

Claude Léger

« L'autopsie psychologique du suicide »

Vous avez aimé l'expertise de l'INSERM sur les psychothérapies ? Vous adorerez l'expertise collective du même institut, intitulée : *Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention.*

Nous avons connu il y a quelques décennies *Le Suicide, mode d'emploi* ; nous entrons dans l'ère des cahiers des charges pour bonnes pratiques, non plus du suicide, mais de sa prévention, en raison du nombre considéré comme trop important de ses réussites : environ 11 000 par an, soit quelque 2 % des décès annuels, avec une nette prédominance masculine.

À quoi il convient d'ajouter qu'il constitue – ce qui n'est pas une découverte – la première cause de mortalité chez les jeunes. Comme il n'est pas possible d'établir un portrait précis du sujet suicidaire, certains pays ont inventé « l'autopsie psychologique ». Rien d'étonnant à ce que le Canada, terre promise de l'évaluation et de la réhabilitation psychosociale, figure parmi les pionniers. Mais grâce à l'INSERM, nous allons y venir rapidement.

Cette « autopsie » (aurait-on pu trouver meilleur syntagme pour désigner l'entreprise commanditée à l'INSERM par la DGS ?) consiste en la collecte des informations, grâce à un grand nombre de paramètres, destinées à identifier, voire à expliquer, les raisons d'un suicide et à évaluer les facteurs de risque que présentait la personne décédée. Le questionnaire sur lequel repose « l'autopsie », soumis aux proches du suicidé (famille, médecin traitant, relations amicales ou professionnelles), doit inclure des items indispensables : les détails de la mort (circonstances, méthode, existence d'une préméditation), le paysage familial (enfance, adolescence, éducation), le contexte social, le parcours de vie, le monde relationnel, les conditions de travail, la santé physique et mentale (sans omettre les conduites suicidaires antérieures), les événements de vie négatifs, un éventuel contact avec un

service d'aide avant le passage à l'acte (S.O.S. amitié) et la réaction des proches.

Ces données doivent être collectées « dans une période située idéalement entre deux et six mois après le suicide ». La méthode retenue pour la prise de contact avec l'entourage est l'envoi d'un courrier suivi d'un appel téléphonique, après validation de ladite méthode par le comité d'éthique compétent. Les résultats, pour être eux aussi validés, devront synthétiser les réponses de plusieurs proches, familiaux et autres. Cette technique, on le voit, requiert le strict respect des conditions méthodologiques, pratiques et éthiques. Elle doit surtout préciser la qualité des intervenants, dont les experts réclament qu'ils soient expérimentés, c'est-à-dire des psychiatres et des psychologues.

On peut d'ores et déjà conseiller aux experts de l'INSERM, compte tenu de la démographie calamiteuse de la psychiatrie française et de la multiplication des missions en santé mentale, de faire appel aux enquêteurs des instituts de sondages d'opinion qui ont une pratique assurée de l'interrogatoire téléphonique. On introduirait par là même, à moindre coût, le travail afférent aux cellules d'écoute – ce que recommande du reste l'expertise – pour aider au processus de deuil.

Ainsi, l'autopsie psychologique du suicide va-t-elle trouver aisément sa place dans le plan de santé mentale de notre ministre, qui a mis ce problème parmi ses priorités. Cela dit, l'autopsie en question n'est pas que psychologique. Elle va donner du travail à d'autres intervenants que ceux déjà cités et peut-être même permettre de créer une nouvelle spécialité multidisciplinaire : la suicidologie. En effet, « couplée à l'autopsie psychologique, la prise en compte des facteurs biologiques, dans l'acte suicidaire, est aujourd'hui bien documentée et pourrait améliorer la performance du dépistage d'une probabilité de suicide et ainsi participer à la prévention ». Aussi les experts recommandent-ils que les futures études intègrent la quête de facteurs biologiques et génétiques dans les conditions nécessaires à la recherche, sans oublier la médecine légale ! Nous en sommes au stade de « l'expertise opérationnelle », c'est-à-dire de la mise en application grâce à des protocoles de bonne conduite qui seront validés par la Haute Autorité, héritière de l'ANAES.

Il me revenait, en écrivant ces lignes, le souvenir du docteur Ramon, jeune interne de l'asile de Charenton, qui avait assisté Sade dans ses derniers instants et qui, tout empreint des théories phrénologiques de Gall, n'avait pas manqué l'occasion, lors de l'exhumation du corps du marquis, d'examiner son crâne, examen dont il concluait : « Son crâne était en tous points semblable à celui d'un Père de l'Église. » Le bertillonisme n'est pas mort, il s'est seulement enrichi de l'ADN et du génome.

Se pose alors la question : que faire des ratés du suicide ? Après avoir investi tout ce potentiel interventionniste dans l'autopsie *post mortem*, qui va pouvoir encore passer du temps et de l'expérience à s'occuper de ceux qui n'ont pas réussi, et avec quels moyens, quelle méthodologie ? Cette expertise est une boîte de Pandore, car il va falloir dépister les suicidants, contacter leur entourage, prévenir les uns et les autres : la famille, l'école, le travail, les services sociaux, les futurs conjoints, etc. Il va falloir faire des enquêtes génétiques parmi les ascendants, les collatéraux, sans oublier de prévenir aussi la police, les pompiers et le SAMU. Restera à inscrire la mention « suicidaire » dans la « carte vitale » et pourquoi pas la carte d'identité.

L'expérience, affichée comme critère de sérieux par l'expertise de l'INSERM, montre qu'un patient déterminé au suicide réussit à accomplir son acte tôt ou tard, quels que soient les « moyens préventifs » mis en œuvre pour l'en empêcher. J'ai connu des patients mélancoliques hospitalisés, protégés, qui ont attendu durant des mois l'occasion d'une défenestration ou d'une décapitation par un train. À l'inverse, d'autres patients font des actes suicidaires gravissimes, dont ils réchappent et peuvent dire dans les suites de leur passage à l'acte qu'ils n'y étaient pas radicalement déterminés. Ainsi, telle patiente avait posé ses lunettes et sa prothèse dentaire sur le banc d'une station de métro avant de se jeter sous une rame et d'en réchapper, polytraumatisée, invalide, mais apaisée. Il y a encore ces patients qui prennent une surdose médicamenteuse « pour dormir » et qui ne s'en réveillent pas.

Prévenir un suicide suppose d'avoir rencontré celui qui l'envisage comme acte et de lui avoir donné la possibilité, en en parlant, de s'en détourner pour une autre solution. Le mot « suicide » n'est pas inscrit sur son front, il n'est repérable que dans la parole du

mensuel 7

sujet, et il n'existe aucun protocole de prévention assurée, sauf peut-être l'hospitalisation lorsqu'une tentative a déjà eu lieu, ce qui s'avère de plus en plus fréquent.

Encore s'agit-il de suicides individuels. Qu'en sera-t-il si la pratique des suicides collectifs se répand, comme au Japon, organisés par Internet et sans le support d'aucune secte ? De nouveaux protocoles en perspective...