

Avant-propos

Les données les plus récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) font apparaître que la France est l'un des pays les plus touchés, avec près de 11 000 décès par suicide déclarés chaque année. Ce phénomène représente la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans après les accidents de la route et touche un nombre élevé de personnes âgées.

Une stratégie nationale d'actions face au suicide a été mise en place en 2000 par la Direction générale de la santé pour la période 2000-2005. Cette politique publique a été construite autour de 4 axes d'intervention prioritaires :

- favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires ;
- diminuer l'accès aux moyens létaux ;
- améliorer la prise en charge ;
- améliorer la connaissance épidémiologique.

Par ailleurs, la volonté politique de développer des actions de prévention du suicide a été réaffirmée à de nombreuses reprises. À cet égard, on peut citer :

- la loi n° 806-2004 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Elle inscrit, dans le cadre de ses objectifs pluriannuels, un objectif de réduction de 20 % du nombre de suicides à l'horizon 2008. L'article 3 de la loi prescrit par ailleurs l'établissement d'un Plan régional de santé publique (PRSP) tenant compte à la fois des objectifs nationaux et des spécificités régionales. Tout plan régional développe la thématique « santé mentale et suicide » ;
- le Plan de psychiatrie et de santé mentale (2005-2008). Il prévoit la poursuite de la stratégie nationale d'actions face au suicide et son évaluation en 2006. De plus, il fixe des actions en matière de dépistage et de traitement de la dépression qui est un facteur de risque important pour la crise suicidaire ;
- la deuxième version du manuel de certification (dénommée auparavant accréditation) des établissements de santé. La prévention du suicide y est identifiée comme « vigilance à construire ». Les établissements de santé sont incités à mettre en place des revues de la morbi-mortalité qui peuvent donc inclure les tentatives de suicide et les suicides qui surviennent au cours de l'hospitalisation ou des prises en charge ambulatoires. L'évaluation de la prise en charge hospitalière des suicidants est le thème le plus développé actuellement avec le soutien de la Haute autorité de santé (HAS) ;
- la réunion périodique de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral mise en place par la Direction de l'administration pénitentiaire, commission au sein de laquelle la Direction générale de la santé est représentée ;
- le soutien apporté par la Direction générale de la santé à des associations de prévention du suicide. Notamment, les journées nationales pour la

prévention du suicide, moment fort de la sensibilisation du public à cette question, sont organisées chaque année par l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) avec le soutien du ministère chargé de la Santé.

L'effort de recherche se poursuit, afin de faire progresser les connaissances sur le suicide.

Ainsi, les principales conclusions de l'expertise collective, réalisée sous l'égide de l'Inserm en 2005, à la demande de la DGS font apparaître que l'autopsie psychologique par la reconstitution du parcours psychologique, social et médical d'une personne décédée par suicide constitue un outil d'intérêt pour la mise en évidence de facteurs de risque et de facteurs précipitants pouvant aboutir au suicide dans des populations spécifiques. Cette méthode permet également de mieux appréhender les interactions complexes entre les différents facteurs susceptibles d'être impliqués dans le geste suicidaire. De plus, la prise de contact avec les informants endeuillés et l'entretien qui s'ensuit, s'il est mené par une personne compétente, peut avoir un retentissement psychologique positif pour ces personnes, apportant une dimension de postvention à l'autopsie psychologique.

Pour compléter sa démarche, la DGS a sollicité l'Inserm pour la réalisation d'une « expertise opérationnelle » dont le but est de définir les grands principes pour le développement de recherches utilisant l'autopsie psychologique et d'établir un cahier des charges pour une bonne pratique de la méthode.

Le groupe de travail réunissant des médecins, psychiatres, épidémiologistes, biologistes représentant d'associations ayant une expérience dans le domaine du suicide a pris en considération les points suivants :

- l'état des lieux des décès par suicide et les limites inhérentes à la statistique nationale des causes médicales de décès ;
- les aspects pratiques et juridiques de l'autopsie médico-légale ;
- les principes et méthodologie de l'autopsie psychologique : définition des « proches », définition des « cas » et des « témoins », choix des échelles psychométriques ;
- les modes de recueil des informations (type de questionnaire, modalités d'approche de l'entourage) et les aspects psychologiques ;
- les compétences requises pour collecter les informations auprès des informants, l'évaluation des besoins de formation des différents participants à l'étude ;
- l'apport de l'autopsie psychologique dans la caractérisation phénotypique indispensable à l'étude des facteurs biologiques et leurs interactions ;
- les pré-requis éthiques, déontologiques et de confidentialité des études s'appuyant sur l'autopsie psychologique ;
- une réflexion sur les populations d'intérêt susceptibles d'être étudiées en priorité.

Le groupe de travail a bénéficié de l'expérience développée au Québec dans le cadre d'un vaste projet de recherche faisant appel à l'autopsie psychologique pour étudier les décès par suicide au Nouveau-Brunswick.