

Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : Modalités d'aides et de soutien.

Antoine Lazarus professeur en Santé publique et Médecine sociale

Introduction :

En amont ou en aval de cette intention de renforcement et ou construction de pratiques sociales d'aide et de soutien pour cette « population cible » que seraient les « proches des suicidés, il y a un discours à préciser. Les religions avaient la charité pour compenser les condamnations rigoureuses de l'acte commis par le proche disparu, les syndicats et partis politiques n'en disent rien sauf quand certains suicides éclairent des dysfonctionnements et portent des revendications. Avant même de se demander qui doit le faire et comment s'y prendre sur quels principes et intentions s'appuyer ?

Dans la lettre aux experts 11 septembre 2009 il leur est demandé leurs réflexions et propositions des bénéfiques en termes de Santé Publique, et notamment dans la prévention des états graves et prolongés de souffrance psychique ainsi que dans la prévention des états dépressifs et des suicides.

Donc, même difficile à conceptualiser et à mesurer, il y a à faire un état « technique » avec un état des choses épidémiologiques.

Cependant, et c'est surtout la réflexion que je propose dans ce rapport, pouvons nous avancer sans faire aussi, et sans doute moins convenu, un « état des choses existentielles » formulables ou pas dans l'espace médico-social et de santé publique autorisé à proposer, à mettre en oeuvre des protocoles, des prestations mais qui n'a pas à se prononcer sur le sens des choses et des comportements autrement que du point de vue des risques, des facteurs de risques et des programmes de réduction et ou de traitement. Comme si tout cela était acquis par ailleurs, porté et exprimé par des voix référentes explicites.

Appartient-il à ceux qui formulent des propositions d'aide et de soutien à la grande population des endeuillés actuels et ou potentiels d'assumer un discours d'encouragement existentiel à ce titre ? Notons ici qu'en France le pouvoir d'état, dont les professionnels du médico-social portent délégation pour partie, ne prête aucun serment sur la bible comme c'est le cas par exemple aux USA, dont la bibliographie de l'audition nous donne des exemples de programmes de soutien aux « survivants ».

Quels discours tenir et croyances proposer sur « la mort sans au delà des sciences naturelles » ? Cul de sac des signifiants de la vie et sans la croyance de rendez vous dans l'au delà où les proches « savent » qu'ils retrouveront ensuite ceux qu'ils ont perdu et sans la croyance que, même dans la sanction de sa vie sur terre, tout le monde après la mort aurait droit à une vie éternelle.

Des questions préalables, à proposer comme objets de recherche

Soutenir les proches des suicidés ? Pourquoi, ne pas l'avoir explicitement fait jusqu'à maintenant autrement que dans les réponses individuelles aux demandes éventuelles de soins sans en faire un objectif des politiques publiques ? Tant que l'analyse de la non réponse historique à ces « besoins » n'aura pas été suffisante et largement débattue, il n'y a pas de raison de penser que les facteurs de mise à l'écart, de repli, de déni et d'agressivité n'auront plus court.

C'est donc sur un consensus concernant les facteurs de résistance, qu'après les avoir cernés et nommés, il sera possible d'envisager et de monter des stratégies de contournement des résistances et d'entrer dans des représentations et pratiques nouvelles qu'il conviendra de tester à court et moyen terme pour vérifier leur non iatrogénie éventuelle.

Au niveaux politiques et ou éthiques, pour respecter la nécessaire séparation des institutions publiques et la vie privée, y aurait-il des raisons pour choisir de ne pas formaliser des aides et soutiens explicites aux proches des suicidés ? Le débat a besoin d'une sorte de bilan prospectif des effets positifs et ou négatifs à escompter compte tenu de ce qu'est déjà l'état actuel d'organisation du système social et de l'offre de prises en charges médico-sociales.

Pourquoi le faire aujourd'hui et dans les temps qui viennent ? Il me semble qu'il y aurait alors à construire un argumentaire explicite faisant le tour des questions et des réponses, sociologiques, anthropologiques, philosophiques, civiques, politiques, de santé publique et institutionnelles qui sont à l'oeuvre aujourd'hui et qui dépasseraient le simple élan compassionnel difficile et ou l'obligation d'assistance à personne en danger.

Au delà de l'intention humaine et préventive, lisible au premier degré du projet de soutien aux proches, il me semble qu'une analyse à faire des déterminants moins lisibles des intentions sous jacentes aiderait pour l'avenir à lui donner une assise plus solide et moins sujette aux suspicions

d'hypocrisie ou d'évitement d'une mobilisation plus difficile à faire sur les causes et les responsabilités que pour l'octroi de quelques prestations.

Il me semble qu'on ne doit pas ignorer qu'une geste altruiste vis-à-vis des proches peut avoir pour objectif de masquer l'agressivité et les condamnations, blâmes, responsabilités qu'on leur imputerait, si l'on ne se retenait pas. Cela s'entend tellement à propos de proches de malades mentaux, notamment enfants, que l'on ferait plutôt basculer du côté des facteurs de risque dont il faudrait protéger le patient plutôt que comme des partenaires co-souffrants et de plus co-soignants. Je propose ici quelques pistes de recherches sur des attentes et motivations sous jacentes au désir d'aider les proches :

- Transformer en bien le mal que les suicidés nous ont fait.
- Instaurer comme un rituel compensateur de bonté auprès des survivants.
- Déculpabiliser les survivants
- Se convaincre ensemble que celui qui s'est tué a eu tort de ne rien espérer de la société.
- Se rassurer sur la valeur de la vie par notre bonté auprès de ceux laissés pour compte par le départ de ceux qui n'y croyaient plus.
- Démontrer par la solidarité que la société, est bonne ce qui donne sens à la vie.
- Aider la dynamique ancestrale des hommes à survivre, malgré les accidents plus ou moins massifs qu'ils organisent eux même parfois contre la vie des autres hommes.
- Alléger la culpabilité du passage à l'acte par la conviction les proches seront ensuite aidés (cf Les cambrioleurs qui se racontent que les volés sont assurés, qu'ils auront réparation grâce à quoi ils pourraient presque croire qu'ils ne commettent pas de vilénie)

La capacité d'aide et de soutien aux autres dans le malheur aurait-elle existé auparavant et se serait-elle éteinte ? Avait t-elle auparavant la force de fonctionner sans aide institutionnelle publique ce qui ne serait plus le cas aujourd'hui où l'on douterait de la capacité des personnes privées vis-à-vis d'elles mêmes et donc vis-à-vis des autres. Par ailleurs, pourquoi ne pas penser que tant pour l'endeuillé le plus proches que pour la collectivité aussi, à défaut d'apporter une réponse comparable à celle que certains trouvent et ou pressentent dans les réponses religieuses voire humanitaires, la solidarité, au moins, donne un sens à la vie par le rapport aux autres et donc à soi même et donc aussi s'inscrire dans la prévention du suicide.

En fonction des objectifs à atteindre ?

Qui doit soutenir et aider les proches hors du champ charitable et de la confiance privée ?

On trouve des associations bénévoles, laïques ou religieuses dans leur inspiration, des « bienfaisants », qui agissent par esprit de solidarité, pour la beauté du lien social. Enfin, présents sans visibilité institutionnelle, les proches les plus solides aidant les autres.

Actuellement cela semble être renvoyé au champ de la psychiatrie, voire de la santé mentale. Il conviendrait donc que en tant que tels, les représentants de ces disciplines et les responsables de la définition des missions qui lui sont confiées, fassent un bilan de ce qu'ils peuvent, eux, apporter. Si les objectifs qu'il y a à assigner dépassent le cadre de leurs possibilités de conception et d'action, c'est alors que l'on pourra avoir une stratégie de collaboration et de délégation de missions à d'autres partenaires.

Une mission explicite supplémentaire pour le système de soins médicaux ?

Les professions médicales sont déjà saisies par les demandes des personnes qui s'adressent à elles dans le cadre des prises en charge maladie. Est-ce aux professionnels des soins de partager le fardeau de la culpabilité et d'apporter la justification et le soutien pour rester vivant après la mort des autres ?

Quoi qu'il en soit, même si ces professionnels apparaissent plus comme acteurs par défaut que par choix raisonné, il conviendra alors de les rendre capables, en général de mieux aborder les questions sur la dépressions, les idées « noires ». Cela n'ira pas sans les rendre aussi capables de laisser venir et d'entendre non seulement les pensées sur la proximité de la mort des patients très malades et leurs proches mais les confidences sur les pratiques sexuelles dicibles et plus secrètes. Ces capacités d'écoute ont un rôle certain dans la « postvention » du suicide.

Si malgré les affirmations, les formations à l'écoute, à la relation on continue à observer les attitudes d'évitement et d'incapacités d'un grand nombre de soignants à l'oser et ou à le supporter il faudrait donc former des personnels et services « spécialisés » personnels par défaut des compétences ordinaires.

Attention alors à ce que « le client » n'ait pas à se définir préalablement dans une catégorie nosographique qui donnant le droit d'accès à la prise en charge. Patient souffrant de... victime de ... malade de ... incapable de ! Des marquages de ce type peuvent parfois servir de support, d'appui, de protection et de base à une reconnaissance dont les effets seront globalement positifs pour les consultants et pour l'image que les autres leur renverront d'eux même. A l'inverse, on peut imaginer que ces « cases souffrantes » à habiter viennent les conforter dans un statut douloureux socialement appuyé et dans lequel à terme ils se construiront une identité alternative fixée dans le manque et l'incapacité à s'assumer seuls.

Quel ou quels financeurs pour les actions de soutien des proches ?

L'assurance maladie dans le cadre de son devoir d'assistance aux personnes malades et ou fragilisées? C'est donc au titre d'un trouble de santé, d'une morbidité actuelle ou potentielle que se définirait le soutien aux proches, s'interpréterait et prendrait sa visibilité sociale. C'est terriblement réducteur, mais peut être aussi considéré comme une stratégie d'interpellation de la société civile, de ses compétences avec d'autres types de financement ou d'apport en nature des divers moyens nécessaires dont le temps des accompagnants.

Cependant, il me semble qu'il ne faut pas sous estimer que la fonction sociale de l'argent de l'assurance maladie est à prendre en charge des malades. Donc, sauf à vouloir les soutenir par le statut de malades faut-il ainsi risquer de les mettre à distance d'une solidarité par leur entourage, par des projets associatifs à but non lucratif aux quels cela pourrait laisser croire qu'ils ne sont pas compétents? Malgré la grande commodité d'accès que cela représente, il me semble qu'il y a des réserves à formuler sur le financement par l'assurance maladie de la prise en charge des proches en deuil d'un suicidé ou même d'autres types de décédés quand ils ne sont pas « malades » ?

Avec l'expérience des recherches financement pour les grandes causes, on peut penser campagnes de recherches des fonds auprès d'une plus grande diversité d'acteurs sociaux, des appels aux fonds grand public pourraient être un des supports de prise de conscience et de diffusion de ce type de solidarité.

Pour nommer, reconnaître, induire et soutenir une « compétence sociale » portée par de multiples personnes et groupes de la société civile en France dans les années à venir, sur quels dispositifs disciplinaires et institutionnels s'appuyer ?

Les savoirs faire de la santé publique en épidémiologie pour la définition et les dépistages des facteurs de risques déjà identifiés et testés et d'autres que l'on ne connaîtrait pas encore sont utiles. Par la « santé publique » les questions d'aide et de soutiens seraient renvoyées vers une sphère plus publique, plus politique, alors qu'aujourd'hui, plus orientés vers la clinique du sujet, l'évidence des besoins et la nécessité éthique ressentie restent cantonnés dans les lieux de la santé mentale. En faire une question publique renvoie à des questions plus générales d'opinion, de jugements collectifs, de solidarité que les praticiens de la santé mentale n'ont qu'en partie mandat et capacités à interpellier et à traiter.

Cette remarque pour insister au contraire sur leur rôle complètement nécessaire pour poser certaines indications, superviser les aidants des personnes les plus fragiles, rappeler les limites, la bonne distance et mettre en garde contre les trop grandes intrusions, aider à apprécier l'évolution des situations pendant le temps et la période qu'il faut.

C'est pour soutenir cette hypothèse que mes premières remarques sur la nécessité d'une meilleure connaissance des ressorts de déni, de rejet et ou d'intérêt et des critères de compétences à mobiliser paraissent être les pré requis pour le choix des stratégies, des objectifs à assigner et des moyens à mettre en oeuvre.

Un des cas de figure de l'hypothèse « compétences sociales » est actuellement, en 2009, illustré par les essais d'initiatives managériales auxquelles nous assistons dans le champ de la gestion des « ressources humaines » à l'intérieur de grandes entreprises ou administrations troublées par les « suicides interpellateurs » de personnels ou d'usagers.

Remarque : Que le pilotage et l'exercice principal de cette mission « aide et soutien.. » soient confiés ou non aux professions de soins dont de la psychiatrie et de la psychologie et à l'administration de la santé, il faudra dans tous les cas faire avancer les recherches et expérimentation sur deux axes principaux : D'une part pour la définition et le recrutement des personnes concernées ayant besoins de soutien et particulièrement celles non connues, incapables de demander aide et, d'autre part tester des méthodes, des techniques de communication et de travail duel ou en groupe qui pourraient se standardiser en partie pour être ensuite relayées et diffusées par des personnes spécialement formées et supervisées.

Sur quels choix de valeurs appuyer les soutiens aux proches ?

Démonter une tradition ancienne de jugements négatifs et de mise à l'écart.

Un problème de mort qui n'est pas un meurtre au pénal mais... Le suicide n'est pas interdit encore que., lorsque l'on demande aux gens en France, a-t-on le droit de se suicider, il leur faut un temps de latence avant de se rendre compte que l'on peut dire oui tant la question du suicide ne semble, intuitivement, pas connectée avec quelque chose qui relèverait des dispositions légales.

Le moyen âge catholique excommunie le suicidé qui n'a pas droit à sépulture chrétienne, chasse la famille de la ville après lui avoir confisqué ses biens. Avant même d'envisager la position des grandes religions vis-à-vis du suicide, que ce soit dans la vulgate intégrée des traditions ou même dans les déclarations actuelles des responsables religieux, l'énoncé, à propos de la tentative de suicide, du code pénal anglais jusqu'aux années récentes étonne toujours. En effet, à l'encontre de la personne dont la tentative de suicide était déclarée, on ouvrait une procédure criminelle pour : « *Coups et blessures sur un sujet de Sa Majesté susceptibles d'entraîner la mort* ».

Qu'en disent les grandes religions en France ? (1)

Sous la plume de Simon Benamran, la position traditionnelle du judaïsme envers le suicide nomme deux principes : *interdiction de se suicider et interdiction d'accorder les rites mortuaires au suicidé. Cette mesure d'une sévérité exceptionnelle contraste avec le respect et la vénération qui caractérisent la relation des textes au cadavre humain.* Cependant il note : *il est enseigné dans le Traité de Semahot (11/1) : « Tout ce qui constitue une marque d'honneur envers la famille endeuillée on l'accomplit, tout ce qui rend honneur au défunt on s'en abstient. »* Notons aussi que : *tant qu'il existe une possibilité d'expliquer le décès comme résultant d'un coup de folie, d'une inconscience soudaine, le suicidé est réhabilité.*

Le Père Claude Michel, rappelle que Pendant longtemps l'église catholique a refusé les obsèques religieuses ou personnes suicidées. C'était encore le cas dans le Code de droit canonique de 1917. Il en était de même pour les divorcés remariés, les excommuniés, les hérétiques et les francs-maçons. Mais dans le nouveau code de droit canonique de 1983-il n'en est plus question. ... le développement de la psychiatrie a pu modifier le jugement téméraire qui était porté sur les suicidés. ... Le suicide est un échec de la société...La question qui demeure est de savoir ce qui peut donner le goût de vivre, ce qui peut donner de la valeur du sens à la vie, pour que l'élan vital l'emporte sur l'ennui, le pessimisme et la morosité.

Le pasteur Jean-François Breyne remarque que « *le suicide ne se trouve nul part explicitement interdit dans la Bible* ». Cette affirmation vient en rupture des lectures juives et catholiques mais qui dit textes fondateurs dits aussi diversités possibles quant à leur interprétation.... Sur l'ensevelissement du suicidé : *s'il est vrai que le protestantisme n'a jamais refusé de funérailles pour un suicidé, c'est parce que les funérailles sont destinées à accompagner la famille et les proches du défunt, et non ce dernier lui-même.*

Sous la plume du professeur Mustapha Chérif, Suicide et islam on peut lire : ... *Face à la complexité de l'esprit, à la difficulté d'existence et à la dureté du vivre, notamment face à nos propres pulsions, illusions et contradictions, tout ensemble, qui peuvent faire rage entre nous de manière traumatisante, déstabilisante et mortifère, il est demandé par l'islam de ne pas renoncer au bonheur, ni de s'isoler ni de se replier, et fin des fins de ne pas se laisser mourir.*

La visée du Message, sans en rien occulter des difficultés, bien au contraire l'éclaire, appelle à honorer la vie. Le suicide est explicitement prohibé et défini comme un meurtre...Il faut savoir.... Que la tradition musulmane considère qu'un déséquilibré mental lourd qui met fin à ses jours est irresponsable et partant garde, malgré tout, la qualité de musulman et la possibilité du salut.

La condamnation des proches aiderait-elle la société à éluder le poids de sa responsabilité ? Ces dires religieux sont et restent vraisemblablement à notre insu la grille de lecture des valeurs et des pratiques sociales. Le discours exclusivement laïque et alternatif sur le droit au suicide reste minoritaire.

Si dans la bouche de l'un des religieux cités et qui représente ce que bien des gens pensent encore quelque soit leur religion, « *le suicide est explicitement défini comme un meurtre* » on pourrait donc penser que autour du meurtrier il peut y avoir des complices au sens quasiment pénal du terme. Ce qui ne serait pas pour rien dans l'archaïque position vis à vis des proches.

La mise à mort du meurtrier d'une autre personne tue le meurtrier. Mais comment tuer le meurtrier de sa propre personne ? La mort d'un meurtrier éteint l'action pénale à son encontre donc son procès. Cela n'éteint pas la responsabilité et l'action pénale vis à vis d'éventuels complices.

Or, si, comme on l'affirme, le procès et la condamnation du délinquant et ou du criminel « permettent aux victimes de faire leur deuil », pourquoi la condamnation des complices en cas de soustraction du criminel principal n'aurait-elle pas la même fonction de facilitation du deuil que la société doit même dans le cas du suicide où un meurtrier a agit sur sa propre personne ?

Car la société au nom de laquelle on instruit les procès pénal a un deuil à faire. La deuil de ce qui lui est enlevé par la mise à mal, la déchirure criminelle et douloureuse que lui inflige le suicidé en la stigmatisant par son acte qui lui signifie qu'elle ne vaut pas la peine que l'on y vive, pour soi ou pour elle.

Condamner les proches du suicidé comme complices serait donc pour la société s'aider à « faire son deuil ». Position quasiment thérapeutique comme on voudrait le faire croire aujourd'hui mais surtout, évidemment, depuis si longtemps, une manière de se dédouaner de la culpabilité collective et de se protéger de la lumière sinistre apportée sur la vie par celui qui la remet en cause.

Mais la micro société que sont les proches du suicidé est encore plus dans l'horreur et la douleur que les cercles élargis et la société. C'est à elle en premier qu'il est manifesté qu'elle ne vaut pas la peine que l'on y vive ni pour soi, ni pour elle. Sur qui peut-elle se décharger ? Contre qui peut elle se retourner ? Contre elle même, contre ses membres et ses membres eux aussi contre eux mêmes.

Est-ce pour cela que les soignants et professionnels de santé que nous sommes se saisiraient de la mission d'y répondre? D'où ce qui nous est présenté aujourd'hui comme devoir, rarement demandes mais en tous cas besoins de soutien, de déculpabilisation, de renarcissisation, de prévention, d'accompagnement.

Proposition : Un des axes sur lequel fonder une stratégie de soutien aux proches est la clarification et la lutte contre le mouvement d'exclusion et de mise à l'écart des proches comme mauvais objets représentant la transgression et le mal que le suicidé a produit.

Construire un discours sur le rapport aux proches des suicidés

Il ne pourra évidemment pas se faire sans un débat concomitant sur la liberté, la responsabilité qui n'est pas de même nature que le discours ambivalent sur la prévention du suicide qui en médicalise généralement les déterminant pour en éviter la dimension de défi philosophique et d'autorité du choix.

La diversité des initiatives et des réalisations doivent et devront être mieux inscrites dans la culture d'un discours public à construire et à rendre explicite et intégré dans les représentations collectives et actualisées du « vivre ensemble ». Rappelons aussi que ce que pensent, ce que veulent faire les professionnels (quand ça marche) n'est jamais autre chose que la manifestation de l'état de la société par rapport à une question.

Dans quelle catégorie disciplinaire insérer les objectifs de soutien aux proches ? Instruction civique, instruction morale, Psychologie, psychiatrie ou plus globalement, éducation pour la santé, droit des patients, droit aux soins.

La question de la propriété de soi, de l'appartenance au groupe, des devoirs ou non de survie par rapport aux autres et des autres par rapport à soi pourraient être au programme scolaire sous des formes à trouver. Cela relèverait-il de l'instruction civique ? De l'éducation pour la santé, non enseignée en tant que telle dans les programmes scolaires.²

Que depuis l'enfance, contes, histoires courtes, on apprenne à écouter et commenter devant d'autres les problèmes et douleurs qui peuvent toucher les vies des gens. Peut être, ou pas, avec des suicides mais avec au moins la mise en scène des gens en deuil après différents types de mort : on enterre ou on incinère, et on prononce des paroles, on se soutient mutuellement. Par la suite, on continue à en parler ou à aller auprès des proches de celui ou celle qui est mort. On se désolé de l'image de la personne qui pleure seule dans son coin et qui ne verra plus personne. ...et ils eurent beaucoup d'enfants et ils vécurent très heureux ... n'est pas toujours aussi simple.

L'éducation pour la santé, capable de s'adresser à tous les âges de la vie pourrait être une piste intéressante. A ma connaissance, si il y a de timides formations des éducateurs pour la santé à la prévention du suicide, il n'a pas encore été demandé aux comités régionaux ou départementaux d'éducation pour la santé, dont je suis un des responsables, de monter des formations aux soutien des proches de l'entourage des suicidés, ou même des personnes relevant d'une TS et de leurs proches,³ comme il en existe pour les « aidants » des personnes souffrant d'Alzheimer.⁴

Propositions : Lancer un appel d'offres à des écrivains, conteurs, auteurs de courts métrages notamment en direction des publics enfantins pour constituer un fond documentaire et d'outils pédagogiques à la disposition élargie des professionnels et du public.

Par ailleurs saisir l'INPES⁵ pour qu'il lance un appel d'offres de recherches en éducation/promotion de la santé sur le thème « Solidarité avec les endeuillés » et simultanément sur « résilience/formation » dont l'objectif serait de mieux préparer à affronter et résister aux épreuves des vies par notamment l'importance qu'il y a à oser demander du soutien, mais aussi à oser en proposer.

Quelques propositions d'énoncés stratégiques pour les campagnes et les programmes d'action :

Honorer les proches familiaux.

Le statut accordé à celui qui est mort porte non seulement son souvenir et sa réputation mais il est aussi un des constituants de ce qui définit ou définira ses descendants, ascendants et ses proches.

Comment honorer ? Une proposition par exemple pour les familles de détenus. Qu'un représentant de l'administration se déplace jusqu'à eux. Que l'on donne des indemnités de déplacements et d'hébergement à ceux des proches qui viennent de loin vers la prison ou la morgue, que l'on aide pour l'enterrement.

Envoyer une lettre de solidarité officielle à la famille, soit de l'administration même si c'est difficile dans le contexte d'accusation de négligences, de provocations institutionnelles qui seraient responsables du suicide, malgré le risque d'accusation d'hypocrisie. Ou, que ce geste officiel vienne de la part du maire de la commune, de la part du ministre de la famille, l'objectif serait de dire quelque chose qui prendra une place de solidarité et de reconnaissance de la souffrance des proches et de leur dignité dans l'histoire familiale.

Honorer les « proches solidaires ».

Là aussi, faire un geste officiel et personnalisé d'une instance crédible pour les proches, famille, codétenus, peut être soignants, etc. pour leur signifier que l'on sait ce qui est arrivé et éventuellement pour les remercier quand ils ont aidé à la vie de la personne qui n'allait pas bien avant son acte ou quand ils ont fait le premier geste de secours et d'appel. C'est dans cet esprit que l'on peut faciliter l'éventuel désir de rencontrer des proches, voire de participer aux obsèques dans certains cas de forte implication et notamment quand le proche était un codétenu. Evidemment cela pourrait s'envisager aussi pour des patients malades qui étaient autour du disparu hospitalisé, ailleurs les collègues de travail mais aussi les surveillants, les élèves de la classe, etc.

Soutenir devant la loi.

Un soutien juridique aux proches familiaux ? Le soutien des proches devant une éventuelle responsabilité pénale autour du thème de la non assistance à « l'existence d'un péril, imminent, constant et nécessitant une action immédiate ». Ce qui peut être entendu stricto sensu au sens pénal mais aussi participer des ruminations accusatrices et alourdir la peur des conséquences.⁶ Il ne faut pas oublier ici la notion pénale d'incitation au suicide.⁷ D'où la nécessité d'un soutien, non seulement de « debriefing », mais aussi de soutien juridique aux professionnels impliqués souvent déstabilisés eux⁸ mêmes quand ils se voient notamment reprocher une non assistance à personne en péril ?

Offrir des réparations, comment ?

- Des paroles de solidarité collectives explicites de souvenir des suicidés par exemple au moment des vœux du président de la République qui salue les malades, les handicapés, ceux qui sont heureux mais aussi ceux qui sont dans le malheur.
- Dans les lieux d'évocations de la mémoire des disparus, nommer aussi les suicidés.
- Par des allocutions. Par exemple laisser aux parents quelques années d'allocation familiales après suicide d'un enfant. Sorte de cadeau d'au-delà
- Que dans certains cas des enfants deviennent « pupilles de la nation » ?
- Revoir ce qu'il en est des règles des assurances vies. ? La preuve du suicide vient perturber voire annuler les contrats d'assurances.
- Inventer des risques nouveaux à assurer comme il existe les assurances décès, créer des assurances « risque suicide d'un proche » pour compenser en fonction des situations des manques financiers pour ascendants, descendants, conjoints, des manques affectifs (pretium doloris), des manques et blessures narcissiques, etc.

Quelles paroles pour le débat public ?

Nous connaissons depuis longtemps l'incertitude inquiète sur l'impact dissuasif ou incitatif des paroles et débats publics sur les tentatives et les morts par suicide. De la même manière, affirmer, rendre publique une position de la société vis à vis des survivants aux TS et des proches des morts suicidés ne

peut être sans effets de protections et ou facilitations dans la probabilité du passage à l'acte des suicidants potentiels.

Parce que la position professionnelle, éthique et déontologique doit faire abstraction des croyances personnelles de jugement moraux, faire abstraction des messages religieux de condamnation et ou de grâce après la vie, le suicide n'est guère qu'un des cas particuliers des « morbidités et mortalités évitables ». Du point de vue des économiste, il n'est guère qu'une perte personnelle et collective de « capital de santé » entraînant éventuellement des effets collatéraux sur les proches.

Or évidemment et intuitivement, si il s'agit aussi de cela, il d'agit aussi d'autre chose qui en fait à la fois son image singulière et son importance. La parole publique à apporter ne peut pas se contenter d'énoncés épidémiologiques froids, il y a donc à trouver une tonalité empathique et un ton juste. Encore qu'en fonction de la compréhension ou non de la cause, la force des questions posées et de l'imputation aux facteurs de risque et à la responsabilité de l'entourage et de la société ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agit de :

Suicides réactionnels (les plus clairement explicables et imputables à des situations et ou à des tiers), ce sont : Ruptures et ou disputes amoureuses – Divorce - Licenciement, faillites - Honte, culpabilité, incarcération – Agressivité - Eventuellement politiques, immolation par le feu, kamikaze - Suicides d'honneur

Suicides maladie - Maladie psychiatrique - Suicides altruistes - Maladie incurable

Les suicides « essentiels », si je peux proposer ce néologisme médical, sont les plus troublants.

Paroles et écoutes par subsidiarité ? Le soutien aux proches des suicidés est un cas particulier de la question générale des difficultés de l'échange de paroles des capacités à écouter. Par défaut ou par commodité, les pratiques sociales occidentales d'aujourd'hui délèguent à des professionnels fabriqués et embauchés à cet effet la charge d'entendre et de réguler les effets des paroles qui portent ou induiraient trop de doute, de peur, de douleur. A eux donc de recevoir des gens les paroles de douleur et qui feraient mal, les paroles des désespoirs et des désirs, celles de la misère et des précarités mais aussi celles qui dévoilent que l'on risquerait de blesser, tuer soi même ou les autres.

Pouvoir « écouter » sans « prendre en charge » Cf le rapport « Ville, santé mentale, précarité et exclusion » *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Div-DIRMI 1995. A Lazarus, H Strohl. Ce rapport faisait apparaître en partie pourquoi les professionnels sont si parcimonieux par rapport à l'écoute. Ils ont été conditionnés et sont évalués sur leurs capacités à prendre en charge, à assumer et résoudre les problèmes qu'on leur amène. Un problème qu'ils laissent s'exprimer se transmute en une demande qu'ils sont dans l'obligation de chercher à satisfaire. D'où souvent leur position comme celle des services « il de questions ou de demandes ou de remarques acceptables que si les réponses et les moyens de répondre existent. » Si on ne les a pas, dès lors qu'on a laissé l'attente et ou la demande s'exprimer, l'impuissance non seulement atteint la confiance en soi, mais fait risquer la plainte pour faute professionnelle. On se refuse donc prudemment à laisser parler, à entendre. La plainte, le récit, la relation seulement de personne à personne n'ont plus de place. On se situe alors dans l'ingénierie de la protection sociale toujours insuffisante et excluante pour protéger le professionnel de charge émotionnelle et relationnelle trop lourde et sans filet protecteur et de mise à distance. C'est pourquoi, même et surtout aux professionnels médico-sociaux il faut rappeler d'une part que lorsque qu'ils peuvent parler et être écoutés il semble que cela fait vraiment du bien aux gens. Affirmer aussi que l'« écoute » doit être une position de disponibilité, et d'accueil sans l'obligation de « répondre » et qui doit supporter de ne pas avoir le pouvoir « prendre en charge ». Cependant, en acceptant le poids de ce qu'ils laissent venir jusqu'à eux, les écoutants peuvent être eux mêmes écrasés et doivent aussi se faire étayer et aider.

En conclusion, affiner les questions pour mieux définir des objectifs et des stratégies :

A supposer qu'on veuille vraiment soutenir les proches il faudra évidemment avoir précisé qui le veut, pour atteindre quels objectifs concernant quelles populations et pour quels résultats quantitatifs et qualitatifs.

Certains objectifs semblent évidents : Tenter de répondre aux besoins de soutien « humain » auprès des proches - Tenter d'atténuer au mieux l'immédiat de l'événement - Prévenir les « deuils pathologiques » - Prévenir des effets de suicides en chaîne chez les proches –

D'autres objectifs cependant, moins exprimés dans les travaux préparatoires me semblent incontournables dans la grande chaîne des signifiants et des déterminants du suicide. Pour les atténuer, les travailler, au moins dans un premier temps, il faudrait repérer les déterminants sociaux de certain

des actes suicidaires, les interprétations collectives des signifiants de l'acte suicidaire souvent perçu comme un « manifeste suicidaire ». il me semble aussi qu'il faut mieux cerner ce qu'est la fonction sociale du fait suicidaire aujourd'hui.

« Le plus souvent, lorsqu'un jeune a tenté de disparaître ou s'est suicidé, une chape de silence s'abat sur la famille, les amis, l'école... Surtout, il faut oser dire que toute tentative de suicide, tout suicide, en même temps qu'il exprime un mal-être personnel, montre la fragilité du lien social et pointe les failles de nos sociétés trop individualistes. » (...) »⁹

Beaucoup des expériences rapportées de « soutien et prévention » sont essentiellement dirigées vers les proches et concernent quasi exclusivement les personnes demandeuses d'aide. Cela laisse de côté les champs d'intervention de soutien collectifs, par exemple en entreprise, ou par rapport à un groupe élargi (le PS après le suicide de Bérégovoy) ou la population des détenus d'un établissement voire les détenus de tout un pays dès lors que des suicides sont médiatisés et objets de protestations publiques et révèlent la condition particulièrement dangereuses et ou sans recours de telle ou telle catégorie de personnes.

Si il est vrai que « les français sont les européens qui font le moins confiance à l'avenir, qui se plaignent le plus, etc, il faut proposer des pistes de recherches pour corrélérer les représentations et les vécus collectivement négatifs que cela révèle quant aux déterminants des suicides. Il faut aussi le corrélérer à la manière dont la société gère les deuils individuels et collectifs et peut ou non proposer son soutien.

Au delà de l'incrimination de facteurs comme les difficultés économiques relatives et ou les conditions de travail qui ne peuvent à eux seuls expliquer cet état d'esprit déprimé et parfois suicidaire, il me semble qu'il faudrait proposer de mettre en chantier un grand débat public sur le fait que ce ne sont pas seulement les autres qui vous agissent et que chacun peut quelque chose de fort pour lui-même et notamment quand s'établissent des échanges « donnant/donnant » avec les autres.

Le thème à développer serait alors celui de la facilitation des liens sociaux et de la prise de conscience que la reconnaissance des autres et par les autres est une avancée et qu'elle peut aider à se construire ou reconstruire individuellement et collectivement.

Améliorer la « résilience collective ». Cet énoncé improbable pourrait être un axe dynamique tant comme piste de recherches qu'affirmation d'intention des responsables politiques et des faiseurs d'opinion ?

Cela me conduit enfin à conseiller beaucoup de vigilance dans la démarche de professionnalisation médico-sociale de la prévention du suicide et par extension de ses conséquences sur les proches des suicidés.

Inclure en général l'acte suicidaire dans le champ des pathologies, le présenter comme relevant de la maladie le déshabille largement des responsabilités personnelles qui en feraient l'aboutissement d'un jugement valide et donc encore plus redoutable qui doit être une question posée et traitée par la société toute entière. Médicaliser les suicides au cas par cas sans interpellation et débats publics est une manière d'enfouir un symptôme qui menacerait alors de ressurgir encore plus ravageurs. Pensons par exemple à des tueries par fusillade par un solitaire qui se dresse avant de se donner la mort, à des suicides collectifs ;

Imputer le suicide à une altération de la santé, quels qu'en soient les déterminants (souvent pathologiques aussi), protège la société de l'attaque critique des « valeurs existentielles » qui résultent des partages des croyances qui fondent son lien, croyances issues des livres de la loi des religions, livres de la loi des sociétés laïques, livres de la science. La médicalisation des déterminants du suicide, et de ses effets, au risque de leur enfouissement, participerait alors de la protection de la paix sociale, encore plus demandée en périodes de crises des identités collectives et individuelles.

A la question : Faut-il faire du soutien aux proches des suicidés un cas particulier du soutien aux personnes en détresse après de grands malheurs qu'elles subissent ou ont subi ? Il me semble qu'au niveau des principes il n'y a pas à le refuser sans en faire une catégorie trop particulière. Ceci étant les questions de la définition des objectifs à atteindre, du choix des acteurs à qui les confier, feront de l'existence de ce soutien des fonctions sociales différentes. Je propose, autant que faire se peut, sans négliger d'organiser et faciliter l'apport majeur des professionnels et institutions médico-sociales que l'esprit et les réalisations de cette fonction soit portés par la plus grande diversité possible des acteurs de la société d'aujourd'hui.

Antoine Lazarus

NOTES DE FIN

¹ Cf Troisième congrès franco-algérien de psychiatrie : Le suicide, de la culture aux neurosciences 8-9 juin 2007. *Suicide et religions : judaïsme, catholicisme, protestantisme, islam*. Simon Benamran, Claude Michel, Jean-François Breyne, Mustapha chérif, Brigitte Rimlinger, Fabrice Lorin. Montpellier 2007

² *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*. Robert Castel, Claudine Haroche, Fayard, mars 2001

³ Cela évidemment serait « sur mesure » en fonction des multiples types de déterminants des TS et des chances de leur répétitions Cf, J.L. Terra Il y a 1 % de mortalité par suicide dans l'année qui suit la TS (contre 0,02 % dans la population générale, soit 50 fois plus !). Il y a plus de 10 % de décès par suicide, au cours de la vie, après une première tentative de suicide. Un antécédent de TS est ainsi l'un des plus importants facteurs de risque de suicide.

⁴ Déjà en 2005 Drees, Evolution des suicides sur une longue période, Alain Sousa souligne : *Tous concernés... Pour connaître la réaction des Français face au suicide, l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide avait réalisé un sondage avec la Sofres en 2000. On y apprend que 35 % des français ont vécu la mort par suicide d'un proche. Pour 18 % il s'agissait d'un membre de leur famille et pour 5 % d'un parent proche (père, mère, frère, soeur ou enfant). Cela les a bien sûr fortement marqués...*

⁵ INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

⁶ *Responsabilité d'autrui en cas de suicide : Sur le plan pénal, le suicide n'étant pas punissable, la complicité n'est pas non plus réprimée. Encore faut-il que l'aide apportée au suicidant soit purement passive. Dès que la participation devient une aide matérielle effective, le fait que la victime soit consentante ou même demandeuse n'exonère pas le complice d'une condamnation probable pour meurtre ou assassinat (article 221-1 à 5 du C.P.).*

Quant au témoin passif d'un suicide, il peut être poursuivi en vertu du deuxième alinéa de l'article 223-6 du C.P. pour s'être abstenu de porter secours à une personne en péril.

Enfin, la loi du 31/12/1987 condamne la provocation au suicide tenté ou consommé par autrui, de même que la propagande ou la publicité en faveur de produits, objets ou méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort (article 223-1 à 5 du C.P.). Sur le plan civil, la responsabilité d'autrui peut-être engagée lorsque le suicidant ou sa famille se portent partie civile et demandent réparation lors du procès pénal intenté pour l'une des infractions que l'on vient d'énumérer. A l'étranger, dix huit nations dont quinze européennes condamnent la participation, l'incitation ou l'aide au suicide d'autrui. La France est le seul pays à incriminer la propagande ou la publicité en faveur du suicide.

⁷ 1. La provocation au suicide . — L'article 223-13 du Code pénal incrimine une provocation suivie d'effet. Il vise : « le fait de provoquer au suicide d'autrui... lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide ». En l'absence de suicide ou de tentative de suicide judiciairement constatée, la provocation ne peut être sanctionnée. Il s'agit donc d'une infraction matérielle. Le législateur n'a pas voulu en faire un délit obstacle car il fallait éviter de porter atteinte à la liberté d'expression. En pratique, la question d'une éventuelle provocation ne se pose donc qu'a posteriori. S'il apparaît que la décision de se suicider n'a pas été prise librement par la victime, celui qui est à l'origine de son acte peut être inquiété.

⁸ *Responsabilité du médecin et de l'hôpital Pour que la responsabilité pénale du médecin soit engagée, il est nécessaire qu'existe dans le Code Pénal une incrimination à laquelle l'acte reproché corresponde exactement. En matière de suicide, le médecin se voit le plus souvent reprocher une non-assistance à personne en péril (article 223-6 deuxième alinéa du C.P.), mais rares sont les condamnations, faute de pouvoir réunir les éléments constitutifs de cette infraction, qui sont au nombre de quatre : Existence d'un péril - Possibilité d'assistance - Absence de risque pour celui qui peut porter secours ou pour le tiers - Abstention volontaire de porter secours. Ainsi, selon la jurisprudence, le premier élément, l'existence d'un péril, doit être « imminent, constant et nécessiter une action immédiate ». Or, il est difficile de prouver que le médecin a connu de façon certaine la gravité et l'imminence du danger et qu'il avait la possibilité d'agir...*

La responsabilité civile du médecin et de la clinique ne peut mettre en cause que deux personnes privées, en l'occurrence le patient ou sa famille d'une part, le médecin exerçant en libéral ou les établissements privés d'autre part. La responsabilité médicale civile est engagée, soit par le non respect des obligations fixées par un contrat, c'est la responsabilité contractuelle, soit par l'obligation de réparer le dommage causé par une faute volontaire ou non, c'est la responsabilité délictuelle. B . Cordier revue FORENSIC de Déc 1994 n°7

⁹ *Le suicide en augmentation chez les jeunes in "La Croix", 5 février 2003.*