9/	01/01/1838	73 ans	Avigon	Baux		7/10/1911	25/7/1912	Idées de suicide	Noyade	Démence senile	Etat extrêmement avancé du sénilité
28	Armant Victor	Homme	Cultivateur	Célibataire	0/9/	02/06/1881	30 ans	Fougré	Baux		15/9/1911	25/10/1911	Idées de suicide	Noyade	Dépression mélancolique	Important délire
29	Cordier (Jean) Anne	Femme	Cultivatrice	Veuve	0/9/	Nant	41 ans	Sugré	Baux		30/10/1911	20/6/1912	Idées de suicide	Noyade	Mélancolie anxieuse	Personnalité agité et angoisseuse
30	Lamotte (Bilaud) Anne	Femme	Ménagère	Veuve	0/9/	19/01/1869	42 ans	Avigon	Baux		19/12/1911	17/2/1913	Idées de suicide	Noyade	Délire hypocondriaque	Nécessite gaîté à l'issue de son hospitalisation
31	Pépin Auguste	Homme	Cordier	Célibataire	0/9/	01/01/1887	24 ans	Avigon	Baux		27/10/1911	28/2/1912	Tentatives de suicide	Noyade	Folie alcoolique	Des hallucinations dues au sevrage
32	Boulier Marcel	Homme	Journalier	Marié	0/9/	16/05/1889	22 ans	Les Mans	Baux		31/1/1912	19/11/1912	Idées de suicide	Noyade	Simulateur	Il aurait simulé son état de folie pour des raisons d'argent
33	Pray (Maringe) Marie	Femme	Cuisinière	Veuve	0/9/	19/02/1866	45 ans	Saint-Quentin-en-Allagne	Baux		7/2/1912	19/11/1914	Idées de suicide	Noyade	Mélancolie anxieuse	Un état évoluant doucement vers la guérison
34	Bodin Joseph	Homme	Cultivateur	Marié	0/9/	18/10/1870	41 ans	Vaudémay-Rillé	Baux		12/2/1912	Nant	25/4/1913	Tentatives de suicide	Nant	Peu démonstratif, extrêmement agité et décidée à déplacée
35	Magré Joséphine	Femme	Domestique	Célibataire	0/9/	Nant	41 ans	Avigon	Baux		17/2/1912	2/5/1912	Idées de suicide	Submersion	Mélancolie anxieuse	A de fortes hallucinations, frôle par fois incohérence, dans une maison de santé
36	Blanchard Théodule	Homme	Mécanicien	Marié	0/9/	04/02/1873	39 ans	Villers	Baux		18/2/1912	27/2/1912	Tentatives de suicide	Nant	Aliénation mental	Délirant et angoisseux

ANNEXE 3 : LE SUICIDE EN JANVIER 1900 DANS LA PRESSE LOCALE ANGEVINE ET NANTAISE :

	Date	Nom du journal (Ville d'édition)	Auteur	Titre de l'article	Résumé	Type de suicide	Age du suicidé/suicidant	Identité de la victime	Localisation	Type d'article	Passage important
2	18/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Chronique Régionale	Suicide d'un employé âgé de 60 ans	Suicide sous l'impulsion de la démence	60	Jord	Château-Gontier	Chronique locale	"M. Jord s'est suicidé à la suite d'un dérangement cérébral causé par la perte d'un parent. Il était atteint de cette maladie depuis 32 ans." (p. 30)
3	19/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Chronique Régionale	Suicide d'un cultivateur qui semblait dément	Suicide sous l'impulsion de la démence	Inconnu	Bargault	Aubigny	Chronique locale	"Le nommé Bargault, cultivateur à la Couarelle, a été retrouvé pendu à un chêne. Il a quitté la maison de son père à la Bouchaud, près de la Gougie. On attribue ce suicide à des dérangements cérébraux." (p. 30).
4	05/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Dépêches de nuit	Suicide du crime	Inconnu		30 Baptiste Biron	Nantes	Chronique locale	"Le nommé Biron, qui était recherché à Nantes, Cat ne-Mis, pour avoir, le 27 décembre dernier, tué et volé un nommé Saint-Louis de la Rochelle-Yon. Le parquet se demande s'il n'a pas commis du suicide." (p. 6).
5	05/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Nouvelles diverses	Pendaison d'un homme malade	Pendaison	54	François Allion	Pyramide	Chronique locale	"Samedi dernier, on a découvert dans la Loire, dans la commune de Forestière, le cadavre du nommé Pierre Chauvelin, âgé de 27 ans, employé de chemin de fer. Aussitôt, disparu, depuis le 25 décembre et soupçonné par détail pour ce, le 18 janvier, à deux moins du prison. On attribue sa mort à un accès de folie." (p. 6). "Le nommé Jean Chauvelin, âgé de 47 ans, employé de chemin de fer, a été trouvé pendu, un arbre au lieu dit la Coudière." (p. 16).
6	21/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Chronique Régionale	Suicide après un vol, vendeur de chevaux	Inconnu	43	Pierre Chauvelau	Tours	Chronique locale	"Le train qui quitte de Nantes à 2 heures, a arrêté un homme qui, on suppose que l'homme trouvé mort a été tamponné par ce train et rejeté dans la forêt. On ignore s'il s'agit d'un accident ou d'un suicide, l'identité n'a pu encore être établie." (p. 40).
7	21/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Dépêches de nuit	Accident ou suicide sur la voie ferrée	Par ethnicité	Inconnu	Inconnu	Nantes	Chronique locale	"On monde de Shanghai au *Newyork Herald* que le bruit courait que le prince héritier de Chine aurait été tué. Des renseignements étant qu'il a été "suicidé". L'ambassadeur chinois à Londres n'a rien reçu à ce sujet." (p. 43, suite page 44).
8	27/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	A l'Etranger	Rumeur autour du suicide du fonseur de Chine	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Shanghai	Chronique internationale	"M. Jean Chiey, âgé de 65 ans, marchand de chaussures, rue d'Entrégues, à Tours, s'est suicidé en se pendant dans sa chambre à coucher." (p. 28).
9	18/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Chronique Régionale	Pendaison d'une personne âgée chez lui	Pendaison		65 Jean Chiey	Tours	Chronique locale	"Du Danegre, journal, on apprend que Jean Chiey s'est suicidé vendredi dernier vers 7 heures du soir, en se pendant dans la Loir ou son cadavre a été découvert après de nombreuses recherches." (p. 24).
10	18/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Chronique Régionale	Un homme se jette dans la rivière du Loir	Noyade	Inconnu	Danegre	Le Lude	Chronique locale	"Il ressort du nom de Poirier, âgé de 81 ans, s'est coucé le cou avec un rasoir. On désespère de le sauver." (p. 48).
11	29/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Chronique Régionale	Une personne âgée a tenté de se suicider, on tente de le ramener à la vie.	Tentative de suicide en s'ouvrant les veines		81 Poirier	Cornimé	Chronique locale	"La dame Marie Dusseau, âgée de 47 ans, s'est coupé les veines. Cet comme la mort en sa chambre. Dépêchons-nous de connaître la vérité." (p. 52).
12	31/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Chronique Régionale	Une femme se jette dans la rivière du Chamon	Noyade	47	Marie Dusseau	Bolesiaggon	Chronique locale	"Dimanche, à dix heures, un nommé Louis Lefèvre, 80 ans, demeurant à la Ch. (Sarthe), s'est noyé dans la rivière dans le cour. Il se trouvait rue Saint-Luc, depuis la cathédrale lorsqu'il rétrocédé de mettre son projet à exécution. Transporté dans cette rivière, il a pu se maintenir quelque temps, mais il a disparu. On désespère de le sauver. On attribue cet acte de désespoir à la folie." (p. 38).
13	22/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Dépêches de nuit	Un homme s'est tiré une balle dans le cœur	Suicide par arme à feu	80	Louis Lefèvre	Châteaumux	Chronique locale	"Le sieur Blaise Bisciret Ernestine, âgée de 12 ans, somnifère du sieur Blaise Bisciret, demeurant à Bécon-les-Bruyères, d'Angers, décédé à ses parents, qui le sieur Brissot Pierre, âgé de 55 ans, s'est tué d'un coup de fusil. Il a été trouvé mort, la tête en sang à des balles dévoyées. La gendarmerie court une enquête qui jamais la découverte de deux autres victimes. Il a été trouvé mort, la tête en sang, à des balles dévoyées." (p. 17). "Il a été trouvé mort, la tête en sang, à des balles dévoyées." (p. 17). Il ne voyait pas, cet être misérable se fi justice (Lumière, 1 a été trouvé pendu, un arbre au lieu dit la Coudière." (p. 16).
14	08/01/1900	Le Petit Courier (Angers)	Inconnu	Chronique Départementale	Un homme s'est pendu après avoir commis des actes pédocriminels	Pendaison	55	Pierre Brissot	Le Lion d'Angers	Chronique locale	

16	03/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Chronique Régionale	Un homme déséquilibré s'est pendu	Pendaison	70	Joseph Quentin	La Mothe-Achard	Chronique locale	"M. Joseph Quentin âgé de 70 ans, journalier, demeurant à la Mothe Achard, a, dans la journée du 29 courant, profité de l'absence de sa belle-fille pour se pendre à une poutre dans le grenier. Le désespéré ne jouissait pas de ses facultés, et depuis quelques jours, il avait la manie du suicide." (p. 3).
17	04/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Informations	Suicide d'un jeune soldat qui ne veut pas faire la guerre	Chute	Inconnu	Dalou	Agen	Chronique nationale	"Un jeune soldat, originaire de Normandie, nommé Dalou, arrivé au régiment au mois de novembre dernier, a tenté de se suicider en se jetant de la toiture de la caserne. Dans sa chute, le malheureux s'est cassé une jambe et s'est blessé à la tête. Il a été transporté à l'hôpital dans un état assez grave. On attribue au spleen cet acte de désespoir." (p. 1).
18	04/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Informations	Suicide d'un déserteur de l'armée	Arme à feu	Inconnu	Lafont	Paris	Chronique nationale	"Les journaux racontent qu'un jeune soldat, nommé Lafont, appartenant à l'escadron du train des équipages, en garnison à Fontainebleau, déserteur depuis deux mois, s'est suicidé, hier soir, d'un coup de revolver, au moment où le commissaire de police se présentait à son domicile pour l'arrêter." (p. 1).
19	05/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Chronique Départementale	Suicide d'une personne déséquilibrée mentalement	Inconnu	24	Baptiste Brion	La Roche-sur-Yon	Chronique locale	"Il y a quelques jours, M. Baptiste Brion, coiffeur, demeurant, place du Marché, donnait des signes non équivoques de troubles cérébraux. Il fut question de son internement dans une maison de santé ; mais sa soeur, qui habite Nantes, espérant que le changement d'air, et l'absence de préoccupations matérielles pourraient lui être favorables, le fit venir chez elle pour y passer quelques jours. Pendant deux ou trois jours, le malade parut jouir d'un calme relatif, quand, le 1er janvier au matin, Brion s'absenta et, se dirigeant vers les carrières de Miséri, il mit fin à ses jours dans les conditions tragiques que le ***Progrès*** a racontées dans sa chronique nantaise. Brion, âgé de 24 ans, s'était marié l'an dernier et venait d'être père tout récemment. Cette triste nouvelle a jeté la consternation dans le quartier où ce pauvre jeune homme, établi depuis son mariage, jouissait de l'estime publique." (p. 3).
20	07/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Chronique Régionale	Suicide d'un jeune domestique	Pendaison	15	François Etienne	Savenay	Chronique locale	"Le nommé François Etienne, 15 ans, domestique chez le sieur Agaisse, propriétaire, s'est suicidé en se pendant à une branche d'arbre. Cet enfant avait eu la fièvre typhoïde et, depuis, il n'a pu toutes ses idées." (p. 3).
21	11/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Chronique Locale	Suicide d'une jeune femme dans sa chambre	Pendaison	67	Louise Pineau	Nantes	Chronique locale	"Mardi soir, vers 5 heures, Mme Louise Pineau, âgée de 67 ans, journalière, demeurant rue des Hauts-Pavés, a été trouvée pendue dans sa chambre. Des constatations auxquelles il a été procédé par M. le docteur Lehoreau, assisté de M. le Commissaire de police du 1er arrondissement, il résulte que la mort remontait à quelques heures. Mme Pinneau souffrait d'une maladie de poitrine ; il est à croire que c'est le motif qui l'a déterminée à prendre cette fatale résolution." (p. 2).
22	16/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Chronique Régionale	Suicide d'un homme ayant commis un vol	Pendaison	58	François Galivel	Châteaubriant	Chronique locale	"Le dimanche 14 janvier, vers2 2h 1/2 de l'après-midi, les nommés Pierre Auffray et Julien Louis, journaliers à Châteaubriant, ont trouvé un homme pendu dans un hangar, près la Poterie. M. le Commissaire de police, immédiatement prévenu, a procédé aux constatations d'usage et a reconnu le suicidé pour être le nommé François Galivel, charron, âgé de 58 ans, demeurant à Châteaubriant, faubourg Saint-Michel. Cet individu avait été surpris en flagrant délit de vol de bois, le vendredi soir, 12 courant ; il avait été relaxé le samedi. C'est probablement pour échapper aux poursuites dont il allait être l'objet, qu'il a eu recours au suicide." (p. 3).
23	18/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Chronique Régionale	Suicide déjà mentionné deux jours auparavant	Pendaison	58	François Galivel	Châteaubriant	Chronique locale	"M. François Galivel, charron, demeurant à St-Michel, a été retrouvé pendu sous un hangar. On ignore les motifs de cet acte de désespoir." (p. 3).
24	18/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Georges Montorgueil	La Petite Princesse	Un suicide développé dans une pièce de théâtre	Métaphore	Néant	Néant	Néant	Chronique littéraire	"On a annoncé sa mort dans les feuilles mondaines. De courtes nécrologies lui ont été consacrées. Personne n'a encore parlé de son suicide. Paris ignore le cinquième acte de ce ***Faubourg*** qui, au demeurant, le passionna peu." (p. 3).
25	20/1/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Faits Divers	Un crime passionnel	Néant	Néant	A...	Paris	Chronique nationale	"Surexcité par la passion que Suzanne d'Ameville lui avait inspirée, embutte aux plus graves embarras pécuniaires, - c'est, bien entendu, l'acte d'accusation qui s'exprime ainsi, - hanté par des idées de suicide, M. d'A..., ne pouvant plus conserver sa maîtresse, ne voulut pas qu'elle pût appartenir à un autre. C'est ainsi qu'il résolut de lui donner la mort, n'ayant pas le courage, le crime commis, de retourner contre lui-même l'arme dont il venait de servir." (p. 3).
26	23/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Informations	Mort suspecte d'un magistrat	Arme à feu	66	M. Chenon	Orléans	Chronique nationale	"M. Chenon, président de chambre à la Cour d'appel d'Orléans, a été trouvé mort dans sa chambre, frappé d'un coup de fusil de chasse. On ignore s'il y a suicide ou accident. M. Chenon était âgé de 66 ans." (p. 1).
27	26/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Nouvelles étrangères	Suspition autour de la mort de l'empereur de Chine	Néant	Néant	l'empereur de Chine	Néant	Chronique internationale	"Le bruit que l'empereur de Chine s'est suicidé n'est pas confirmé." (p. 1).
28	28/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Inconnu	Guerres et Marines	Suicide d'un ouvrier qui avait volé un pantalon	Pendaison	31	Léonard Demarque	Toulon	Chronique nationale	"Toulon, 27 janvier. Léonard Demarque, 31 ans, ouvrier des bâtiments en fer à l'arsenal, accusé de vol d'un pantalon, ayant essayé hier soir de se suicider, a été transporté à l'hôpital maritime. Là il a renouvelé sa tentative. L'infirmier l'a trouvé pendu à l'espagnolette de la fenêtre. Le malheureux était marié et père de famille." (p.1).
29	29/01/1900	Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure (Nantes)	Emile Chasles	Le Suicide de l'Enfant	Suicide d'un enfant pour échapper aux sévices de sa marraine	Pendaison	7	Néant	Néant	Tribune	Voir journal

BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES :

Bibliographie :

Introduction :

Ouvrages généraux en épistémologie et sur l'histoire des institutions et de la biopolitique :

ABÉLÈS Marc et JEUDY Henri-Pierre (dir.), *Anthropologie politique*, Paris, Armand Colin, 1997, 283 p.

ARTIÈRES Philippe et DA SILVA Emmanuel (dir.), *Michel Foucault et la médecine : Lectures et usages*, Paris, Editions Kimé, 2001, 334 p.

BURDEAU François, *Histoire de l'administration française, XVIII-XXe siècles*, Paris, Editions Montchrestien, 1989, 400 p.

DUCLERT Vincent et BARUCH Marc-Olivier (dir.), *Serviteurs de l'Etat : une histoire politique de l'administration française (1875-1945)*, Paris, La Découverte, 2000, 588 p.

FAURE Olivier, *Histoire sociale de la médecine en France, XVIII-XXe siècle*, Paris, Economica, 1994, 272p.

FAURE Olivier et BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé : Acteurs, objets, logiques sociales, XVIII-XXe siècles*, Paris, Belin, 2005, 383 p.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1964, 673 p.

FOUCAULT Michel, *Le Pouvoir psychiatrique (Cours au Collège de France, 1973-1974)*, Paris, Gallimard, 2003, 416 p.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité : Volume 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1998 (première édition : 1976), 224 p.

GAUCHET Marcel et SWAIN Gladys, *La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 2007 (première édition : 1980), 528 p.

GUILLEMAIN Hervé, KLEIN Alexandre et THIFFAULT Marie-Claude (dir.), *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*, Rennes, PUR, 2018, 236 p.

LAFORE Robert, *L'individu contre le collectif*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2019, 248 p.

MAJERUS Benoît, *Parmi les fous : Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, Rennes, PUR, 2013, 312 p.

MAJERUS Benoît et HENCKES Nicolas, *Maladies mentales et sociétés, XIX-XXIe siècle*, Paris, La Découverte, 2022, 128 p.

NOIRIEL Gérard, *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte, 2008 (première édition : 2006), 128 p.

PERROT Michelle (dir.), *L'Impossible prison. Recherche sur le système pénitentiaire au XIXe siècle*, Seuil, Paris, 1980, 320 p.

THIFAULT Marie-Claude et CELLARD André, *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec (1930-2013)*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 2013, 216p.

Ouvrages spécialisés sur l'histoire de la mort et du suicide :

ARIES Philippe, *L'Homme devant la mort*, Paris, Le Seuil, 1977, 570 p.

ARIES Philippe, *Essais de mémoire (1943-1983)*, Paris, Editions du Seuil, 1993, 352 p.

BOUCHER Maxime, *La nuit carcérale. Souffrir et éviter la souffrance en prison*, The Book Edition, Lille, 2011, 504 p.

CAROL Anne, *Les médecins et la mort, XIXe-XXe siècle*, Editions Aubier, Paris, 2004, 335 p.

MINOIS Georges, *Histoire du suicide : La société occidentale face à la mort volontaire*, Paris, Fayard, 1995, 421 p.

POIREY Sophie, *Droit, Suicide, Suicidés : Histoire d'une condamnation*, thèse de droit, sous la direction de BART Jean, Dijon, Université de Bourgogne, 1995, 428 p.

SAUTEL Déborah, *La mort comme dernier recours : Les suicides de résistants en France (1940-1944)*, mémoire en histoire contemporaine, sous la direction de DENECHERE Yves et PIKETTY Guillaume, Angers, Université d'Angers, 2021, 247 p.

THIEBOT Emmanuel et ATHANE François, *Approche historique des formes et des causes au XXe siècles*, suivi *Les causes du suicide et les raisons de se tuer : Les explications du suicide, de la philosophie à la neurobiologie*, Caen, Editions Fol'Art, 2005, 200 p.

VIALLA François, VIELFAURE Pascal et JOLY Sophie (dir.), *Le suicide (De l'Antiquité au XXIe siècle)*, LEH Edition, 2022, 818 p.

VOVELLE Michel, *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours*, Paris, Gallimard, 1983, 824 p.

WATT Jeffrey, *From Sin to Insanity: Suicide in Early Modern Europe*, Ithaca, Cornell University Press, 2004, 256 p.

YAMPOLSKY Eva, *La folie du suicide. Une histoire de la mort volontaire comme objet médical en France de la fin du XVIIIe siècle aux années 1870*, thèse en histoire de la médecine, sous la direction de BARRAS Vincent, Lausanne, Université de Lausanne, 2019, 725 p.

Ouvrages spécialisés de sciences sociales et médicales sur le champ psychiatrique et le suicide :

BAECHLER Jean, *Les Suicides*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, 650 p.

BAUDELOT Christian et ESTABLET Roger, *Durkheim et le suicide*, Paris, PUF, 2011, 130 p.

BAUDRY Patrick, *Corps, mort et problématiques suicidaires*, thèse d'anthropologie, THOMAS Louis-Vincent (dir.), Paris, Paris V, 1989, 980 p.

BOURGOIN Nicolas, *Le suicide en prison*, L'Harmattan, Paris, 1994, 271 p.

BROUDIC Jean-Yves, *Suicide et alcoolisme en Bretagne au XXe siècle (Sociologie-Histoire-Psychologie)*, Rennes, Editions Apogée, 2008, 237 p.

CASTEL Robert, *Le psychanalysme : l'ordre psychanalytique et le pouvoir*, Paris, Editions Maspero, 1973, 434 p.

CASTEL Robert, *La Gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Editions de Minuit, 1981, 224 p.

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Paris, John Libbey Eurotext, 2001, 446 p.

GIDDENS Anthony, *The Sociology of Suicide: A Selection of Readings* Abingdon-on-Thames, Taylor and Francis, 1971, 421 p.

GOFFMAN Erving, *Asiles : Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de minuit, 2013 (première édition : 1968), 452 p.

HALBWACHS Maurice, *Les causes du suicide*, Paris, PUF, 2002 (première édition : 1930), 424 p.

PAPET Nathalie et LEPINCON Sylvie, *Le suicide carcéral : des représentations à l'énigme du sens*, Paris, L'Harmattan, 2005, 196 p.

Articles complémentaires :

ABÉLÈS Marc, « Pour une anthropologie des institutions », *L'Homme*, n°135, 1995, p. 65-85.

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, « La Convention Citoyenne sur la fin de vie remet ses propositions », lecese.fr, publié le 02/04/2023, consulté le 23/12/2023, URL : https://lecese.fr/actualites/la-convention-citoyenne-cese-sur-la-fin-de-vie-remet-ses-propositions.

BESNARD Philippe, « 17. L'impérialisme sociologique face à l'histoire » dans *Etudes durkheimiennes*, Genève, Librairie Droz, 2003, p. 299-310.

BOUQUET Brigitte et CRESPO Geneviève, « Présentation : La question sociale », *Vie sociale*, n°1, 2013, p. 15-19.

BUTON François, « Histoires d'institutions : Réflexion sur l'historicité des faits institutionnels », *Raisons politiques*, Volume 40, n°4, 2010, p. 21-41.

DORVIL Henri, « La désinstitutionnalisation : du fou de village aux fous des villes », *Bulletin d'histoire politique*, volume 10, n°3, 2002, p. 88-104.

ELBAUM Mireille (dir.), « Suicide et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique », *Etudes et Résultats*, n°109, 2001, p. 1-8.

FOUCAULT Michel, « Un plaisir si simple », *Le Gai Pied*, n°1, 1979, p. 1-10.

GUILLEMAIN Hervé, « Petits arrangements avec la mort volontaire. Suicide, folie et refus de sépulture dans la première moitié du XIXe siècle », *¿ Interrogation ?*, n°14, 2012, consulté le 23/12/2023, URL : https://www.revue-interrogations.org/Petits-arrangements-avec-la-mort.

HAUSTGEN Thierry, « L'histoire de la psychiatrie française vue par les anglophones (Première partie : L'ère des "psychiatres historiens amateurs"(1941-1987)) », *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences (PSN)*, Volume 16, 2018, p. 43-63.

LAVERGE-GERARDIN Mona et COLLIER Anne-Claire, « Circulation et production des savoirs : Une discussion épistémologique », *Terrains/Théories*, n°11, mis en ligne le 19/06/2020, consulté le 20/12/2023, URL : https://journals.openedition.org/teth/2588.

MOTIS Alejandra et POINTEAU-LAGADEC Erwan (dir.), « L'action publique, un thème historien ? », *Hypothèses*, Volume 19, n°1, 2016, p. 97-108.

SCHMITT Jean-Claude, « Le suicide au Moyen-Age », *Annales*, n°1, 1976, p. 3-28.

REVEL Jacques, « Histoire et sciences sociales : Lecture d'un débat français autour de 1900 », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, n°25, 2007, p. 101-126.

ROSEN George, « History in the study of suicide », *Psychological Medecine*, Vol. 1, n°4, 1971, p. 267-285.

Chapitre 1 :

Ouvrages généraux sur la gouvernementalité et la stigmatisation des figures déviantes :

GOFFMAN Erving, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de Minuit, 1975 (première édition : 1963), 176 p.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et Punir : Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 2013 (première édition : 1975), 424 p.

FOUCAULT Michel, *Les Anormaux (1974-1975)*, Paris, Gallimard, 1999, 351 p.

PETIT Jacques-Guy (dir.), *La prison, le bagne et* l'histoire, Paris, L'Harmattan, 1985, 234 p.

RENEVILLE Marc et YAMPOLSKY Eva (dir.), *La pathologie du suicide. Pour une nouvelle histoire des enjeux médicaux et socio-politiques aux XIXe-XXe siècles*, 2018, consulté le 24/04/2024, URL : https://journals.openedition.org/criminocorpus/3813.

Chapitres d'ouvrages complémentaires :

FAVRE Robert, « Chapitre XI. Du suicide au sacrifice héroïque » dans *La Mort au siècle des Lumières*, Lyon, PUL, 1978, pp. 469-496.

FOUCAULT Michel, « Manifeste du GIP » dans *Dits et écrits, Tome II (1970-1975)*, Paris, Gallimard, 1994, p. 174.

FOUCAULT Michel, « La gouvernementalité » dans *Dits et écrits, Tome III (1976-1979)*, Paris, Gallimard, 1994, p. 635-657.

GUIGNARD Laurence, « Enfermement et suicide sous la IIIe République » dans HEUILLANT-DONNAT Isabelle et Claustre JULIE (dir.), *Enfermements, Volume 2*, Paris, Presses Universitaires de la Sorbonne, 2015, p. 375-391.

Articles complémentaires :

BELLENCHOMBRE Patrick, « Le travail, la peine et la prison. Approche socio-historique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°1, publié en 2006, consulté le 24/04/2024, URL : https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006-1-page-209.htm, p. 209-217.

CARLIER Christophe, « Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours », *Criminocorpus*, 2009, consulté le 01/04/2024 : https://journals.openedition.org/criminocorpus/246.

CHAUMET Pierre-Olivier, « Emprisonnement et santé au XIXe siècle : l'exemple des établissements pénitentiaires de Seine et Oise », *Revue historique de droit français et étranger*, 2010, p. 241-275.

CHESNAIS Jean-Claude, « Le suicide dans les prisons », *Population*, n°31, 1976, p. 73-85.

CLIQUENNOIS Gaëtan et CHATRAINE Gilles, « Empêcher le suicide en prison : origines et pratiques », *Sociétés contemporaines*, n°75, 2009, p. 59-79.

LANTERI-LAURA Georges, « Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif » dans *Journal français de psychiatrie*, n°13, p. 29-31

LETERRIER Anne-Sophie, « Prison et pénitence au XIXe siècle », *Romantisme*, n°142, publié en 2008, consulté le 01/04/2024 URL : https://www.cairn.info/revue-romantisme-2008-4-page-41.htm, p. 41-52.

PLUMAUZILLE Clyde et ROSSIGNEUX-MEHEUST Mathilde, « Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique » », *Hypothèses*, volume 17, n°1, p. 220-221.

PRIGENT Daniel, « Fontevraud, une maison de force et de correction (1804-1963) dans une abbaye », *Les nouvelles de l'archéologie*, n°149, 2017, p. 24-30.

PORRET Michel, « La médecine légale entre doctrines et pratiques », *Revue d'Histoire des sciences humaines*, n°22, p. 3-15.

UMEZAWA Aya, « L'histoire des sens et les prisonniers : la science pénitentiaire et la littérature des prisonniers », *Epistémocritique*, vol. 19, 2021, URL : https://epistemocritique.org/3-lhistoire-des-sens-et-les-prisonniers-la-science-penitentiaire-et-la-litterature-des-prisonniers/.

Chapitre 2 et 3 :

Ouvrages généraux sur l'histoire de la psychiatrie et du suicide :

COUTANCEAU Roland, BENNEGADI Rachid et CYRULNIK Boris (dir.), *Santé mentale et société*, Paris, Dunod, 2017, 204 p.
DÉAN Frédéric, *Moi, Hippolyte Eugénie… et les autres : De l'insensé à l'aliéné en Anjou (1800-1854)*, Angers, Centre de Santé Mentale Angevin, 2009, 105 p.

FOUCAULT Michel, *Du Gouvernement des vivants (1979-1980*), Paris, Gallimard, 2012, 408 p.

GUERIN Vincent, « Ne plus être un monde à part » : La transformation d'un hôpital psychiatrique, Sainte-Gemmes-sur-Loire (1910-1977), Thèse de doctorat en Histoire contemporaine, sous la direction de BARD Christine, Angers, Université d'Angers, 2011, 591 p.
LE BRAS Anatole, *Aliénés : Une histoire sociale de la folie au XIXe siècle*, Paris, CNRS Editions, 2024, 400 p.

QUÉTEL Claude, *Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012 (première édition : 2009), 624 p.

Ouvrages spécialisés sur la jeunesse :

BARRIOLADE Denise (dir.), *Les consultations de la jeunesse des années 1960 à nos jours, un outil pour l'action publique ?*, Bordeaux, Editions Carrières Sociales, 2020, 120 p.

BLANCHARD Véronique et NIGET David, *Mauvaises filles, incorrigibles et rebelles*, Paris, Editions Textuel, 2016, 192 p.

JABLONKA Ivan et BANTIGNY Ludivine (dir.), *Jeunesse oblige : Histoire des jeunes en France XIXe-XXIe siècle*, Paris, PUF, 2009, 520 p.

LEBLANC Marc et SZABO Denis (dir.), *La criminologie empirique au Québec. Phénomènes empiriques et justice pénale*, Montréal, Les Presses Universitaires de Montréal, 1985, 451 p.

METAILLE Anne-Marie, *Les jeunes et le premier emploi*, Paris, Association des Ages, 1978, 543 p.

TETARD Françoise et DUMAS Claire, *Filles de Justice : Du Bon-Pasteur à l'Education surveillée (XIXe-XXe siècle)*, Paris, Edition Beauchesne, 2009, 516 p.

Articles complémentaires :

ARNOULT Audrey, « Le suicide à l'adolescence : Une question de santé publique dans la presse quotidienne régionale », *Agora débats/*jeunesses, volume 59, n°3, 2011, p. 39-51.
BANTIGNY Ludivine, « Les jeunes, sujets et enjeux politiques (France, XXe siècle) », *Histoire@Politique*, n°4, 2008, 110 p.

BOLLOTTE Gabriel, « Les projets d'assistance aux malades mentaux avant la loi de 1838 », *L'Information psychiatrique*, volume 91, 2015, p. 499-503.
BURES Idelette (de), « A propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 », *Histoire des Sciences médicales*, Tome XL, n°3, 2006, p. 301-304.

CHAPIREAU François, « Le recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle », *L'Information psychiatrique*, Volume 83, 2007, p. 563-570.

DOUVILLE Olivier, « De la mélancolie dans la psychiatrie classique : en jeu des débats », *Figures de la psychanalyse*, n°26, 2013, p. 39-72.

KUSHNER Howard, « Suicide, Gender and the Fear of Modernity », *Journal of Social History*, volume 26, n°3, 1993, p. 461-490.

LABADIE Francine, « L'évolution de la catégorie jeune dans l'action publique depuis vingt-cinq ans », *Revue des politiques sociales et familiales*, n°65, 2001, p. 19-29.

QUETEL Claude et SIMON Jean-Yves, « L'aliénation alcoolique en France (XIXe siècle et première moitié du XXe siècle) », *Histoire, économie et société*, 1988, p.507-533.

RAPPARD Philippe, « Suicide et droit », *Bulletin de psychologie*, Tome 44, n°401, p. 333-341.

SCHNAPPER Bernard, « La correction paternelle et le mouvement des idées au dix-neuvième siècle (1789-1935) », *Revue Historique*, Tome 263, 1980, p. 319-349.

VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France dans l'entre-deux-guerres », *Génèses*, volume 82, n°1, 2011, p. 52-74.

Chapitre 4, 5 et 6 :

Ouvrages généraux sur la philosophie historique de Foucault et le savoir scientifique :

BIRNBAUM Pierre, *Dimensions du pouvoir*, Paris, PUF, 1984, 272 p.

CHERKAHOUI Mohammed (dir.), *Histoire et théorie des sciences sociales*, Genève, Librairie Droz, 2003, 392 p.

FOUCAULT Michel, *« Il faut défendre la société » : Cours au Collège de France (1975-1976)*, Paris, Gallimard, 1997, 283 p.

FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France (1977-1978)*, Paris, Gallimard, 2004, 435 p.

FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Gallimard, 2004, 368 p.

GOLDSTEIN Jan, *Consoler et classifier (L'essor de la psychiatrie française*), Paris, Institut Synthélabo, 1997, 504 p.

LUSTMAN Matthieu, *Le suicide comme construction sociale*, thèse en sociologie, sous la direction de HIRSCHHORN Monique, Paris, Université Paris Descartes, 2008, 588 p.

SFORZINI Arianna, *Michel Foucault : Une pensée du corps*, Paris, PUF, 2014, 160 p.

VARENNE Franck, *Modéliser le social : Méthodes fondatrices et évolutions récentes*, Paris, Dunod, 2011, 234 p.

Ouvrages spécialisés autour des statistiques et du traitement journalistique du suicide :

BAUDELOT Christian et ESTABLET Roger, *Durkheim et le suicide*, Paris, PUF, 2011, 128 p.

BOURDIEU Pierre, *Sur la télévision*, Paris, Raisons d'agir, 1996, 96 p.

CHESNAIS Jean-Claude, *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*, Paris, Robert Lafont, 1981, 436 p.

COURTET Philippe (dir.), *Suicide et environnement social*, Paris, Dunod, 2013, 192 p.

DESROSIERES Alain, *L'argument statistique, Volume 1 : Pour une sociologie historique de la quantification*, Paris, Presses des Mines, 2008, 329 p.

DUBIED Annik, *Les dits et les scènes du faits divers*, Paris, Librairie Droz, 360 p.

GENARD Elsa et SIMONI Melchior, « La statistique pénitentiaire : Gouverner par les marges ? » dans *Histoire aujourd'hui, statistiques demain : regards croisés sur la production et l'usage des statistiques*, Paris, INSEE, 2016, p. 2-30.

GONON Laetitia, *Le fait divers criminel dans la presse quotidienne française du XIXe siècle*, Paris, Presses Sorbonne Nouvelle, 2012, 328 p.

KALIFA Dominique, *Les bas-fonds : histoire d'un imaginaire*, Paris, Editions du Seuil, 2013, 420 p.

LEFEBVRE Rémi, *Leçons d'Introduction à la Science politique*, Paris, Ellipses, 2017, 362 p.

PETIT Jacques-Guy et SAINT-ANDRE Jean-Paul (dir.), *Médecine et hôpitaux en Anjou*, Rennes, PUR, 2009, 336 p.

Articles complémentaires :

« La mortalité par suicide en région Pays de la Loire », Nantes, Observatoire de la région Pays de la Loire, 2000, p.1-14.

AMBROISE-RENDU Anne-Claude, « Le suicide ou les silences de la chronique faits divers », *Romantisme*, n°97, p. 77-88.

BESNARD Philippe, « Anti ou anté-durkheimisme ? Contribution au débat sur les statistiques officielles du suicide », *Revue française de sociologie*, Volume 17, n°2, p. 313-341.

BLANC Maurice et BRESSON Maryse, « Savoirs savants, savoirs d'action et politiques publiques », *SociologieS*, mis en ligne le 23/05/2019, consulté le 30/05/2024, URL : http://journals.openedition.org/sociologies/11537.

BORLANDI Massimo, « Etat civil et suicide de Bertillon à Durkheim », *Revue européenne des sciences sociales*, Tome 42, n°129, 2004, p. 23-37.

CHAUVEAU Sophie, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècle ? », *Les Tribunes de la santé*, n°33, 2011, p.83-84.

CHEVALIER Pascale et SEGUIN Sébastien, « Retour sur deux siècles de recensements de la population », *Faits et chiffres*, n° 424, 2011, p.1-5.

DILL David, « Le paradoxe de la qualité académique : implications pour les universités et les politiques publiques », *Revue des sciences de l'éducation*, Volume 29, n°2, 2003, p. 337-352.

FERRO Marc, « Présentation : Faits divers, faits d'histoire », *Annales*, n°4, 1983, p. 824.

FOUQUET Annie, « L'usage des statistiques : de l'aide à la décision à l'évaluation des politiques publiques », *Revue française d'affaires sociales*, n°1-2, 2010, p. 307-322.

GENARD Elsa et SIMONI Melchior, « Une histoire politique des chiffres de la prison », *Annales*, n°4, 2018, p. 891-922.

GRENIER Jean-Yves, « Réflexions libres sur l'usage des méthodes statistiques en histoire », *Histoire et Mesure*, 1991, volume 6, p. 177-187.

KALIFA Dominique, « Les tâcherons de l'information : petits reporters et faits divers », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, Tome 40, n°4, 1993, p. 578-603.

KALIFA Dominique, « Crimes : Faits divers et culture populaire à la fin du XIXe siècle », *Génèses*, n°19, 1995, p. 74-75.

LANG Thierry, « Déterminants sociaux, santé et politiques publiques : mobiliser toutes les connaissances », *Santé publique*, Volume 27, 2015, p. 619-621.

LITS Marc, « Le faits divers : une notion intraduisible », *Hermès*, n°49, 2007, p. 107-113.

MBEMBE Achille, « Nécropolitique », *Raisons politiques*, 2006, n°21, p. 29-60.

MEMMI Dominique et TAIEB Emmanuel, « Les recompositions du « faire mourir » : vers une biopolitique d'institution », *Sociétés contemporaines*, volume 75, n°3, 2009, p. 5-15.

MOREL Geneviève, « Le suicide est-il un acte ? », *Savoirs et clinique*, n°5, 2004 p. 11-18.

MOULIN Stéphane, « Présentation : La statistique en action », *Sociologie et sociétés*, vol. 43, n°2, 2011, p. 5-15.

PERROT Michelle, « Délinquance et système pénitentiaire en France au XIXe siècle », *Annales*, n°1, 1975, p. 67-91.

RABOT Jean-Martin, « L'imaginaire et la reliance dans la sociologie de Durkheim », *Sociétés*, n°127, 2015, p. 25-40.

SIRACUSA Jacques, « Le penchant quetelésien de Durkheim », *L'Année sociologique*, volume 67, 2017, p. 255-276.
SZTOKMAN Nicolas, « La santé dans les Pays de la Loire », *Cahiers Nantais*, n° 53, 2000, p.59-68.

Chapitre 7 et 8 :

Ouvrages généraux sur la santé publique :

BATT-MOILLO Agnès et JOURDAIN Alain (dir.), *Le suicide et sa prévention : Emergence du concept, actualité des programmes*, Rennes, Presses de l'ENSP, 2005, 272 p.

BENAMOUZIG Daniel, *La santé au miroir de l'économie (Une histoire de l'économie de la santé en France)*, Paris, PUF, 2005, 496 p.

FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008, 96 p.
RAIMONDEAU Jacques, *Manuel de santé publique : connaissances, enjeux et défis*, Presses de l'EHESP, 2020, 602 p.

Articles complémentaires :

ANDRIEU Bernard, « La fin de la biopolitique chez Michel Foucault », *Le Portique*, n°13-14, 2004, consulté le 25/05/2024, URL : https://journals.openedition.org/leportique/627.
BARRACLOUGH Brian, JENNINGS C., MOSS Robert, « Suicide prevention by the Samaritans : A Controlled Study of Effectiveness, *The Lancet*, vol. 30, n°8031, 1977, p.237-239.

BRECHAT Pierre-Henri, « Naissance et histoire de la régionalisation de la santé », *ADSP*, n°46, 2004, p.15-22.

CAMPEON Arnaud, « De l'histoire de la prévention du suicide en France », *Actualité et dossier en santé publique*, n°45, 2003, p. 35-38.

DIEBOLT Evelyne, « Utile, utilitaire, utilisé… Naissance et expansion du secteur associatif sanitaire et sociale (1901-2001) », *Connexions*, 2001, n°77, p.7-24.

DROLET Marie-Josée, « Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé », *Revue canadienne de bioéthique*, Volume 5, n°4, 2022, p. 89-93.
FLEURET Sébastien, « Les associations dans le système sanitaire et social en France : des territoires de l'invisible », *Economie et solidarité*, n° 36, 2006, p. 107-128.

MARZANO Michela, « Foucault et la santé publique », *Les Tribunes de la santé*, volume 33, n°4, 2014, p. 39-43.
PIERRU Frédéric, « La santé au régime néolibérale », *Savoir/Agir*, n°5, 2008, p. 13-24.

RENAULT Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du néolibéralisme », *Multitudes*, n°34, 2008, p. 195-205.

TREHONY Alain et CHAPERON Jacques, « Observation régionale de la Santé », *Sciences de la Société*, n°22, 1991, p. 187-189.

Sources :

Partie I :

Sources imprimées :

« Suicides de prison », *L'intolérable*, n°4, 1973, 64 p.

« La montée du suicide : Oser en parler », *Vie sociale*, n°1-2 1991, 79 p.

« Le suicide chez l'adolescent » dans *L'observatoire : revue d'action sociale et médico-sociale*, n°2, 1994, 53 p.

COUR ADMINISTRATIVE DE PARIS, "La mauvaise surveillance d'un malade mental qui se suicide dans un centre hospitalier spécialisé ne peut donner lieu à des dommages et intérêts que pour ceux qui attestent la réalité du préjudice subi par ledit suicide", 2000.

COUR ADMINISTRATIVE DE NANTES, "Le suicide d'un malade atteint de troubles mentaux, hospitalisé dans un service libre, nonobstant ses tendances suicidaires, ne peut être imputable à une faute de service eu égard aux circonstances rendant imprévisible le comportement de ce malade", 1999.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, Paris, Imprimerie royale, 1828, 269 p.

PINEL Philippe « Observations sur une espèce particulière de mélancolie qui conduit au suicide » dans Antoine François FOURCROY (de), *La médecine éclairée par les sciences physiques, ou Journal des découvertes relatives aux différentes parties de l'art de guérir*, Paris, Buisson, 1791, p. 154-159 (Volume 1) et p. 199-201 (Volume 2).

RAYNIER Julien et BEAUDOUIN Henri, *L'Assistance psychiatrique française*, Paris, Les établissements hospitaliers français, 1949 (première édition : 1900), 658 p.

Sources tirées des archives départementales sur la prison :

Archives départementales de Maine-et-Loire, 1 Y 154 : *Suicides et tentatives de suicide à la maison centrale de Fontevraud (1893-1920)*.

Archives départementales de Maine-et-Loire, 140 W 22 : S*uicides de détenus à la prison d'Angers (1946-1955).*
Archives départementales de la Sarthe, 1 Y 144 : *Suicides en prison*, 1939.

Sources tirées des archives départementales, régionales ou privées sur la psychiatrie et les jeunes :

Archives régionales des Pays de la Loire, 477 PR 2 : *baromètre santé jeune (12-25 ans) en région Pays de la Loire*, 2000, 16 p.

Archives départementales de la Loire-Atlantique, 2734 W 33 : « La prévention du suicide des jeunes : Conférence européenne » dans *Dossier de préparation à la conférence*, 2000, 10 p.

Archives départementales de Maine-et-Loire, 2560 W 220 : *Documents de la CPAM sur la prévention du suicide*, années 1990-2000.

Archives départementales de Vendée, H dépôt 5 Q 140 : *Dossiers d'aliénés*, 1938.

Archives départementales de Vendée, H dépôt 5 Q 128 : *Dossiers d'aliénés*, 1914.

Archives départementales de Vendée, H dépôt 5 Q 133 : *Dossiers d'aliénés*, 1932-1933.

Archives départementales de Vendée, H dépôt 5 Q 133 : *Dossiers d'aliénés*, 1932-1933.

Archives du Bon Pasteur à Angers, ANG 1216 : *Dossiers d'observation du centre des Tilleuls*.

Archives centrale de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, 17 HS Q 75 : *Registre d'entrées de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1950-1951)*.

Archives centrale de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, 17 HS Q 19 : *Registre d'entrées de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1910-1912)*.

Partie II :

Sources imprimées officielles et scientifiques :

Statistiques pénitentiaires, Paris, ministère de l'Intérieur, 1920, p.34.

DURKHEIM Emile, *Le Suicide*, Paris, Felix Alcan, 1897, 462 p.

MINISTERE DE LA JUSTICE *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, Paris, 1900, p. 86.

PHILIPPS David, « The Influence of Suggestion on Suicide : Substantive and Theorical Implications of the Werther effect », Volume 39, n°3, 1974, p. 340-354.

Sources imprimées de la presse locale :

« Informations », *Progrès de Nantes et de la Loire-Intérieure*, 04/01/1900, p. 1.

« Informations » dans *Progrès de Nantes et de la Loire-Intérieure*, 23/01/1900, p. 1.

« Chronique départementale » dans *Petit Courier*, 08/01/1900, p. 16.

« Chronique régionale » dans *Petit Courrier*, 19/01/1900, p. 30.

CHASLES Emile, « Le suicide de l'Enfant » dans *Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure*, p. 1.

« Faits divers de 1897 » dans *L'Avenir et l'Indicateur de Vendée*, 01/01/1898, p. 1.

BERTROZ Louis, « Le drame de la misère » dans *L'Avenir et l'Indicateur de Vendée*, 12/04/1899, p. 4.

« Le suicide de Gabriel Syveton » dans *L'Avenir et l'indicateur de la Vendée*, 11/12/1904, p. 1.

« Un suicide qui en dit peut-être long » dans *La Parole Républicaine et la Vendée socialiste*, 27/01/1951, p. 1-2.

« A propos de deux suicides récents. L'argent ne fait pas le bonheur, il leur manquait Dieu » dans *La Croix de Vendée*, 01/05/1932, p. 1.

« Le drame du suicide chez les jeunes » dans *Ouest France*, 29/04/1998, p. 5-6.

Sources tirées des archives départementales et régionales :

Archives régionales des Pays de la Loire, 105 PR 4756 : SROS, 1998.

Archives départementales de Loire Atlantique, 1226 W 488 : *Tentatives de suicide*, 1981.

Archives départementales du Maine-et-Loire, 257 J 12 : *Fonds Janine Brouard : La Mort*, 1987.

Archives départementales de Maine-et-Loire, 2560 W 220 : « Sondages auprès des médecins généralistes » dans *Documents de la CPAM sur la prévention du suicide*.

Partie III :

Sources imprimées :

« Les écoutants d'SOS Amitiés attrapeurs de bouteille à la mer » dans *Vivre à Angers*, n°29, 1979, p. 19.

« 13e édition Observatoire SOS Amitié des souffrances psychiques 2022 », Paris, SOS Amitié, 2023, p. 5-12.

RANVOIZE Claude, *Le Suicide en milieu rural dans la Sarthe*, Le Mans, Imprimerie Jobidon, 112 p.

WINSLOW Charles-Edward, « The Untilled Fields of Public Health », *Science*, Volume 51, n°1306, 1920, p. 23-33.

Sources tirées des archives régionales :

Archives régionales des Pays de la Loire, 477 PR 2 : *SROS (1999-2004)*, 1999, 24 p.

Centre de documentation de l'Observatoire régionale de santé des Pays de la Loire, F5.9 : RIOU Bertrand (dir.), *Préférer Vivre : Recueil des interventions*, Le Mans, 53 p.

TABLE DES MATIERES

Avertissement.....4
Engagement de NON-PLAGIAT.....5
Remerciements.....6
Sommaire.....7
Introduction.....8
Partie I : Suicides et enfermement : l'« institution totale » au prisme du XXe siècle27
Propos liminaire : Du concept d'« institution totale » au « stigmate » : l'apport de l'approche sociologique d'Erving Goffman.....27
Chapitre I : Le modèle du suicide carcéral : entre surveillance et réformes...32
Introduction : Carcéralité et production documentaire à l'épreuve de la modernité.....32
1) L'administration pénitentiaire et la standardisation progressive de la prise en charge du suicide en prison au cours du XXe siècle.....38
2) La prise en charge des phénomènes suicidaires à la maison centrale de Fontevraud (1897-1920) :.....45
3) Suicides et carcéralité en région Pays-de-la-Loire au XXe siècle, des points de comparaison :.....51
Conclusion : La prison, un acteur socio-historique à part entière.....54
Chapitre 2 : Le suicide en psychiatrie : un exemple d'évolution des pratiques et des savoirs médicaux au long court.....56
Introduction : La mutation du champ psychiatrique : de l'apogée de la discipline à la déshospitalisation, entre crises et transformations.....56
1) Les phénomènes suicidaires en psychiatrie : une histoire du droit et de responsabilité légale.....61
2) Des trajectoires de suicidants en milieu psychiatrique : l'exemple de l'asile de la Roche-sur-Yon dans la première partie du XXe siècle.....64
3) La prise en charge du suicide à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire : un siècle d'histoire.....71
Conclusion : les dynamiques socio-institutionnelles de la psychiatrie.....77
Chapitre 3 : Le suicide des jeunes : des centres fermés aux politiques publiques....79
Introduction : Les jeunes et les politiques publiques au XXe siècle.....79
1) Les jeunes et les phénomènes suicidaires en institution fermée au XXe siècle85
2) Le suicide des jeunes dans la deuxième moitié du XXe siècle : entre littératures scientifiques et politiques publiques en région Pays de la Loire.....92
Conclusion : Les jeunes et le suicide, un enjeu contemporain.....101
Conclusion générale de la Partie I :.....103
Partie II : La lutte contre le suicide : une construction « biopolitique ».....104
Propos liminaire : Du « gouvernement des corps » à la « biopolitique » : le legs de la philosophie historique de Michel Foucault.....104
Chapitre 4 : De la mesure du suicide en population générale aux politiques de prévention.....109
Introduction : De l'obsession statistique à l'avènement du sujet de la prévention : vers l'édification d'un biopouvoir ?.....109
1) Les types de statistiques sur le suicide existant au XXe siècle.....113
2) Les chiffres du suicide en région Pays de la Loire au XXe siècle.....116

3) La statistique au service de la prévention en région Pays de la Loire à la fin du XXe siècle 122

Chapitre 5 : Le suicide comme objet moral et socio-politique : le regard de la presse locale 126

Introduction : Les faits divers sont-ils des faits politiques, historiques et sociaux comme les autres ? 126

1) Le traitement journalistique du suicide dans *Le Petit Courrier* et *le Progrès de Nantes et de la Loire-Inférieure* en janvier 1900 : 134

2) Le suicide dans la presse vendéenne dans la première moitié du XXe siècle :138

3) La presse et la valorisation des politiques publiques de prévention du suicide dans les années 1980-1990 en Région Pays de la Loire..... 141

Conclusion : Le journalisme comme relais du politique..... 143

Chapitre 6 : Les enjeux de la production scientifique et universitaire autour du suicide 144

Introduction : Le savoir scientifique, un pouvoir comme un autre..... 144

1) Le suicide, une catégorie construite entre sociologie et psychiatrie depuis 1897 : 148

2) La prise en charge du suicide par le service de sécurité générale de Nantes en 1981 : 159

3) Le suicide dans les enquêtes de l'Institut de sociologie et de psychologie appliquées (IPSA) en 1987 : 161

Conclusion : Le savoir comme structure des politiques publiques 163

Conclusion générale de la Partie II : 164

Partie III : Des nouveaux acteurs dans la prise en charge du suicide : des institutions régionales à la sociéte civile..... 165

Propos liminaire : La santé publique : un approfondissement du pouvoir de l'Etat ? 165

Chapitre 7 : Des enquêtes menées par des médecins locaux aux rapports de l'Observatoire régionale de Santé sur le suicide 170

Introduction : L'institutionnalisation de la santé publique après la Seconde Guerre Mondiale 170

1) Une étude d'un médecin généraliste sur le suicide en Sarthe dans les années 1960..... 174

2) Les études sur le suicide de l'Observatoire régionales de Santé depuis la fin des années 1990..... 178

Conclusion : La région nouveau cadre des politiques de santé publique... 182

Chapitre 8 : Les associations et la thématique du suicide : une histoire de l'après Seconde Guerre mondiale jusqu'à nos jours 184

Introduction : Les associations dans le champ de la santé..... 184

1) Les associations et le suicide en région Pays-de-la-Loire dans la deuxième partie du XXe siècle..... 189

2) Préférer Vivre : une rencontre publique du 12 août 1993 192

Conclusion : Le modèle associatif au cœur du néolibéralisme en santé.... 194

Conclusion générale de la partie III : 196

Conclusion Générale du Mémoire : 197

Annexes..... 199

Bibliographie et sources : 203

Bibliographie : 203

Introduction : 203

Sources : 211
Table des matières 214
Abstract 217
Résumé 217

RESUME

Suicide et actions publiques en région Pays de la Loire : de la « question sociale » à la « biopolitique » (1897-2002).

Ce travail de recherche tend à montrer que la prise en charge du suicide au XXe siècle s'accompagne de profondes mutations institutionnelles dans le champ des politiques publiques. En effet, alors que les réponses des autorités aux questions sociales et sanitaires posées dès la première moitié du XIXe siècle sont encore à leur balbutiement, le développement des savoirs scientifiques avec notamment la publication de Durkheim en 1897 chamboule les orientations prises par les pouvoirs publics. Dès lors, à travers l'avènement d'outils statistiques et de nouveaux acteurs, l'Etat se met en quête de prévenir ce qu'il considère comme des facteurs de risques pour les populations, dont la mort et par extension le suicide. Cette volonté de prolonger la vie, qui est le propre des sociétés contemporaines, amène l'avènement de techniques de pouvoir et de programmes publiques que nous appelons « biopolitique ».

Mots-clefs : Suicide ; XXe siècle ; histoire social/du fait institutionnel ; histoire des politiques publiques/des sciences ; sociologie ; psychiatrie ; suicidologie.

ABSTRACT

Suicide and public actions in the Pays de la Loire region: from the "social question" to "biopolitics" (1897-2002).

This research tends to show that the management of suicide in the 20th century is accompanied by profound institutional changes in the field of public policies. Indeed, while the responses of public authorities to the social and health questions posed in the first half of the 19th century are still in their infancy, the evolution of scientific knowledge, notably the publication of Durkheim in 1897, shakes up the directions taken by the public authorities. Thus, thanks to the advent of statistical tools and new actors, the State seeks to prevent what it considers to be risk factors for populations, including death and by extension suicide. This desire to prolong life, characteristic of contemporary societies, leads to the advent of techniques of power and public programs that we call "biopolitics".

Key words : Suicide; Twentieth century ; social history/institutional fact; history of public policy/science; sociology; psychiatry; suicidology.