

## Prévention, prédiction, ségrégation

En 1996, la prévention du suicide est devenue une des dix priorités nationales de santé publique<sup>1</sup> et en 1998, un programme national de prévention du suicide des adolescents et des jeunes adultes voit le jour. Son objectif est de réduire la mortalité due au suicide en passant sous la barre des 10 000 morts par an en France et d'améliorer la prise en charge. Aujourd'hui, le plan *Psychiatrie et santé mentale 2011-2015* qui s'applique dans les hôpitaux publics, reprend les prérogatives du plan 2005-2008 en matière de prévention et tente, dans les grandes lignes, de s'accorder avec le *Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014*. Les ARS<sup>2</sup> sont chargées de soutenir ces initiatives et privilégient certaines actions comme le dépistage, la formation des professionnels, la prise en charge de la dépression, ou encore la « prévisibilité » du passage à l'acte. Parallèlement, le champ de l'épidémiologie et de la recherche définit une nouvelle terminologie pour désigner la science dite du suicide ou « suicidologie » ; le sujet reconnu « à risque » est appelé le « suicidant ». De son côté la « neuropsychologie du suicide » s'empresse de montrer les particularités plastiques d'un cerveau qui est potentiellement à risque.

Dans les institutions de soins en santé mentale relevant du secteur public, les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) en matière de prévention du suicide s'intensifient et débouchent sur l'application d'un protocole obligatoire. Il s'inspire des outils de mesures tels que l'échelle de désespoir<sup>3</sup> ou l'inventaire de dépression de Beck<sup>4</sup>. L'« évaluateur » est chargé de mener l'entretien à l'appui dudit questionnaire découpé en trois rubriques<sup>5</sup>. On peut ainsi évaluer le risque de passage à l'acte, et en fonction, déterminer la conduite à tenir. Ce protocole s'applique de manière systématique à tous les patients de plus de dix ans, reçus dans le secteur public hospitalier. L'instruction du dossier doit être réalisée dans un délai de trois à sept jours, quelle que soit la pathologie ou le niveau de fragilité du patient. L'évaluation doit être datée et signée par l'évaluateur et versée au dossier du patient, telle une pièce à conviction assurant la sécurité de chacun et une meilleure traçabilité de l'acte préventif. Cette politique, dite de santé, s'oriente plus de l'investigation policière, en traquant chez le sujet l'indice du risque suicidaire, et dévie de sa mission de prévention au profit de la prédiction, faisant ainsi sortir la santé de son champ à des fins normatives.

En effet, le passage à l'acte peut-il s'anticiper/s'évaluer/se contrôler ? Épingler le sujet sous la rubrique des risques psychosociaux (âge, sexe, contexte socio-familial), c'est stigmatiser des catégories de population. Cela laisse entrevoir un type de dérive à l'origine du principe de ségrégation, rappelant la brochure d'un laboratoire pharmaceutique, parue en 2004 : *Vers une clinique des gens fragiles*. L'homme est un être de langage, ce qui en fait

---

<sup>1</sup> ADSP, n°23, juin 1998, p. 2.

<sup>2</sup> Agence Régionale de Santé.

<sup>3</sup> Beck Hopelessness Scale.

<sup>4</sup> Echelle BDI (Beck Depression Inventory).

<sup>5</sup> Le risque suicidaire, l'urgence ou imminence du passage à l'acte, la dangerosité du scénario.

un être de désir. Certaines aptitudes humaines sont certes mesurables ou quantifiables mais le « désir » lui, est-il évaluable ? En ce point, aucun programme, qu'il soit validé par les statistiques, imposé par les pouvoirs publics, ne saurait prédire la conduite d'un sujet. Ce dernier, de par sa structure, est irréductible à toute mesure quantitative qui touche au statut de « sa » vérité ou de son intimité, qui ne sont aucunement standardisables. La vérité du sujet, celle qui parle aussi de sa souffrance, ne se prouve pas, mais elle se dit, s'énonce. Elle se produit de l'énonciation d'une parole, qui elle ne se calcule pas.

Sylvie Mothiron