

Acteurs et chercheurs en suicidologie

Sous la direction de
Françoise Facy • Michel Debout

DÉSESPOIR VIOLENCE
ÉCOUTE ASSOCIATION CRISE
TÉLÉPHONIE SOCIALE
PRÉVENTION URGENCE
PSYCHIATRIE RELATION HUMAINE



Extrait de la publication

ACTEURS ET CHERCHEURS EN SUICIDOLOGIE

Déjà parus dans la même collection

LES COMPORTEMENTS À RISQUE DES TOXICOMANES

A. Boissonnas, G. Vidal-Trécam, J. Coste,
I. Varescon-Pousson, J. Reboul-Marty

TOXICOMANES INCARCÉRÉS

F. Facy

TOXICOMANES ET PRESCRIPTION DE MÉTHADONE

F. Facy

L'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE :

UN OUTIL DE PRÉVENTION DU RISQUE ALCOOL

F. Facy, A. Salles, D. Jouve

ÉPIDÉMIOLOGIE DES POLYCONSOMMATIONS ALCOOL, DROGUE

J.M. Delile, F. Facy, S. Dally

LES TOXICOMANIES

F. Facy, L. Guyon

LES JEUNES SUICIDANTS À L'HÔPITAL

M. Choquet, V. Granboulan

ADDICTIONS AU FÉMININ

F. Facy, M. Villez, J.M. Delile, S. Dally

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie.

© **Éditions EDK, Paris, 2006**

33, rue Bezout, 75014 Paris, France

Téléphone : 01 53 91 06 06 - Fax : 01 53 91 06 07

E-mail : edk@edk.fr

Site : www.edk.fr

ISBN : 2-84254-109-X

ACTEURS ET CHERCHEURS EN SUICIDOLOGIE

Sous la direction de
Françoise FACY, Michel DEBOUT



Vj k' r ci g' k' p v g p v k q p c m (' i g h v ' d n e p m

SOMMAIRE

INTRODUCTION

F. Facy, M. Debout 9

PARTIE 1 - COMPRÉHENSION DES CONDUITES ET PROBLÉMATIQUES DE RECHERCHE

13

Le suicide, une violence méconnue

J. Vedrinne, J.-P. Soubrier 14

Place de la violence dans la vie affective humaine

D. Settelen 21

Violence, suicide : détruire, construire, acteurs et chercheurs

F. Blaise-Kopp 34

Transmission du geste suicidaire

J. Guyotat 38

Les questions de santé publique

Groupe PRS Rhône-Alpes, C. Dumont 43

Intervention du programme régional de santé-suicide

R. Vitale, S. Martin, D. Straub, P. Combes 50

La place du chercheur dans la prévention

A. Batt 58

PARTIE 2 - RECHERCHES ET MILIEUX PROFESSIONNELS DE PRÉVENTION - TROIS DOMAINES : RECHERCHE - PRÉVENTION - SOINS

63

Mesures et indicateurs : quelles sont les spécificités en suicidologie ?

F. Facy, M. Debout, C. Le Tessier 64

Apport de la médecine légale : la « santé » des suicidés	
M. Debout, E. Bonne, P. Beck, D. Fasquel, D. Malicier	87
Milieu scolaire et recherche : pour une culture préventive de l'entre-deux	
D. Cettour	96
Vers une construction progressive d'une culture de la prévention en milieu scolaire	
J.-L. Pilet	120
Concertation entre recherche et pratique en prévention du suicide : trois exemples québécois	
F. Chagnon, B.L. Mishara	136
PARTIE 3 - LES LIEUX D'ACCUEIL	149
L'enquête CREDA sur les résultats obtenus par la prise en charge spécifique des centres « Recherche et Rencontres »	
M.-T. Fachon	150
Un lieu de crise pour les adolescents à la clinique médico-universitaire Georges-Dumas	
T. Vincent	156
Droits de la famille après le suicide d'un fils, d'une fille, d'un frère, d'une sœur : synthèses des témoignages	
Association Nationale Jonathan Pierres Vivantes	160
Projet RELIER : une perspective pour les suicidants	
J. Vazeille	166
Un test pour dépister les conduites suicidaires des adolescents	
P. Binder	171
Comment impliquer la communauté dans la prévention du suicide ? Pratiques novatrices d'une équipe hospitalière	
K. Yebbal	188

PARTIE 4 - Besoins de recherche-action et de formation	199
Un programme complet de prévention en milieu pénitentiaire	
J.-L. Terra	200
Un centre régional de ressources de prévention des conduites suicidaires	
M.-H. Bussac-Garat	217
Recherche-actions dans le Tarn - tentatives de suicide : circuits d'information	
B. Vilamot, F. Facy, J.-P. Soubrier, M. Passamar, M. Debout, G. de la Garoullaye	222
Recherche-action dans les transports publics : de l'usage des informations à la mise en place d'actions	
M. Sohier, B. Guingant, D. Sutton, F. Facy, R. Padiou, P. Carette, J.-Y. Bonnefond, E. Kothe, E. Malis	246
« Un message pour la vie »	
F. Facy, M. Rabaud, N. Cherkasky, C. Thomas, G. Goualc'h, M. Debout	255
PERSPECTIVES	287
Acteurs et chercheurs en suicidologie	
M. Debout, F. Facy	288

Vj ku' r ci g' k p v g p v k p c m f ' i g h v' d r e p m

INTRODUCTION

Françoise Facy¹, Michel Debout²

¹ Directeur de recherche Inserm

² Président de l'UNPS

L'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS) a été créée il y a bientôt 10 ans, regroupant des associations de professionnels et de bénévoles œuvrant dans ce champ, à la recherche de réponses médico-psycho-sociales mieux adaptées à la souffrance et au désespoir des personnes suicidaires.

L'UNPS, d'emblée, a souhaité développer un axe de recherche, d'une part pour susciter des actions en fonction des résultats acquis sur un plan scientifique et d'autre part pour concourir à l'amélioration des connaissances, à partir des observations cliniques dans les lieux de soins et de prévention.

La place donnée à la recherche depuis les premiers colloques ou rencontres organisés par l'UNPS est tout à fait particulière, le questionnement est permanent :

- où en est-on des données épidémiologiques qui permettent de mesurer l'ampleur du phénomène et d'en suivre l'évolution dans le temps ?
- que font les autres pays en matière de prévention et quelle est l'évaluation des programmes ?
- comment sont organisés le repérage et les soins aux suicidants dans les centres hospitaliers ? Quelle est la formation des intervenants ?
- existe-t-il des « modèles » pour renforcer le lien social à partir de structures d'aide ? Quel est le rôle de la téléphonie sociale ?

Ces thèmes sont aussi abordés par le comité éthique et scientifique de l'UNPS, composé de chercheurs de l'Inserm, de cliniciens, d'universitaires, de philosophes, d'acteurs de prévention, en milieu scolaire notamment. La réflexion commune s'est progressivement structurée dans trois directions principales :

- les personnes et les comportements individuels ;
- les milieux et les situations de prévention ;

- les professionnels du soin.

À ces niveaux d'observation, chercheurs et acteurs de terrain doivent articuler leurs méthodes et leurs outils de mesure en fonction d'une thématique commune. Cette phase se révèle longue, inhabituelle aux démarches courantes des différentes disciplines rassemblées en suicidologie. L'apprentissage d'un langage commun, pour appréhender les bases de raisonnement de chacune est indispensable, mais long, pour mutualiser et approfondir les connaissances scientifiques et cliniques.

L'approche de Santé Publique reste encore peu familière à de nombreux intervenants en prévention et l'opposition avec la clinique individuelle obstrue encore souvent le dialogue.

De même, les composantes des relations humaines présentent une telle complexité par leur diversité et leurs interactions systémiques qu'elles rebutent nombre de chercheurs et les mettent au défi de modéliser les situations et les programmes autrement que d'établir des catalogues...

Aussi l'UNPS se veut être un espace d'échanges, d'expérimentation et d'évaluation pour faciliter la diffusion des connaissances auprès de publics divers, professionnels ou entourage, pour la formation et la prise de conscience collective, et pour contribuer à l'installation de moyens d'aide et de soins aux personnes en difficulté avec l'existence.

La collaboration avec des organismes de recherche s'est faite surtout grâce à quelques chercheurs engagés dans une démarche associative, acceptant un mode de dialogue proche du terrain, sans rejet de la multidisciplinarité, de la limitation naturelle des expériences biologiques et humaines, des hésitations des politiques de santé, des incertitudes de la médecine et de la santé mentale.

Ce livre est une synthèse des avancées et des hésitations dans le rapprochement entre chercheurs et acteurs de prévention et soins, souhaité et organisé par l'UNPS, avec un temps fort, lors du colloque de Saint-Étienne, en 2003 sur le thème général : « *Violence et suicide : détruire et construire* » et soutenu par la DRASS de la région Rhône-Alpes.

Cet ouvrage prolonge les réflexions du colloque organisé autour des questions :

- Travaux de recherche, transfert de connaissances et actions de terrains, quelle est leur interactivité ?
- À l'aune du Programme Régional de Santé (2000-2002) et des

travaux récents menés, de recherche ou cliniques, comment les professionnels de Santé échangent avec les associations de prévention ?

- Les connaissances actuelles sont-elles suffisantes pour l'analyse des besoins et l'évaluation des actions en terme d'efficacité ?

Quatre parties structurent les problématiques, la légitimité des chercheurs en santé et les spécificités des milieux d'observation, les acteurs de la prévention du suicide et leurs interventions, les besoins de connaissances et de formation.

Vj ku'r ci g'lvqvkvpcmf 'igh'drepm

PARTIE 1

Compréhension des conduites et problématiques de recherche

Que l'approche des phénomènes de violence, de suicide, de traumatisme soit individuelle (sur des personnes) ou collective (sur des populations), elle requiert des définitions des sujets d'étude ou d'observation et des méthodologies explicites ; situer la place des chercheurs et des acteurs en suicidologie permet de comprendre leurs rôles dans leurs analyses croisées et d'utiliser leurs avancées dans les choix d'actions pour la prévention.

La loi de Santé Publique votée en 2004 précise l'importance des indicateurs pour délimiter les objectifs de santé et suivre l'impact des actions.

Parmi les plans prioritaires, le deuxième s'attache à l'ensemble des conduites à risque, pour limiter les conséquences des phénomènes de violence et d'addiction. Les objectifs fixés concernent la diminution de la mortalité par traumatisme et violence, et la facilitation de l'accès aux soins. Pour l'application des politiques de santé, les régions organisent des concertations et élaborent des programmes régionaux de santé. L'exemple du dernier PRS de Rhône-Alpes illustre l'interactivité chercheurs-acteurs de prévention et décideurs de Santé Publique, pour suivre les indicateurs et les besoins et évaluer les interventions.

LE SUICIDE UNE VIOLENCE MÉCONNUE

Jacques Vedrinne¹, Jean-Pierre Soubrier²

¹ Professeur de médecine légale, Institut de médecine légale,
Lyon, France

² Professeur de psychiatrie, Président de la section de suicidologie de
l'association mondiale de psychiatrie, expert OMS

Il pourrait paraître comme allant de soi que les préoccupations du groupe social sur l'envahissement de la violence et le besoin de sécurité maximum impliquent le suicide. En réalité, le suicide est volontiers méconnu dans les travaux portant sur les violences. Cette méconnaissance que l'on va retrouver à tous les niveaux de l'analyse aussi bien psychologique que sociologique est une des clés essentielles de la compréhension du suicide.

Perception de la violence

Lorsque l'on demande, dans le cadre de séminaires ou d'interventions diverses auprès de soignants, aux différentes personnes de connoter la notion de violence le plus spontanément possible, les réponses tournent autour de l'homicide, la violence, le viol, le racisme, etc. mais très rarement mentionnent le suicide. C'est qu'en effet la violence est plutôt perçue comme une agression physique, exercée intentionnellement par un individu ou un groupe contre un autre individu ou un autre groupe. C'est d'ailleurs dans cette optique que le dictionnaire Robert mentionne « faire violence : agir sur quelqu'un en employant la force ou l'intimidation ; la violence : force brutale pour soumettre quelqu'un ; une violence : acte par lequel s'exerce cette force (sévices, maltraitance), disposition naturelle à l'expression brutale des sentiments ». La violence est donc plus volontiers associée à la notion de délinquance sous la forme d'une agression menaçant la sécurité et l'intégrité physique de l'autre. Bergeret distingue « la violence » en tant qu'instinct fondamental inné, présent chez tous les humains et

destiné à assurer la survie et d'autre part, les actions agressives, ce qu'on appelle communément « *les violences* ». Il distingue donc la violence qui correspond à une attitude mentale assez simpliste beaucoup plus archaïque et beaucoup plus spontanée de l'agressivité correspondant à un mode de fonctionnement mental assez secondarisé et susceptible de bénéficier d'une élaboration structurante pour le développement de la personnalité du sujet aussi bien dans le cadre des relations inter-humaines que tout simplement dans le cadre du fonctionnement intra-psychique.

Pour paraphraser un mot célèbre, on pourrait dire que les violences « *ce sont les autres* » : le fou, le marginal, le délinquant. Le suicide n'est donc pas perçu immédiatement comme une violence et ne semble pas avoir beaucoup intéressé les auteurs des travaux sur la violence. Par exemple, le rapport Peyrefite « *Réponse à la violence* » publié en 1977 n'y consacre qu'une demi-page sur 750 et encore s'agit-il de données purement statistiques sans aucune analyse du phénomène. Une exception notable toutefois, celle de l'ouvrage « *Histoire de la violence* » de Jean-Claude Chesnais paru en 1981, qui accorde à la violence privée suicidaire une place importante (100 pages sur les 400 pages de l'ouvrage).

Plus récemment, l'OMS en 2002 a abordé le problème de la violence en tant que défi planétaire en soulignant que la moitié des morts violentes est due au suicide, le tiers aux homicides et un cinquième aux guerres. Le coût humain de la violence totalise 1,6 million de morts par an. Trois types de violences sont reconnus : contre soi par suicide et automutilation, interpersonnel dans la famille et la communauté, et collective lors des guerres et des conflits armés. D'une manière générale, les conduites autodestructrices sont plus volontiers évoquées dans les travaux sur la violence comme le résultat ou l'effet de la violence, que comme une violence en soi.

On peut donc s'interroger sur cette réaction sociale telle qu'elle s'exprime dans le discours du public et qui se trouve confirmée par le relatif silence des chercheurs. Cette attitude n'épargne pas non plus l'organisation judiciaire qui parfois, en dépit des obligations réglementaires concernant les certificats de décès par exemple, a tendance à considérer le suicide plus dans le domaine de la mort naturelle que de la violence (surtout s'il s'agit d'un malade chronicisé ou d'une personne très âgée polypathologique).

Il est vrai que pendant très longtemps (heureusement les choses commencent à changer de manière significative) pour des raisons tenant à des facteurs individuels mais surtout socioculturels, la censure

sur tout ce qui touchait au suicide a parfaitement fonctionné. La mort par suicide était une mort dont la cause devait être cachée bien après que le suicide ait été décriminalisé et que la condamnation religieuse ait été abolie. Toutefois, les mentalités évoluent plus lentement que la parution des décrets surtout lorsqu'il s'agit du comportement touchant à des interdits concernant les instincts les plus vitaux, d'où la persistance d'une résistance individuelle et sociale à la levée du tabou, prévalant depuis longtemps à tout ce qui touche au suicide.

Apport de la criminologie

C'est peut-être particulièrement dans les travaux de criminologie que le suicide trouve sa place dans les conduites violentes. Ainsi Alexandre Lacassagne dans un travail de 1896 « Les suicides à Lyon » introduit son étude par la citation d'un auteur allemand du XVIII^e siècle, Sussmilch, qui faisait cette observation : « *nous sortons de cette vie par trois portes :*

- *l'une immense, aux propositions colossales, sous laquelle passe une foule de plus en plus considérable, c'est la porte des maladies et des accidents ;*
- *la seconde d'une moindre grandeur, et qui semble se rétrécir graduellement, c'est la vieillesse ;*
- *la troisième étroite, sombre, d'apparence lugubre, toute maculée de sang et qui s'élargit chaque jour, c'est la porte des morts violentes et notamment celle du suicide ».*

Dans son chapitre « du suicide » de son précis de médecine légale en 1906, Lacassagne écrit « *détruire, c'est écarter les obstacles qui s'opposent à la réalisation d'un désir. L'instinct qui nous y porte et que l'on peut appeler l'instinct de destruction, devient chez l'homme l'instinct du meurtre quand l'obstacle est l'un de ses semblables, le poussant au suicide quand il rencontre l'obstacle en lui-même...* ». Plus loin, il rappelle « *c'est ce qu'avait admirablement compris Dante lorsqu'il classa les suicidés parmi les violents entre les violents contre le prochain et les violents contre Dieu* ». Plus récemment, un auteur anglais Richard Cobb dans son ouvrage « *la mort est dans Paris : enquête sur le suicide, le meurtre et autres morts subites à Paris au lendemain de la terreur* » souligne « *les suicidés ont donc droit à la place d'honneur non seulement du fait de leur nette prééminence numérique par rapport aux victimes d'accidents, de la vieillesse, de la maladie ou d'assassinats, mais aussi par une autre raison : eux seuls posent les problèmes essentiels, que leur geste soit une simple et discrète manifestation de désespoir individuel ou qu'il faille l'interpréter*

comme une protestation sans écho contre l'injustice et la cruauté du monde ».

Les liens entre suicide et homicide ont fait l'objet de nombreux travaux au plan sociologique : par exemple il a été montré que l'état de guerre faisait tomber le taux de suicide. En revanche, la thèse selon laquelle il y aurait une inversion de l'agressivité avec antagonisme entre les tendances du suicide et celles de l'homicide doit être sérieusement relativisée. Loin d'être systématiquement opposés, les mouvements des deux sont souvent parallèles. Les suicides collectifs (Jonestown, Vercors, etc.) de même que ceux survenant dans le cadre de situations extrêmes déshumanisantes (camps de la mort) sont aussi l'expression d'une violence terrifiante.

Au plan clinique, le suicide post-homicide est un cas de figure bien connu en psychiatrie : suicide de l'agresseur de l'objet aimé dans le registre passionnel, mère se détruisant après avoir tué son enfant, mélancolique retournant contre lui l'arme qui a servi à réaliser parfois une véritable hécatombe familiale. Le suicide et l'homicide sont des actes passionnels dans lesquels les liens qui unissent deux individus ne peuvent être rompus qu'au prix de la mort. Le suicide est aussi meurtre de l'autre, l'homicide également meurtre de soi-même.

Sur un plan biologique, il existerait une base commune au niveau de certains neuromédiateurs cérébraux qui serait celle de l'impulsivité évoluant dans le sens de la violence ou du suicide selon certaines circonstances et facteurs. Van Praag qui aborda cette question dans un livre *« Violence et suicidalité »* déclare par ailleurs : *« sans équivoque, il existe une relation entre suicide et violence, mais cette relation n'est pas simple »*. Il n'en reste pas moins que la représentation d'une mort « douce » est encore vantée par certains, tels les auteurs de l'ouvrage *« Suicide, mode d'emploi »* paru il y a une vingtaine d'années dont les aspects les plus contestables de leur conception idéologique tenaient précisément au déni de toute violence dans le suicide qui était tout à fait banalisé. Rappelons que c'est la publication de cet ouvrage qui a abouti à la promulgation de la Loi du 31 décembre 1987 sur la provocation au suicide. Le risque de résurgence d'un mécanisme de défense sociale ou l'occultation de la réalité est à la mesure de l'angoisse qu'elle suscite et ne doit pas être sous-estimé.

Ambiguïtés de la suicidologie

Tout discours sur la violence passe obligatoirement par l'analyse de sa propre position vis-à-vis de la violence, de son acceptation ou

de son refus de la violence. Selon ses convictions, sa position morale, politique ou affective, on jugera un acte comme violent ou non en fonction de ce qu'on estime être légitime ou pas. Le propre de la violence, son malin génie est donc de diviser, d'amener à prendre partie de façon passionnelle, violente précisément... L'évolution des rapports entre le suicide et la violence institutionnelle est tout à fait exemplaire : pendant longtemps la violence a été perçue comme dirigée contre l'institution (d'où l'interdit légal du suicide). Actuellement, c'est plutôt l'inverse : l'institution (milieu carcéral, monde du travail, etc.) est perçue comme favorisant le suicide. Autrement dit, autrefois la société demandait des comptes aux suicidés, maintenant c'est plutôt l'inverse...

Le suicide pose également de façon abrupte, incontournable la question de la liberté de tout un chacun d'accepter sa vie ou d'y mettre fin. Le suicide ne serait plus une violence dès lors qu'il est considéré comme l'ultime expression de la liberté du sujet qui n'aurait à répondre que vis-à-vis de lui-même. L'argumentation sous-jacente au suicide assisté illustre bien cette tendance : lorsqu'un individu estime que sa vie n'a plus de sens, ni d'attrait pour lui, qu'au contraire elle est synonyme de prolongement d'une souffrance et d'un désespoir incurable, n'est-il pas en droit de se supprimer dès lors que le fait de vivre ou de survivre est en lui-même une violence ? Un suicide qui soulage souvent son entourage doit-il être considéré comme une violence ?

La clinique suicidologique permet d'évoquer un certain nombre de points intéressants : c'est ainsi que le discours du suicidant qui se réveille de son coma toxique est verbalisé fréquemment en une banalisation du geste, une dénégation de la recherche de la mort : il voulait simplement dormir, oublier ses soucis, à la limite, c'est même une annulation totale dont il s'agit : il ne s'est rien passé, c'est un accident. Les résistances peuvent trouver un écho complaisant dans l'entourage, d'autant plus aisément qu'il se sent plus concerné par le suicide.

Ce dernier est toujours plus ou moins ressenti par cet entourage comme une dénonciation d'autant plus violente que la mort de l'autre ne permet aucune réplique, comme un legs testamentaire elle le désigne définitivement comme un agent persécuteur et exécuteur. La violence de la découverte du corps, les mises en scène parfois évoquant un meurtre sont toujours très traumatisantes. De toute manière cette violence qui s'exerce à l'encontre de l'entourage est volontiers méconnue et refoulée par le suicidaire lui-même qui dans l'état mégalomaniaque qui est le sien au moment de l'accomplissement de son geste, méconnaît complètement la réalité de l'autre. Soit il n'existe plus, soit il est

totallement fusionné à lui comme chez le mélancolique qui supprime ses proches avant de se donner la mort.

L'entourage se défend de la menace agressive par une dénégation en miroir. Il n'en reste pas moins que cette violence refoulée continue à opérer souterrainement et qu'elle pourra resurgir à l'occasion d'un événement symbolique, d'une circonstance révélatrice.

Violence contre le suicidant

Il existe en effet une violence que l'on se garde généralement de reconnaître, c'est celle qui s'exerce contre le suicidant, sous la forme massive de rejet, d'abandon ou plus insidieusement et plus dangereusement masquée derrière une sollicitude apparemment bienveillante, par le refus d'entendre la violence du suicide. Cette perte de sens, cette disqualification du désir et du message de l'autre qui peut être associée à la réprobation est sûrement une des formes de violence les plus destructrices par la dérision qu'elle projette sur l'autre. Il s'agit là de ce qu'on peut appeler une violence sauvage, aveugle car elle est une des meilleures façons de renforcer son désespoir, le renvoyant à son insuffisance, de le vider de toute substance et de tout sens.

L'approche psychodynamique permet de mieux comprendre la fonction de cette méconnaissance car elle nous éclaire sur ce qui concerne l'origine profonde de cette conduite suicidaire. Le suicide est une conduite qui a précisément pour effet de méconnaître la violence interne. La conduite suicidaire est surdéterminée en ce sens qu'elle exprime sous forme condensée et déplacée une multitude de désirs inconscients plus ou moins inavouables : se tuer certes mais aussi tuer l'autre, se punir de sa haine tout en infligeant à l'autre, le sentiment de la culpabilité et du remords, avec le bénéfice d'apparaître comme une victime. Cette condensation de statut d'agresseur et de victime est une des caractéristiques de la situation du suicidé. Karl Menninger dès 1938, avait d'ailleurs bien souligné que dans le geste suicidaire trois éléments intervenaient : le désir de la mort, le désir de tuer et le désir d'être tué. D'ailleurs Freud dès 1915 dans « *Deuil et mélancolie* » avait déjà bien montré que « *le moi ne peut se supprimer que quand projetant en lui en quelque sorte l'objet d'amour, il peut se traiter lui-même en objet et diriger contre lui-même l'hostilité qui visait l'objet* ».

La clinique psychanalytique offre de nombreux exemples où se dévoile cette problématique du symptôme : souvent le suicidant parle directement de son geste comme une alternative à un geste hétéro-agressif : se tuer pour ne pas tuer l'autre ou bien tuer en soi la partie

ACTEURS ET CHERCHEURS EN SUICIDOLOGIE

Michel Debout, Françoise Facy

Cet ouvrage rassemble des textes et des réflexions présentés à l'UNPS ou suscités à son initiative, qui illustre les questionnements, les essais et les démarches entreprises en commun, entre chercheurs et acteurs en suicidologie, dans les dernières années d'évolution de l'UNPS. Sans prétendre à l'exhaustivité, car d'autres sensibilités existent à l'UNPS, le choix délibéré de cette synthèse à partir du colloque sur « violence et suicide » reprend les thématiques propres à la recherche scientifique, en précisant les définitions et concepts retenus et en détaillant plusieurs recherches-actions menées à l'UNPS, à partir de lieux de vie généraux (comme les transports) ou de milieu de prévention (enseignement secondaire) ou de lieux de soins (hôpitaux et centres spécialisés).

Ces exemples ouvrent des perspectives non seulement en terme d'informations mais aussi en terme de partenariat. Le pari d'encourager les interfaces entre acteurs (professionnels écoutants, bénévoles et entourage familial) et chercheurs se révèle plus prometteur qu'attendu, avec une grande diversité des situations et lieux de vie où s'exercent attention et prise en charge des risques suicidaires, sans requérir nécessairement une professionnalisation spécifique (exemple de l'étude avec les sociétaires d'une mutuelle).

Mettre les chercheurs en lien avec de nombreuses composantes de la vie sociale donne un rôle d'utilité aux « sciences humaines et sociales », souvent critiquées pour leur éloignement des conditions pratiques des activités humaines, sans pour autant méconnaître les limites des discordances et décalages notamment dans le temps, par rapport aux interventions : l'absence de démonstration scientifique de l'efficacité de certaines actions doit-elle les faire stopper, par exemple ? La transposition de certains modèles peut-elle s'envisager sans évaluation spécifique ?...

La diversité des milieux de vie sensibilisés aux risques suicidaires montre combien le champ de la santé - noyau principal - est en interrelation avec l'ensemble des activités humaines, tout au long du parcours de vie, de l'éducation à l'exercice professionnel, à la vie affective et relationnelle ; les structures sanitaires et sociales rythment les étapes de vie et sont des partenaires institutionnels pour l'UNPS.

Entre sciences humaines et santé, une communauté scientifique est naturellement rassemblée en suicidologie et l'UNPS peut assurer la coordination d'expertises et d'évaluations, à partir de son réseau d'associations et d'intervenants.

Devant les acquis et incertitudes de la prévention du suicide, (comme pour d'autres comportements à risque), devant les succès et échecs des traitements en psychopathologie (comme pour d'autres secteurs de santé mentale), la recherche en suicidologie ne peut qu'être pragmatique, en laissant une place importante aux intervenants de différents lieux de vie et de soins, pour construire avec eux des protocoles de recherche rigoureux, cohérents entre les orientations générales de Santé Publique et les sensibilités professionnelles catégorielles. De telles options dépendent de choix politiques et sociaux affirmés pour une véritable recherche publique dans ce domaine, comme elle existe dans d'autres pays.

Les hésitations face à la nécessaire restructuration de la recherche (l'organisation actuelle dépend de la loi d'orientation et programmation de 1982) ne favorisent pas l'engagement de projets simultanés venant de disciplines différentes, indispensables en suicidologie. Des pistes de réflexion existent, à l'instar d'autres pays, comme les États-Unis, pour définir des champs de recherche en fonction de la demande sociale. Ainsi, sur le modèle de la recherche cardiovasculaire (*American Heart Association*), les problématiques de santé pourraient être abordées par trois approches : biologique (*Basic Science*), clinique (*Clinical Science*) et populationnelle (*Population Science*).

Pour la France, les acteurs doivent rester mobilisés pour exprimer une attente sociale multiple de recherches simultanées dans différentes disciplines. L'UNPS, de par son expérience de 10 ans, peut contribuer de façon active à la constitution d'un lieu ressource tant documentaire que de recherche et de formation, à la hauteur des enjeux de santé, dans l'ensemble des dimensions définies par l'OMS.