



HAL
open science

L'autopsie psychologique : revue de la littérature, état des connaissances actuelles et propositions pour une harmonisation des pratiques

Jules Fouchault

► **To cite this version:**

Jules Fouchault. L'autopsie psychologique : revue de la littérature, état des connaissances actuelles et propositions pour une harmonisation des pratiques. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01657098

HAL Id: dumas-01657098

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01657098>

Submitted on 6 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**L'autopsie psychologique : revue de la littérature, état
des connaissances actuelles et propositions pour une
harmonisation des pratiques**

Jules Fouchault

► **To cite this version:**

Jules Fouchault. L'autopsie psychologique : revue de la littérature, état des connaissances actuelles et propositions pour une harmonisation des pratiques. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01657098>

HAL Id: dumas-01657098

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01657098>

Submitted on 6 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le 27/11/2017

Par **JULES FOUCHAULT**

Né le 01/11/1986

**L'autopsie psychologique :
Revue de la littérature, état des connaissances actuelles et
propositions pour une harmonisation des pratiques.**

Thèse dirigée par Monsieur le Docteur Olivier Doumy

Rapporteur : Monsieur le Docteur Kevin Rossini

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Président

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Monsieur le Docteur Emmanuel AUGERAUD, Juge

Monsieur le Docteur Olivier DOUMY, Juge

« To be, or not to be, that is the question :
Whether 'tis nobler in the mind to suffer
The slings and arrows of outrageous fortune,
Or to take arms against a sea of troubles,
And by opposing end them ? To die, to sleep,
No more; and by a sleep to say we end
The heart-ache and the thousand natural shocks
That flesh is heir to, 'tis a consummation
Devoutly to be wished. To die, to sleep;
To sleep! Perchance to dream : ay, there's the rub. »

SHAKESPEARE (W.), Hamlet, III, 1.

Être ou ne pas être, voilà la question :
Est-il plus digne pour l'esprit d'endurer
Les coups et les atteintes d'une infâme destinée,
Ou de se révolter contre le flot des malheurs,
Et y mettre fin par un refus de vivre ? Mourir, dormir,
Voilà tout, et par le sommeil terminer
Les tourments et les milliers d'agressions
Qui affligent notre condition.
C'est l'aboutissement le plus souhaitable.
Mourir, dormir ;
Dormir ! Mais alors, peut être rêver : et voilà l'obstacle.

Table des matières

Remerciements	7
Introduction	10
Partie 1 : Les différents visages du suicide	12
1. Mise au point sur les définitions.	12
2. Épidémiologie du suicide.	13
3. Impact médico-social.	13
Partie 2 : Méthode de l'autopsie psychologique.	14
1. Shneidman et la naissance du concept d'autopsie psychologique.....	14
2. Méthode	15
3. Champs d'applications.....	16
3.1. Applications en suicidologie	16
3.1.1. La recherche de marqueurs de risques suicidaires : une approche quantitative.	16
3.1.1.1. AP et trouble mental	17
3.1.1.2. Suicide et abus de substances	18
3.1.1.3. Suicide, traits de personnalité et facteurs psychologiques.....	18
3.1.1.4. Suicide et âges de la vie.....	19
3.1.1.5. Suicide et antécédents familiaux	20
3.1.1.6. Suicide et maladies graves.....	20
3.1.1.7. Poids des facteurs socio-économiques	21
3.1.1.8. Disponibilité d'un moyen létal	21
3.1.1.9. Situations particulières	22
3.1.1.9.1 Suicide et population carcérale.....	23
3.1.1.9.2 Suicide à l'hôpital	24
3.1.2. L'individu en interaction dans son environnement : une approche qualitative.	24
3.1.2.1. Les événements de vie stressants ou Stressfull life events (SLEs).	24
3.1.2.2. Les facteurs protecteurs	25
3.1.3. La postvention	25
3.2. Applications cliniques et légales	27
3.2.1. Applications cliniques	27
3.2.2. Applications légales	27
3.2.2.1. Droits des assurances	28
3.2.2.2. Testaments et dernières volontés.....	28
3.2.2.3. Suicide au travail	29
3.2.2.4. Droit civil	29
3.2.2.5. Droit pénal	29

3.2.2.6. Droit militaire	31
3.2.2.7. Spécificité de l'autopsie psychologique dans le cadre légal.....	31
3.2.2.8. Applicabilité en France	31
3.3. Fiabilité, validité de l'autopsie psychologique	33
3.3.1. Biais de reconnaissance des cas :	34
3.3.2. Biais lié à l'accès aux données :	35
3.3.3. Biais liés aux informateurs :	35
3.3.4. Biais liés aux enquêteurs :	36
3.3.5. Biais liés aux instruments :.....	36
3.3.6. Biais méthodologiques :	37
Partie III : Recommandations pour l'harmonisation des pratiques	38
1. Repérage et sélection des cas	38
2. Sélection des témoins	38
3. Formation et compétences requises par l'équipe d'évaluation	39
4. Sélection des informants	39
5. Contact des informants.....	40
6. Conduite des entretiens	41
6.1. Déroulement	41
6.2. Choix des questionnaires.....	42
6.3. Données à recueillir	44
7. Gestion des données contradictoires	46
8. Considérations méthodologiques spécifiques au travail de recherche.....	46
Conclusion	47
Bibliographie.....	48
Annexes.....	54
Serment d'Hippocrate.....	60

Remerciements

Monsieur le Professeur Manuel Bouvard

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. J'ai trouvé dans votre service, lorsque j'étais jeune externe, la confirmation de ma vocation de psychiatre.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

Monsieur le Professeur Bruno Aouizerate

Merci d'avoir accepté de co-dirigé ce travail et de participer à ce jury. Je vous remercie pour votre expertise et votre chaleureuse disponibilité. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

Madame le Professeur Marie Tournier

Merci d'avoir accepté d'être membre du jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Cédric Galera

Merci d'avoir accepté d'être membre du jury. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Emmanuel Augeraud

Merci d'avoir accepté d'être membre du jury. Merci pour ta disponibilité, ton désir de transmettre tes connaissances et pour avoir nourri mon désir de me former à la psychothérapie.

Monsieur le Docteur Olivier Doumy

Merci d'avoir accepté de reprendre la direction de ma thèse. Ta grande disponibilité et tes conseils avisés m'ont été d'une grande aide. Sois assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Kevin Rossini

Merci pour l'intérêt porté à mon travail, pour le temps passé à relire ma thèse et pour la rédaction du rapport. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Aux médecins qui m'ont accompagné et soutenu dans ma formation,

Vos approches et sensibilités variées m'auront permis de développer mon sens clinique et de m'affirmer dans mes relations avec les patients.

Dr Agnes Dupart-Marques, Dr Yves Coignoux, Dr Emmanuel Berteretche, Dr Anne Gaiffas, Dr Clarisse Locret, Dr Françoise Barataud, Dr Michelle Lafitte-Marine, Dr Patrick Alary, Dr Yves Le Loher, Dr Alice Letessier, Dr Daniel Montperrus, Dr Nathalie Streck, Dr Thierry Della, Dr Maité Celhay, Dr Alexandre Diot, Dr Bernard Cazenave ainsi que tous les praticiens hospitaliers du CHS Pau.

Aux infirmiers, secrétaires et personnels soignants de mes différents services,

Les services seraient bien tristes sans vous.

A mes parents,

Pour vos relectures attentives et pour m'avoir soutenu pendant toutes ces années.

Ca n'aura pas été de tout repos...

A mes frères,

L'un insulaire, l'autre Calcifer, tous deux lunaires.

A ma famille,

Pour votre soutien. Particulièrement Marie-Anne pour tes lumières dans les derniers mètres.

A mes amis,

Ils se reconnaîtront. Votre présence adoucit les douleurs et renforce les plaisirs.

A Adrien et Nelly,

Continuez de nous faire de jolis métisses.

Aux Sauvagnet,

Ma deuxième famille.

A mes co-internes,

Pour ces bons moments de camaraderie, véritables bols d'air dans les moments de découragement.

A tous les Thésards,

Assieds-toi et écris ta thèse...

Introduction

Le suicide a longtemps été condamné et considéré comme un péché. Le cadavre était souvent supplicié et la famille poursuivie et couverte de honte.

Bien qu'en France et en Europe le suicide soit aujourd'hui dépénalisé ce n'est pas le cas dans de nombreux pays, où il demeure tabou et entouré de nombreux mythes.

Les considérations autour du suicide sont multiples et parfois contradictoires. Durkheim (1897) le considérait comme un phénomène social, Esquirol (1838) comme l'apanage des « aliénés » et Camus (1942) comme le seul problème philosophique vraiment sérieux.

Dans son rapport de 2016, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à plus de 800 000 le nombre de suicides survenus dans le monde par an. Le poids de ces morts est considérable tant au plan individuel (familles et proches) que sociétal.

La communauté scientifique s'accorde sur le fait que ces décès pourraient être évités, mais que cela nécessite d'étoffer le champ de connaissances pour proposer des stratégies de repérage et de prévention adaptées. Il est aussi communément admis qu'il existe un continuum clinique allant de l'idéation suicidaire au geste fatal en passant par les tentatives de suicide et autres mises en danger.

Nombre de travaux portent sur les personnes présentant des idées suicidaires ou ayant tenté à leurs jours pour décrire et rechercher les marqueurs de risques suicidaires et élaborer des plans de prévention. Il existe d'autres outils s'intéressant directement aux défunts. L'autopsie psychologique fait partie de ces outils. Elle a été développée dans les années cinquante par l'un des pères fondateurs de la suicidologie (Edwin Shneidman) et permet de recueillir des informations sur une personne après sa mort. L'autopsie psychologique est aujourd'hui utilisée pour la recherche en suicidologie, mais aussi pour répondre à des questions d'ordre clinique ou légal.

Mais comment l'autopsie psychologique recueille-t-elle des informations sur des sujets décédés ? Ces informations sont-elles fiables et scientifiquement valides ? Quels sont les apports de cette méthode dans la connaissance du suicide et quelles sont les voies à développer ?

Telles sont ces questions auxquelles se propose de répondre ce travail à travers une revue de la littérature dont l'argumentation sera découpée en trois grandes parties.

La première s'attachera à clarifier les concepts et les terminologies propres au champ de la suicidologie. Elle présentera ensuite une brève épidémiologie du suicide en France et de son impact sociétal.

La deuxième partie présentera l'autopsie psychologique : son histoire, du concept initial à son utilisation actuelle mais aussi sa méthodologie tant dans ses forces que dans ses limites. Cette partie présentera aussi les apports de l'autopsie psychologique dans la connaissance du suicide.

La troisième et dernière partie tentera de synthétiser, sous forme d'un guide pratique, différentes

recommandations visant à harmoniser les pratiques dans un souci de validité scientifique et de respect de l'éthique.

La revue de la littérature s'appuie sur la base de données médicales MEDLINE à partir des mots clés : psychological autopsy ; psychiatric autopsy ; autopsie psychologique ; psychological autopsy and suicide. Le papier le plus récent date de février 2017.

La base Google Scholar et les bibliographies d'articles sélectionnés ont également permis la recherche de sources supplémentaires.

Partie 1 : Les différents visages du suicide

1. Mise au point sur les définitions.

Le suicide est un malaise multidimensionnel (Shneidman, 1985), ce n'est ni un crime, ni un péché (le suicide est dépenalisé dans la majeure partie du globe). Ce malaise douloureux comprend des éléments biologiques, psychologiques, logiques, conscients et inconscients, interpersonnels, sociologiques, culturels et existentiels pour n'en nommer que quelques-uns (Leenaars, 2017).

Il est important de passer en revue les définitions et les terminologies utilisées en suicidologie tant celles-ci ont d'impact sur ce qui est considéré comme un acte suicidaire et ce qui fait l'objet de recherche et de prévention.

L'éventail des comportements suicidaires comprend :

- Le comportement suicidaire fatal ou suicide complété définit une mort par suicide comme étant une mort intentionnelle causée par soi-même.
- Le comportement suicidaire non fatal ou tentative de suicide est un acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort.
- Les comportements suicidaires indirects ou équivalents suicidaires sont des comportements où la prise de risque est importante même sans intention suicidaire exprimée.
- Les idéations suicidaires sont les idées selon lesquelles le suicide pourrait constituer une solution à la situation ou bien à la douleur morale et à la détresse dans laquelle la personne se trouve et qu'elle juge insupportables. Elles se différencient des idées de mort en ce sens que le sujet se représente alors un acte volontaire et dirigé contre lui-même.

Enfin, pour caractériser les individus concernés par le suicide, on distingue classiquement :

- Les suicidés, pour qui l'acte posé a été mortel.
- Les suicidants sont ceux qui commettent une tentative de suicide ou qui manifestent des comportements auto-agressifs à finalité plus ou moins suicidaire.
- Les suicidaires sont les sujets qui risquent d'attenter à leur vie.

Il est aujourd'hui généralement admis qu'il existe un continuum entre les différents comportements suicidaires. De plus les comportements suicidaires (et plus généralement les comportements violents) sont des problèmes multidimensionnels et doivent être adressés sur différents fronts. Une approche écologique est à préférer.

2. Épidémiologie du suicide.

En une année sur 100 000 personnes, 4 000 auront des idées suicidaires, mais 180 feront une tentative de suicide, parmi lesquelles 16 compléteront leur suicide (Observatoire National du Suicide 2° rapport 2016).

En 2014, 9 033 décès par suicide ont été enregistrés sur le territoire français dont 8 879 en métropole soit environ 25 suicides par jour.

A titre de comparaison, pour la même année, les accidents de la route faisaient 3 384 victimes. (source : observatoire national interministériel de la sécurité routière)

Ces chiffres proviennent du Centre épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) qui dépend de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et qui gère depuis 1969 la base des causes médicales de décès.

L'INSERM estime que le nombre de décès par suicide est sous-évalué d'environ 10%, en raison notamment d'un mauvais repérage des cas qui peuvent être classés comme « mort violente indéterminée quant à l'intention » ou comme « cause inconnue ». Une autre raison de cette sous-estimation serait liée à la participation inégale selon les régions des services médico-légaux quant à la transmission des informations entourant le décès. Cette sous-estimation varie grandement selon les régions, pouvant atteindre 46% dans la région Île de France.

En prenant en compte le sous repérage, le chiffre des suicides s'élèverait donc autour de 10 000 en 2014.

Le taux de suicides sont trois fois supérieur chez les hommes et le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge chez les hommes.

Les modes de suicide les plus fréquents sont la pendaison (56%), l'arme à feu (14%) et la prise de médicaments et autres substances (11%). Ces modes diffèrent selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 60% des suicides et l'utilisation d'une arme à feu de 18 %. Pour les femmes, la pendaison (43%), l'ingestion de médicaments et autres substances (24%) et le saut d'un lieu élevé (12 %) sont les modes les plus utilisés. (ONS 2° rapport, 2016)

3. Impact médico-social.

Un programme de recherche mené par L'INSERM entre 2007 et 2010 a montré que pour chaque décès par suicide on compte 26 personnes endeuillées directement ou indirectement soit environ 300 000 personnes chaque année. A ceux-ci s'ajoutent les 3 750 000 personnes touchées directement ou indirectement par la tentative de suicide d'un proche.

Le coût pour la société est également énorme. Il comprend des coûts directs : la prise en charge dans les secteurs sanitaires et les autres dépenses qu'elles soient publiques ou liées à la famille ; et des coûts indirects : perte de productivité engendrée par le suicide ou la TS pour la victime. Son estimation avoisine les 10 milliards d'euros par an. (Vinet et coll., 2013)

Partie 2 : Méthode de l'autopsie psychologique.

1. Shneidman et la naissance du concept d'autopsie psychologique

L'autopsie psychologique est une méthode d'analyse rétrospective multidimensionnelle visant à éclairer les circonstances d'un décès. Elle repose sur le recueil minutieux des données susceptibles de reconstituer l'environnement bio-psycho-social du défunt.

Ses prémisses remontent à la collaboration, dans les années cinquante, entre le bureau du Coroner de Los Angeles et le Centre de prévention des suicides de Los Angeles pour distinguer les cas de décès par overdose des suicides (Litman et coll. 1963).

Le terme « autopsie psychologique » date de 1958 et est dû à Edwin Shneidman, père fondateur de la suicidologie et directeur dudit Centre de prévention du suicide. Il proposait un protocole visant à déterminer l'état d'esprit du défunt au moment de sa mort. (Le mot autopsie nous vient du grec *autopsia* (αὐτοψία) signifiant « voir de ses propres yeux ».)

Puis ce sont les travaux de Robins et coll., de Dorplat et Riley, et de Barraclough et coll. (cités par l'INSERM (2005)) qui dans les années soixante ont véritablement jeté les bases méthodologiques de l'autopsie psychologique via la standardisation des entretiens, la réalisation d'études à fortes puissances statistiques appliquées à des zones géographiques limitées).

La définition de Shneidman de l'autopsie psychologique est « l'analyse rétrospective minutieuse des intentions du défunt » (Shneidman, 1981).

L'utilisation initiale de l'autopsie psychologique s'appliquait aux cas de morts suspectes ou équivoques. Par la suite, cette méthode sera dirigée vers la prévention des suicides, l'intervention de crise, ou encore la recherche pour améliorer les connaissances et identifier les sujets « à risque ». L'autopsie psychologique a aussi trouvé des applications légales dans des cas de litiges testamentaires ou des affaires criminelles par exemple.

Ainsi on peut distinguer l'utilisation de l'autopsie psychologique en recherche de l'utilisation à des fins cliniques ou légales.

Les travaux de recherche impliquent l'étude de nombreux cas de suicides que l'on compare à un groupe témoin (par exemple des morts accidentelles) afin de rechercher la présence de facteurs discriminants.

Les autopsies psychologiques cliniques et légales concernent des cas isolés pour clarifier pourquoi et comment la personne est décédée. Elles comportent souvent des interprétations descriptives de la mort, peuvent émettre des avis diagnostiques post mortem et se prononcer sur la vraisemblance d'un acte suicidaire. Elles peuvent également être utilisées pour régler des questions de succession ou quand la responsabilité d'un tiers ou d'une institution est engagée après un suicide.

Elles sont susceptibles d'apporter de nouvelles informations aux proches du défunt pour les aider à mieux appréhender les circonstances de la mort. Elles suggèrent aussi des moyens de prévention des passages à l'acte et d'amélioration des prises en charge, à l'hôpital et en prison notamment.

2. Méthode

Une autopsie médicale vise à déterminer la cause de la mort (par exemple un traumatisme crânien violent, un arrêt myocardique etc), alors que l'autopsie psychologique vise à déterminer les modalités de la mort à travers l'élaboration du profil médico-bio-psycho-social du défunt.

Elle reconstitue le style de vie, les comportements et les réactions aux événements.

Dans les cas de suicide, elle cherche à obtenir une compréhension profonde de la personnalité du défunt, de ses schémas comportementaux et de ses possibles motivations à commettre un acte suicidaire.

Sa méthode repose sur le recueil et l'analyse de toutes les informations pertinentes sur le sujet. Cette collecte porte sur deux types d'informations :

- Les données papiers : dossier médical, rapport de police, rapport d'autopsie ou de levée de corps, certificat de décès, inspection du lieu du décès, rapports des services sociaux, écrits de la victime (journal, e-mail, correspondance internet),
- Les données recueillies lors d'entretien avec les proches du sujet décédé. Ces informants peuvent être de la famille, des amis, des collègues, des professeurs, ou toute personne étant en lien fréquent avec la victime. La sélection et le contact de ces informants doivent être réfléchis à travers des critères pratiques et éthiques.

La rencontre des informants se fait via des entretiens en face à face, au domicile ou en cabinet. Ces entretiens durent entre deux et cinq heures en général et abordent des domaines variés de la vie de la victime. Ils s'intéressent notamment aux détails de la mort, au quotidien de la victime, à son histoire de vie, à son comportement, à son tissu social et professionnel. Ils recherchent aussi les antécédents médicaux et psychologiques, les antécédents de conduite suicidaire, la recherche d'aide et les événements de vie récents.

A terme, l'autopsie psychologique doit permettre (INSERM, 2005) :

- L'analyse objective des facteurs de risque et des facteurs de protection du suicide.
- L'identification de facteurs précipitants.
- L'identification des schémas de comportements adaptatifs au stress.
- D'établir la présence d'une maladie mentale concomitante.
- D'estimer le degré de motivation et d'intentionnalité suicidaire.
- D'estimer si le décès est possiblement imputable à un suicide.

3. Champs d'applications

Les applications de l'autopsie psychologique peuvent être grossièrement divisées en deux champs. D'une part le champ de la suicidologie, et d'autre part le champ médico-légal et expertal.

3.1. Applications en suicidologie

3.1.1. La recherche de marqueurs de risques suicidaires : une approche quantitative.

La suicidologie se définit comme « l'étude scientifique du suicide et des comportements auto-destructeurs ». Cette discipline fondée par Edwin S. Shneidman, déjà à l'origine de l'autopsie psychologique se veut à la croisée de la médecine, de la science et du droit.

Avec le développement de sa méthode, l'autopsie psychologique est progressivement devenue un outil de choix dans la recherche et la prévention du suicide.

A partir des années soixante-dix, des études de cas témoins comparant des séries de sujets apparentés sur l'âge, le sexe, ou d'autres caractéristiques propres à l'étude ont été mises en place. Les entretiens sont devenus plus structurés et se focalisaient sur la recherche de troubles mentaux, de comorbidités, d'antécédents de tentative de suicide, d'antécédents familiaux, ainsi que sur l'environnement social des personnes. Cette méthodologie a permis de confirmer certaines données observées dans d'autres études épidémiologiques et de mettre à jour de nouveaux facteurs de risque de suicide. L'hypothèse de départ était que les variables différenciant les cas des témoins étaient en rapport avec le geste suicidaire et de ce fait pouvaient être interprétées comme des facteurs de risque de suicide (INSERM 2005).

Dans la même logique, les individus du groupe « contrôle » présentant des caractéristiques proches des cas pouvaient être considérés à risque de suicide ultérieur. Les travaux de Pallis et coll (1982 ; 1984) au début des années 80 ont vérifié ces postulats.

Les différents travaux utilisant l'autopsie psychologique visaient à compléter les connaissances des études épidémiologiques et cliniques. Ils portaient entre autres sur :

- La recherche d'un trouble mental (pathologie de l'ancien axe I),
- La recherche de comorbidité (axe I/axe II),
- L'étude des suicides chez les cas non atteints de pathologie mentale,
- L'influence des traits de personnalités,
- L'influence des différents âges de la vie,
- Les antécédents familiaux,
- Les antécédents somatiques,
- Certaines situations particulières.

3.1.1.1. AP et trouble mental

La présence d'un trouble mental a été l'un des premiers facteurs de risque de suicide identifié. L'immense majorité des études utilisant l'autopsie psychologique c'est attachée à rechercher une pathologie mentale et a confirmée les données de la littérature : il existe une très forte relation entre pathologie mentale et suicide. L'existence d'un trouble mental serait le premier facteur de risque de suicide, avant les problèmes psycho-sociaux et les événements de vie stressants.

On peut noter la place prépondérante des troubles de l'humeur, de la psychose, des troubles liés à l'usage de substances et des troubles de la personnalité chez les suicidés.

La prévalence des troubles mentaux chez les cas varie selon les études mais elle est le plus souvent supérieure à 80% (Isometsä, 2001)(cf. Tableau I).

Le travail de Cavanagh et son équipe en 2003 retrouve un taux de trouble mental supérieur à 90% chez les cas (contre 27% chez les témoins, sans chevauchement des intervalles de confiance).

L'association suicide-trouble mental semble plus forte en Occident comme le suggèrent les taux plus faibles dans les études réalisées dans les pays non occidentaux (Milner et al., 2013). Certaines caractéristiques propres à chaque pathologie peuvent influencer sur le risque suicidaire. On sait que le risque est plus grand lors du premier épisode d'une dépression unipolaire (McGirr et coll. 2008b; Rihmer, 2011 ; Conner et coll. 2011) ou lors d'une rechute sur un mode dépressif ou mixte d'un trouble bipolaire (Rihmer, 2011; Conner et coll. 2011). De même la déclaration de la maladie à un âge précoce (early age-off-onset) et sa chronicité augmentent le risque de passage à l'acte.

En règle générale, la présence de comorbidités augmente le risque selon une logique de synergie (Bakst et coll. 2016), cependant des travaux récents suggèrent que certaines associations de morbidités diminueraient le risque suicidaire (logique de subadditivité) (Nock et coll., 2009).

Des données laissent aussi penser que certains troubles de la personnalité (personnalité antisociale, dépendante et évitante) sont à eux seuls des facteurs de risque suicidaire. Les personnalités antisociales et états limites ont également un risque plus important de faire une tentative de suicide ou de se suicider (Foster et coll. 1999).

Chez les patients souffrant d'un trouble psychotique on observe un recours plus fréquent aux moyens violents et une moindre influence des événements de vie négatifs (INSERM, 2008).

Pour rechercher une pathologie mentale, la plupart des études utilise des questionnaires standardisés. Ces tests ont prouvé leur validité dans des cas d'interviews par procuration en post mortem.

Le Structured Clinical Interview for DSM (SCID) (Spitzer et coll., 1986) est un instrument clinique standardisé doté d'une excellente consistance interne (fiabilité des différents items censés mesurer un phénomène) et permettant d'établir des diagnostics sur la base du DSM.

Le *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children* (Chambers et al., 1985) a aussi été utilisé dans plusieurs études portant sur des adolescents. Le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998), a été utilisé de manière plus discrète. (Almasi et al., 2009; Thoresen & Mehlum, 2006).

La recherche d'un trouble de la personnalité passe le plus souvent par l'utilisation du SCID, du Personality Assessment Schedule (Tyrer & Alexander, 1979) et du Standardised Assessment of Personality (Mann, Jenkins, Cutting, & Cowen, 1981).

Cependant certains auteurs critiquent la validité de ces échelles (cette critique concerne de manière générale l'utilisation d'échelles catégorielles pour la personnalité) et préfèrent l'utilisation d'échelles dimensionnelles de traits de personnalité (comme l'hostilité, l'impulsivité etc.) (Conner 2011).

Trouble mental	Prévalence
Troubles dépressifs	30-90 %
Troubles bipolaires de l'humeur	0-23 %
Schizophrénie	2-12 %
Alcoolodépendance/ Abus de substances	15-56 %
Troubles de la personnalité	0-57 %
Tous troubles confondus	81-100 %

Tableau I. Prévalence des troubles mentaux précédemment au suicide. D'après Isometsä, 2001

3.1.1.2. Suicide et abus de substances

L'alcoolodépendance est la donnée la mieux documentée, mais tous les mésusages de substances semblent augmenter le risque suicidaire.

Les sujets alcoolodépendants présentent fréquemment un épisode dépressif associé et seraient moins enclins à verbaliser leurs intentions suicidaires (INSERM, 2005). Ils auraient également connu plus d'événements de vie stressants.

Le mésusage de substances influe aussi sur l'âge au moment de la mort. Les femmes alcoolodépendantes et toxicomanes mourraient plus jeunes que les hommes (à caractéristiques égales) (INSERM, 2005).

3.1.1.3. Suicide, traits de personnalité et facteurs psychologiques

La présence d'une maladie mentale n'est pas suffisante pour expliquer un passage à l'acte suicidaire, car la majorité des malades mentaux n'attenteront pas à leurs jours. La recherche autour des traits de personnalité et des facteurs psychologiques a permis de mieux comprendre le passage à l'acte.

Ainsi certains traits de personnalité tels que l'impulsivité, l'agressivité et l'hostilité sont directement liés à un risque suicidaire accru (Conner et coll. 2011).

De plus des recherches récentes ont montré l'impact d'un dérèglement des fonctions exécutives (résolution de problème) dans la précipitation du passage à l'acte. Le sujet n'étant plus en mesure de concevoir des solutions créatives face à ses difficultés, le suicide lui apparaît rapidement comme un échappatoire salutaire (Keilp et al., 2008).

De manière schématique, on peut considérer que c'est la réaction négative aux facteurs de stress qui est le facteur précipitant. Des études sont encore nécessaires pour déterminer quels sont les facteurs qui augmentent le plus le risque.

Conner et coll. (2011) pointent aussi le manque de données quant à la validité de l'évaluation des traits de personnalité par procuration.

3.1.1.4. Suicide et âges de la vie

De nombreux travaux montrent des différences de critères cliniques, psycho-sociaux et neurobiologiques selon les différents âges de la vie.

Chez les sujets âgés, bien que les études soient peu nombreuses, l'INSERM (2006) ne rapporte pas de différence qualitative quant aux troubles mentaux vis-à-vis des populations non sélectionnées sur l'âge. Les chercheurs ajoutent que la sévérité de la dépression est un facteur prédictif du développement d'idées suicidaires.

Chez les sujets âgés, les problèmes matériels sont moins impactants que les problèmes de « pertes » (statut social, isolement, santé physique...). Ces personnes sont moins enclines à communiquer leurs intentions suicidaires et ont plus volontiers recours à des moyens létaux plus violents (Pitkala et coll., 2000).

Carney et son équipe (Carney coll., 94) rapportent une convergence des facteurs de risque entre hommes et femmes après 60 ans.

Les populations adolescentes ont été plus volontiers étudiées via l'utilisation de l'autopsie psychologique. On retrouve également une forte prévalence des troubles mentaux dont la dépression, les troubles bipolaires, les troubles de l'adaptation, les troubles de la personnalité, les troubles des conduites et les troubles liés à l'usage de substances. Ces troubles sont souvent intriqués à une histoire familiale et personnelle chargée dès la petite enfance (violence, abus). Les jeunes suicidaires sont souvent en lutte avec au moins un problème psycho-social (problème de santé, au travail, dans les relations affectives, avec la justice).

L'étude de Brent (Brent et coll 1999) a comparé la prévalence du suicide chez des adolescents âgés de plus ou de moins de seize ans. Le taux de suicide est plus élevé chez le premier groupe, ce qui peut s'expliquer par l'accès plus fréquent aux substances et par une intentionnalité suicidaire plus affirmée.

Parallèlement, les jeunes hommes ont un taux plus important de suicide réussi. Ils ont plus facilement recours aux moyens violents et présentent plus de troubles des conduites.

Une autre étude de Brent et coll. de 1994 étudiant une population d'adolescents rapporte une prévalence augmentée des troubles de la personnalité, surtout celles de l'ancien cluster B (histrionique, narcissique, borderline, antisociale) chez les cas de suicide.

Ces cas présenteraient également souvent une propension plus marquée à l'agressivité et une moindre tolérance à la douleur morale.

Les événements de vie négatifs sont très présents, surtout chez les individus masculins où ils sont plus nombreux et plus stressants. On les retrouve également plus fréquemment chez les cas présentant un trouble de l'usage de substances que chez les déprimés. Les événements de vie négatifs semblent avoir moins d'impact quand le sujet souffre d'une pathologie mentale sévère.

3.1.1.5. Suicide et antécédents familiaux

Les études confirment le caractère pronostic négatif des antécédents familiaux de suicide et de maladie mentale (Brent et coll., 2002 ; Qin et coll., 2002).

L'INSERM (2005) relève cependant des résultats contradictoires quant à la place de l'environnement socio-économique familial défavorable comme facteur de risque suicidaire chez les jeunes. Agerbo et coll. (2002) ont montré que le poids de la situation socio-économique familiale diminue après ajustement de l'histoire familiale des troubles mentaux et du suicide.

Cette augmentation pour un sujet de son risque suicidaire lié à ses antécédents psychiatriques familiaux s'explique par l'intrication entre suicide et maladie mentale et par la composante génétique des troubles psychiatriques.

Il est intéressant de noter que certaines études ont montré une tendance à la transmission filiale du suicide même après ajustement sur les maladies mentales (Mann, 2003). Il y aurait donc matière à penser que certains éléments favorisent la propagation transgénérationnelle du suicide indépendamment des troubles psychiatriques.

3.1.1.6. Suicide et maladies graves

Les problèmes de santé, notamment les maladies graves et/ou chroniques majorent le risque suicidaire, surtout quand ils s'associent à une maladie mentale (Cavanagh et coll., 1999 ; Gustafsson et Jacobson, 2000).

L'étude de Hietanen et coll. datant 1994 et citée par l'INSERM (2005) retrouve une place prépondérante du cancer comme facteur précipitant chez une population de suicidés cancéreux, comparativement au groupe des témoins (suicidés non cancéreux). Conner et coll. (2011), quant à eux, rapportent une forte association avec l'épilepsie, les traumatismes crâniens, les maladies neurodégénératives, les pathologies pulmonaires et les douleurs chroniques. La perte des sens, les maladies neurologiques et les tumeurs malignes sont aussi des pathologies à risque pour les sujets âgés.

La perte de la vue majeure encore plus le risque, comparativement aux autres sens, même chez les personnes exemptes de maladie mentale (De Leo et coll., 1999).

L'impact des pathologies somatiques sur la qualité de vie tient une place importante dans le cheminement suicidaire. On peut mesurer cet impact à travers des échelles de qualité de vie, d'impotence fonctionnelle et d'autonomie. Ces échelles ont prouvé leur validité quand elles sont remplies via des proches (INSERM, 2005).

Une étude de Conwell et coll. (2010) a montré une augmentation du risque suicidaire chez les plus de cinquante ans en cas de limitation fonctionnelle.

3.1.1.7. Poids des facteurs socio-économiques

Peu d'études dans le monde du travail ont été menées mais on peut noter l'intérêt porté aux professions médicales particulièrement à risque de suicide.

Les résultats sont souvent discordants mais on peut retenir la forte association entre facteurs de risques psycho-sociaux et maladie mentale (Milner, 2013)

Les facteurs socio-économiques sont aussi susceptibles d'influer sur les modalités de la mort. Par exemple les personnes actives ont plus souvent tendance à se suicider les week-ends. (INSERM 2005).

3.1.1.8. Disponibilité d'un moyen léthal

L'accès à un moyen léthal est un marqueur de risque bien identifié sur lequel repose une grande partie des politiques de prévention. Par exemple, plusieurs études ont montré que l'accès à une arme à feu augmente considérablement le risque, d'autant plus si celle-ci est gardée chargée. (Conner et coll. 2011)

La réduction de l'accessibilité aux moyens létaux réduirait en premier lieu les suicides non planifiés, impulsifs.

Le moyen utilisé varie selon les régions, le sexe et l'âge des sujets. L'identification des moyens préférentiels et des sujets à risque permet de mettre en place des plans de préventions spécifiques.

3.1.1.9. Situations particulières

3.1.1.9.1 Suicide et population carcérale

La mortalité par suicide reste élevée dans les prisons mais il est à noter l'effort engagé par les pouvoirs publics pour réduire cette situation. En France les travaux de J-L Terra entre autres ont fortement contribué à la réduction du risque suicidaire chez les détenus et des études utilisant l'autopsie psychologique ont permis de mieux cerner cette population chez qui le risque suicidaire n'était détecté que pour 25% des suicidés (INSERM, 2008).

Toutes les morts violentes en détention font l'objet d'une autopsie médico-légale ce qui permet un meilleur recensement des suicides, mais il reste des cas où la distinction entre mise en danger sans volonté de mourir et suicide est plus difficile à établir et où l'autopsie psychologique apporte un gain de connaissance (INSERM 2008).

La part des suicides en prison est inférieure à 1% de l'ensemble des suicides. La population carcérale présente certaines caractéristiques propres. Elle est essentiellement masculine (90%). La prévalence des troubles mentaux y est élevée, notamment pour la dépression, l'abus de substances, les troubles de la personnalité et la schizophrénie.

Certaines situations sont bien repérées comme propices au passage à l'acte, comme l'arrivée en détention, la période du jugement, les temps en quartier disciplinaire, l'annonce d'une mauvaise nouvelle mais aussi l'approche d'une libération. (INSERM, 2005)

Certaines sous-populations sont aussi à risque augmenté comme les primo-incarcérés, les personnes avec antécédents auto-agressifs, les auteurs d'atteintes aux personnes, les auteurs d'infractions à caractère sexuel. La rupture avec la famille du fait de l'incarcération augmente aussi le risque, surtout en début de peine.

Le mode de suicide le plus usité est la pendaison, pour une question d'accessibilité (INSERM, 2005)

Des mesures de dépistage et de prévention ont été mises en place à travers différents plans : consultation médicale rapide et systématique pour les arrivants, création de cellules de protection, co-détenus de soutien, formation du personnel pénitentiaire, limitation de la surpopulation et de l'isolement, surveillance renforcée aux périodes critiques, insertion sociale, meilleure communication entre les administrations pénitentiaire et sanitaire.

L'autopsie psychologique est un outil de choix dans le développement des connaissances sur le suicide en milieu pénitentiaire à la condition d'éviter l'écueil d'une recherche de responsabilité. En effet les conflits entre les familles de victimes (les informants) et l'administration pénitentiaire sont fréquents et le clinicien peut être pris à partie. Les auteurs de l'INSERM insistent donc sur l'importance de déconnecter les recherches en santé utilisant l'autopsie psychologique des recherches de responsabilité. A ce titre, l'organisation pénitentiaire française, à la fois juge et partie, pourrait être repensée avec par exemple l'adoption d'une institution similaire à celle des « coroners » formés à la recherche des causalités.

3.1.1.9.2 Suicide à l'hôpital

La part des suicides survenant à l'hôpital est non négligeable. Elle est estimée à 4-5% des décès pendant un séjour hospitalier et à 10-15% des décès dans les quatre semaines au décours d'un séjour.

Sans surprise, pour les décès survenant exclusivement en cours d'hospitalisation, les hôpitaux psychiatriques sont sur-représentés : 0,5 à 1 pour 1 000 admissions contre 1 pour 10 000 admissions dans les hôpitaux généraux. (INSERM, 2005)

La semaine suivant l'admission et la période précédant la sortie semblent être particulièrement à risque. (Appelby et coll., 1992)

En ambulatoire, la semaine faisant suite à l'hospitalisation est aussi à risque, surtout en cas d'admission de courte durée et dans les cas de sortie contre avis médical (INSERM, 2005)

L'INSERM note que la plupart des suicides se sont produits après un contact récent avec un service de psychiatrie.

En cas de décès au sein de l'établissement de soin, une autopsie médico-légale est systématiquement demandée mais l'accès aux données est souvent difficile.

La pendaison et la strangulation sont les modes de suicide les plus souvent constatés en milieux fermés. A ceux-ci s'ajoutent la noyade et la précipitation dans les milieux ouverts.

Les deux tiers des suicides ont lieu hors des murs de l'hôpital lors d'une fugue ou d'une permission. (INSERM, 2005)

D'après Georges Klein (2012), dans 34 à 45% des cas le risque suicidaire était évalué comme faible ou nul. Les auteurs rapportent aussi que des études retrouvaient dans près de 50% des cas une amélioration clinique significative avant le passage à l'acte. De plus la part des victimes qui déniaient des intentions suicidaires se situait entre 50 et 77% (INSERM 2005).

La réduction du nombre de cas de suicide en milieu hospitalier fait partie des voies de recherche actuelles avec le développement de démarches qualité et de prévention des risques et avec la mise en place de groupes d'analyse morbi-mortalité. L'autopsie psychologique constitue un bon outil pour retracer la trajectoire de vie de la victime et pour tirer des enseignements à visée préventive (pour savoir si tout le potentiel de prévention a été mis en œuvre).

Pour les sujets souffrant de schizophrénie, une étude de Amador et coll. de 1996 retrouvait une prévalence des suicides de 10 % au cours de la première année d'évolution. Un tiers se suicidait au cours de son séjour et un autre tiers dans le mois suivant la sortie.

3.1.2. L'individu en interaction dans son environnement : une approche qualitative.

3.1.2.1. Les événements de vie stressants ou Stressfull life events (SLEs).

Même si la grande majorité des suicides concerne des patients souffrants de troubles mentaux, la présence d'une maladie mentale n'est ni nécessaire ni suffisante pour expliquer le passage à l'acte mortel. D'autres voies de recherches se sont intéressées aux événements de vie stressants et à leur impact sur l'individu.

De nombreuses études ont reconnu la place de SLEs comme facteurs de risque de suicide. Il est donc pertinent de s'y intéresser pour mieux comprendre la dynamique suicidaire. Les études sont néanmoins moins nombreuses que celles portant sur les pathologies mentales. La majorité des études portant sur les SLEs utilisaient des questionnaires sous forme de check-list, comme la *Life Events Schedule* (Paykel, Prusoff, & Uhlenhuth, 1971), la *Social Readjustment Rating Scale* (Holmes & Rahe, 1967), et la *Threatening Life Experiences List* (Brugha & Cragg, 1990) mais peu d'études se sont intéressées à la validité des données recueillies hormis celle de Conner et coll. (2001) et Phillips et Zhang (2008).

De même, peu d'études s'intéressent au timing des événements, à l'impact psychologique individuel et aux différences entre événements stressants aigus et chroniques.

Les travaux relativement récents de Li et Phillips (2002) ont montré un fort risque suicidaire dans les deux jours suivant l'événement stressant.

Conner et coll. reprennent les recommandations de Brent de 1989 d'utiliser des catégorisations temporelles plus fines. L'étude précise et chronologique de la chaîne des événements précédant le suicide permettrait de relever les interactions entre SLEs et troubles mentaux, de repérer les schémas adaptatifs au stress, d'identifier des signes avant-coureurs de suicide.

Il semble à ce jour que les SLEs favorisent plus souvent les troubles mentaux que l'inverse. Les travaux de Cavanagh et coll. (1999) ont montré que des événements de vie négatifs récents peuvent constituer des facteurs précipitants malgré la stabilité d'autres éléments comme une maladie mentale.

Bien évidemment la réalisation d'une chronologie précise nécessite l'accès à des informants ayant des contacts fréquents avec la victime, ce qui n'est pas toujours aisé quand la victime est isolée.

Le mécanisme selon lequel les SLEs influent sur l'état mental du sujet et amènent au suicide reste encore mal compris, mais il a été remarqué que les ruptures amoureuses sont les SLEs les plus fréquemment retrouvés avant un suicide. Plusieurs auteurs ont avancé l'hypothèse que la perte du sentiment d'appartenance et les vécus d'humiliation pouvaient agir comme catalyseurs. D'autre part Conner et coll. (2011) notent la faible considération dans les études de l'implication du sujet dans la survenue des SLEs. On peut différencier les SLEs comme

dépendants ou indépendants du sujet. Un SLE indépendant sera un événement qui n'aura pas été influencé par les actions du sujet (ex : un tremblement de terre). A l'inverse un SLE dépendant qualifie un événement influencé par l'action du sujet comme par exemple un licenciement pour faute grave. Ainsi un événement comme un licenciement pourra avoir un impact très différent selon le caractère dépendant ou indépendant du sujet (licenciement pour faute / licenciement économique). Plus de données sont nécessaires pour mieux caractériser et évaluer l'influence de ces paramètres.

Le recueil des événements de vie stressants est difficile et nécessite de procéder avec tact surtout à l'abord des événements ayant impliqué des tiers pour ne pas générer de colère, de honte ou de culpabilité, à fortiori si ces tiers sont des informants.

3.1.2.2. Les facteurs protecteurs

Les facteurs de protections ont étonnamment peu été étudiés en autopsie psychologique. Mais Conner et coll. (2011) rapportent les critères suivants : être marié, avoir un bon niveau d'éducation, avoir un bon support social.

3.1.3. La postvention

La postvention se réfère à toutes les mesures à prendre à la suite d'un suicide.

Celui-ci est un choc très difficile à appréhender pour les proches du défunt qui font face à des sentiments contradictoires alternant entre la culpabilité, la honte, la colère, la dépression. Les familles endeuillées présentent également un risque accru de trouble physique et mental (Mc Neil, 1988). Le traumatisme peut être décuplé dans le cas de la perte d'un enfant.

Même s'il n'existe que peu de données empiriques à ce sujet, les experts considèrent généralement que le processus de deuil après un suicide est plus sujet à complication qu'un deuil « simple ».

McIntosh et coll. (2014) notent cinq facteurs rendant le deuil après un suicide plus difficile :

- le suicide revêt généralement un caractère soudain et imprévu.
- le suicide laisse souvent des affaires et des conflits familiaux non résolus.
- le suicide est une mort violente susceptible de produire des images et des souvenirs intrusifs et perturbants pour les familles,
- le suicide intervient souvent dans un contexte familial ou professionnel déjà sous pression.
- la mort par suicide peut perturber les rituels de deuil à cause de la colère, de la honte ressentie ou de la stigmatisation sociale associée. Certaines familles optent pour des cérémonies funéraires plus discrètes, privant ainsi certains survivants de leurs rituels d'adieu et de deuil.

L'expérience du deuil est une affaire hautement suggestive et les réactions sont très variées même au sein d'une même famille ou communauté. Les investigations autour du décès sont à même d'exacerber la souffrance déjà présente ou, au contraire, de l'apaiser. L'autopsie psychologique a montré des effets thérapeutiques auprès de ceux qui restent (Hawton et coll., 2003, Beskow et coll., 1990). L'autopsie psychologique s'apparente donc à un outil thérapeutique permettant d'aider les survivants d'un suicide (Ebert, 1987 ; Jacobs et Klein-Benheim, 1995). Elle permet, en les faisant parler du défunt avec leurs mots et à travers leur vision personnelle, de mettre un semblant de sens, de resituer le geste dans un contexte. La rencontre des proches les aide également à développer une vision plus réaliste des facteurs de risque de suicide et valorise leur participation altruiste à la recherche et la prévention.

Par ailleurs, la rencontre des familles avec des interviewers formés aux entretiens psychologiques permet de rompre un éventuel isolement et de repérer des signes de souffrances pathologiques et de deuil compliqué. A l'issue de la rencontre, une orientation vers des services de soins spécialisés pourra être proposée.

La formation des interviewers à l'entretien est importante, tant l'évocation du souvenir d'un proche décédé est à même de générer des affects intenses, parfois complexes à gérer.

Hawton et coll. (2003) et d'autres auteurs notent des effets majoritairement positifs au décours des entretiens avec les informants.

Shneidman (1981) notait déjà, quant à lui, le pouvoir de l'autopsie psychologique à apaiser la honte et la culpabilité des survivants.

La qualité de cet effet thérapeutique est très liée aux qualités des interviewers et aux conditions de la rencontre avec les proches (délai, lieu, valorisation de leur participation, recontact à distance...).

L'autopsie psychologique est une méthode qui se veut très complète pour comprendre le suicide.

Elle conjugue une approche quantitative des marqueurs de risques suicidaires mise en balance par une vision qualitative, replaçant ces marqueurs dans le contexte subjectif du sujet. La méthode évite donc l'écueil d'une approche exclusivement catégorielle.

Les chercheurs de l'INSERM concluent que l'autopsie psychologique a prouvé son utilité dans l'identification des facteurs de risques cliniques et biologiques (dans une optique clinique et/ou de prévention).

L'application systématique de l'autopsie psychologique à tous les cas de suicide et de mort équivoque permettrait également une meilleure quantification du nombre réel de suicides.

3.2. Applications cliniques et légales

En dehors du champ de la suicidologie, l'autopsie psychologique peut être employée à diverses fins.

Son application initiale visant à discriminer les cas de mort équivoque reste toujours d'actualité et l'autopsie psychologique fait aujourd'hui partie de l'arsenal d'outils de l'expert psychiatre ou psychologue.

3.2.1. Applications cliniques

L'autopsie psychologique est encore aujourd'hui l'examen de choix dans les cas de mort équivoque ou inexplicée.

Même si l'expertise et l'outillage des services d'enquête et des UMJ s'est grandement développée au cours des dernières décennies, il n'est pas toujours aisé de distinguer un suicide d'un accident ou d'un homicide. En plaçant le décès en perspective avec toutes les données recueillies auprès des services sus-cités et des proches, l'examineur est alors souvent en mesure de trancher la question.

Quand elle est bien menée, une AP est même en mesure de poser des diagnostics post-mortem. (cf validité et limites)

Puisqu'elle s'intéresse au profil psychologique de la personne avant son décès, l'autopsie psychologique a aussi été utilisée pour comprendre les motivations de certains comportements difficiles à appréhender. C'est le cas par exemple des « suicides par la police » où un individu utilise les forces de l'ordre pour provoquer sa mort, et des attentats suicides.

L'autopsie psychologique a aussi été utilisée à des fins plus littéraires et culturelles comme après les suicides d'Ernest Hemingway ou de Marilyn Monroe (Martin, 2006).

3.2.2. Applications légales

Depuis la fin des années soixante-dix, l'autopsie psychologique a fait son entrée dans les cours de justice mais son application légale reste peu répandue en France à l'heure actuelle et concerne surtout les États-Unis.

Pour être recevable comme preuve lors d'un procès, l'autopsie psychologique a dû démontrer son caractère scientifique.

Au États unis, l'autopsie psychologique a été soumise au « Daubert test » (*Daubert standard rules of evidence*) (qui est un ensemble de critères fédéraux permettant d'évaluer le caractère

scientifique de la méthode employée ainsi que son utilité dans la compréhension des faits en cause)(Jacobs, Kleinbenheim, 1995).

Patrick Desaive (Desaive 2016) fait remarquer que le travail d'expertise s'apparente à une démarche qualitative où l'expert a pour mission de décrire les faits, et non de se prononcer sur leur véracité. Dans ce cadre le but de l'autopsie psychologique n'est pas de poser des diagnostics mais de déterminer au mieux l'état mental du sujet au moment des faits.

L'analyse faite par l'expert repose sur l'analyse critique et scientifique des faits et non sur une simple intuition. Il doit motiver ses conclusions en justifiant de la pertinence des éléments retenus. On conviendra que dans ce type d'application les résultats obtenus sont hautement dépendants de l'expérience de l'expert.

Dans le cadre judiciaire, l'autopsie psychologique est utilisée à plusieurs fins :

- Établir le caractère suicidaire d'un décès,
- Établir l'état mental de la victime au moment des faits,
- Établir l'enchaînement des faits ayant conduit au suicide et déterminer l'éventuelle responsabilité d'un tiers.

3.2.2.1. Droits des assurances

La jurisprudence américaine distingue les suicides involontaires (*insane*) des suicides volontaires (*sane*).

Un suicide est considéré comme involontaire quand le « jugement de la victime est si altéré qu'il est incapable de comprendre l'aspect moral, la nature, les conséquences et les effets de l'acte qu'il va commettre, ou s'il obéit à une force extérieure à laquelle il ne peut résister» (Desaive, 2016).

Si la victime était en pleine possession de ses moyens et si le suicide résulte d'une action motivée par la colère, la fierté, la jalousie ou un désir d'échapper aux événements de l'existence, alors le suicide est considéré comme volontaire (*sane*).

Cette différence est fondamentale puisqu'en matière d'assurance vie, le suicide volontaire annule les droits du patient.

3.2.2.2. Testaments et dernières volontés

Dans ces cas, l'expert est chargé d'évaluer l'état mental et le jugement du signataire au moment de la signature. Il est question de savoir si le signataire était en pleine possession de ses moyens et conscient de la nature et de l'étendue du document.

En guise d'illustration, Bendheim (1979) présente le cas d'un litige testamentaire. Un homme ayant signé deux testaments à plusieurs années d'intervalle, le premier léguant ses biens à son petit-fils, le deuxième léguant ses biens à ses voisins et aux enfants de son avocat. Le petit fils, seul enfant vivant restant, saisit la justice qui ordonne la réalisation d'une autopsie

psychologique. Celle-ci révélera que le vieillard était en pleine possession de ses moyens lors de la rédaction du premier testament alors qu'au moment de la rédaction du second, ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral majeur, il présentait des signes avancés de démence, nécessitait des aides importantes au quotidien, ne reconnaissait plus ses proches et n'était lucide qu'en de rares occasions. A la lumière de ces informations, le tribunal a conclu à l'irresponsabilité et à l'incompétence du vieil homme et a fait invalider le second testament au bénéfice du premier.

3.2.2.3. Suicide au travail

Dans ces cas, l'expert est amené à se prononcer sur l'implication d'événements de vie et de tiers dans la précipitation d'un passage à l'acte suicidaire. L'idée est de mettre en balance le poids des événements de vie avec le poids des antécédents psychiatriques par exemple.

Prenons l'exemple d'un employé qui se suicide peu après son licenciement. L'expertise s'attachera à identifier l'impact de ce licenciement sur la précipitation du passage à l'acte ; la présence concomitante éventuelle d'un trouble psychiatrique décompensé ; des difficultés professionnelles ou familiales.

3.2.2.4. Droit civil

Depuis quelques décennies, les plaintes de patients ou de familles de patients à l'encontre de leur psychiatre se sont multipliées. La responsabilité d'un praticien peut être engagée s'il n'a pas pris toutes les dispositions en son pouvoir pour prévenir le suicide d'un patient. Il faut donc déterminer si le praticien était en mesure de prévoir le risque d'un passage à l'acte et s'il a mis en place les mesures adéquates.

En pratique, l'évaluation de la dangerosité est très difficile et la plupart du temps les professionnels de santé ne sont pas tenus responsables du suicide d'un de leurs patients. Cependant on retrouve certaines condamnations à la suite d'autopsie psychologique quand les praticiens ont omis de renseigner et de prendre en compte les antécédents psychiatriques, de conduire un examen de l'état mental, ou d'adresser le patient à un confrère en cas de nécessité.

3.2.2.5. Droit pénal

En droit pénal, une expertise peut être demandée pour établir un lien entre un suicide et une infraction commise par un tiers. Patrick Desai (2016) cite le cas d'une affaire jugée en Floride en 1987 où une mère fut reconnue coupable du suicide de sa fille. L'autopsie psychologique révéla que celle-ci s'était suicidée après avoir subi des violences répétées (menaces par armes, humiliations, obligation de travailler dans un club érotique).

L'expertise peut aussi servir à discriminer un suicide authentique d'un homicide maquillé (Scott, 2006). Dans les affaires criminelles, des expertises psychiatriques et psychologiques sont souvent diligentées pour évaluer l'état mental des agresseurs. L'expertise « classique » (avec sujet

vivant) cherche principalement à étudier l'état mental de l'agresseur au moment des faits, sa responsabilité et son degré de jugement (lourdement influencés par la présence ou non d'un trouble psychiatrique évolutif).

Dans certains cas d'homicide où l'agresseur évoquait la légitime défense, une autopsie psychologique a pu être demandée pour établir le profil de la victime (Bendheim, 1979).

Le premier cas d'autopsie psychologique de victime mérite d'être cité. Il a eu lieu en Arizona, où une jeune femme comparaisait pour le meurtre de son compagnon, père de ses deux enfants. D'origine anglaise, elle vivait aux Etats-Unis, loin de sa famille, mariée à un soldat. Celui-ci était instable et la traitait avec violence et sadisme. Elle avait plusieurs fois tenté de s'enfuir du domicile mais avait été rattrapée et ramenée de force. Les années passant, les tendances paranoïaques du mari s'aggravèrent. Finalement, la nuit du meurtre il était subitement convaincu que ses enfants étaient issus de la relation adultère de sa femme avec son frère et que « les bâtards » devaient être éliminés. Il laissa tout de même à sa compagne le choix dans la modalité de l'infanticide : strangulation, noyade ou exécution par balle. Il semblait exclus que les enfants survivent à la nuit. Quand il fut endormi, elle l'a abattu d'une balle de pistolet.

Il apparaissait qu'au moment des faits, la jeune femme bien que présentant un état de stress aigu restait en pleine possession de ses moyens et consciente du geste fatal qu'elle portait à son concubin. La cour s'est alors penchée sur l'analyse de la victime et a ordonné qu'une AP soit réalisée. L'expertise a montré que le conjoint présentait une personnalité des plus instables, qu'il avait fait plusieurs séjours en hôpital psychiatrique où les praticiens avaient observés des conduites psychopathiques, une tendance à la perversion et à la violence, notamment sexuelle. Sa femme avait aussi été hospitalisée en court séjour et présentait à ce moment des signes graves de violence conjugale. De plus de nombreux voisins ont témoigné avoir vu l'accusée afficher des stigmates de coups et blessures au cours de ses années de mariage et ont rapporté qu'elles se plaignait régulièrement des violences qu'elle subissait et qu'elle cherchait de l'aide pour s'enfuir.

L'enquête a également permis d'exclure la possibilité d'une relation adultère.

L'expertise a conclu que le mari présentait une personnalité psychopathique avec des traits paranoïaques s'étant progressivement acutisée en psychose paranoïaque, associée à une propension marquée pour la violence et le sadisme. L'expertise indiquait que le risque d'homicide était très probable.

A la lumière de ces faits, le jury rendit un verdict d'homicide volontaire sans préméditation (Bendheim, 1979).

Dans ce cas, l'autopsie psychologique a démontré que l'accusé a agi dans des circonstances d'extrême provocation, où l'auto-défense apparaissait comme une nécessité face à la dangerosité de la victime.

3.2.2.6. Droit militaire

L'armée américaine s'est aussi penchée sur l'utilité de l'autopsie psychologique pour éclaircir le suicide de ses soldats. Un suicidé peut être reconnu comme mort en service s'il est démontré qu'il présentait une altération franche de son jugement au moment de sa mort. (Ritchie 2015)

3.2.2.7. Spécificité de l'autopsie psychologique dans le cadre légal

Le concept de dangerosité, si difficile à appréhender en psychiatrie et en médecine légale du vivant, revêt un aspect très différent en autopsie psychologique. L'expert dispose en effet d'une vision complète de la vie du sujet décédé et évite certains facteurs de confusion inhérents à l'interview d'un vivant (intérêt contradictoire notamment). Il peut donc se prononcer plus finement sur la probabilité d'un passage à l'acte.

Un autre aspect intéressant à souligner est que de par sa nature même, l'autopsie psychologique évite certains écueils liés à l'intersubjectivité de la relation duelle (transfert, contre transfert, biais de mémoire du sujet, variabilité du discours et des interprétations, jeu relationnel...) et facilite le recueil et l'analyse objective des faits. Bendheim (1979) note avec étonnement que les affaires ayant eu recours à l'autopsie n'ont pas connu de traditionnelles « batailles d'experts ».

3.2.2.8. Applicabilité en France

Le développement de l'autopsie psychologique est encore assez marginale en France et ce pour plusieurs raisons.

D'abord la méthode est assez lourde à mettre en place en termes de formation des experts et d'organisation du recueil et de l'analyse des données.

Il demeure une certaine réticence de fond des autorités publiques et de la société en général à interroger les familles endeuillées malgré les effets thérapeutiques rapportés et la réalité de l'isolement de ses familles. La croyance qu'interroger les familles ne ferait que renforcer leur traumatisme reste malheureusement très ancrée (INSERM 2008 ; Desai 2016 ; Abondo 2008) A cela s'ajoute l'opposition d'une certaine partie de la communauté scientifique vis à vis de la méthode et de l'analyse rétrospective indirecte (sans jamais rencontrer le patient). L'autopsie psychologique comme moyen de « faire parler les morts » reste un concept controversé.

Une autre critique avancée par la communauté scientifique est que l'autopsie psychologique aurait pour tendance à vouloir tout catégoriser en mettant « l'homme en équation » selon le psychiatre Gérard Rossinelli cité par Marie Boeton dans La croix (2011). Cette critique nous apparaît comme peu fondée car même si la recherche des marqueurs de risque suicidaire comme les antécédents psychiatriques relève d'une approche quantitative, la méthode de l'autopsie psychologique ne s'arrête pas là et prend en compte les éléments relevant d'une approche qualitative et subjective du vécu de l'individu comme les SLEs par exemple. L'autopsie psychologique est une méthode qui cherche justement à éviter l'écueil de la carthésianisation étroite de l'humain.

On peut tout de même noter l'effort mené depuis quelques décennies pour comprendre et mieux prévenir le suicide. Les recherches se multiplient et l'autopsie psychologique fait partie des voies de recherche privilégiées.

En France on peut citer les travaux opérés par l'INSERM en 2005 et 2008 visant à présenter la méthode et à développer de nouveaux standards de recherche. (INSERM 2005 ; 2008)

Abondo notait en 2008 certains freins à l'application en France, non encore totalement résolus :

- La collecte des données « papiers » apparaît difficile en raison de la nécessité de référence à des procédures réglementaires particulières visant à la levée du secret professionnel (accès aux dossiers médicaux, par exemple), et compte tenu du manque de communication entre les domaines judiciaire, administratif et médical ,
- Le recueil d'informations auprès des proches du sujet décédé pose le problème de l'éthique d'une telle démarche (utilisation de fichiers nominatifs...),
- La mise en pratique de l'autopsie psychologique suppose un coût important en terme humain (effectif à mobiliser pour le recueil et l'analyse des données) et en terme financier.

L'INSERM proposait en 2008 « la mise en place d'un protocole médico-judiciaire sur lequel les travaux de recherche pourraient s'appuyer. Il pourrait déboucher sur un certain nombre de propositions utiles à une meilleure connaissance de la réalité du suicide et une meilleure information des familles. Il permettrait entre autres :

- De préciser le rôle pivot du Procureur de la République qui met en œuvre les examens médicaux à la suite d'un décès par suicide. La recherche toxicologique doit être considérée comme un des éléments majeurs de cet examen médical même si le suicide n'est pas directement lié à une intoxication,
- De rappeler que les familles peuvent avoir accès aux dossiers médico-légaux et rencontrer à cette occasion le médecin légiste qui donnera toutes les explications utiles. Le praticien pourra proposer à la famille de participer à une autopsie psychologique en précisant l'intérêt et la méthodologie,
- D'établir après l'examen médico-légal et les recherches complémentaires, notamment toxicologiques, la partie du certificat de décès destinée au CépiDc de façon à améliorer la connaissance statistique et épidémiologique des morts par suicide. »

Les applications légales de l'autopsie psychologique en France passent par le recours à l'expertise judiciaire.

L'expert psychiatre est un médecin dont la spécialité est la psychiatrie (discipline relative à l'étude et au traitement des troubles mentaux). Il est volontaire et dépose une candidature examinée par une commission de magistrats. Si elle est acceptée, le médecin prête serment et est susceptible d'être sollicité pour des missions d'expertises. L'inscription sur les listes d'experts est prévue par l'article 2 de la loi du 29 juin 1971, valable en matière pénale et civile. Les conditions d'inscription sont prévues par le décret du 31 décembre 1974.

Pour être inscrit sur une liste, il faut :

- En faire la demande,
- Ne pas avoir été condamné pour des faits contraires à l'honneur, à la probité, aux bonnes mœurs, (condamnations pénales ou disciplinaires),
- Ne pas avoir été frappé de faillite personnelle,
- Avoir exercé pendant un temps suffisant (appréciation souveraine de la Cour d'Appel),
- Être âgé de moins de 70 ans, sans condition de nationalité.

L'expertise est régie par les différents codes judiciaires dont le code de procédure pénale :

- L'expertise sert à résoudre des litiges et le juge n'est pas tenu de suivre l'avis de l'expert,
- La mission doit être précisément libellée,
- L'expertise peut être soumise à contradiction,
- Le juge a un pouvoir d'appréciation sur la qualité de l'expertise.

L'autopsie psychologique produit donc une analyse clinique argumentée, soumise à contradiction.

3.3. Fiabilité, validité de l'autopsie psychologique

La fiabilité représente la capacité d'un outil à donner les mêmes résultats avec des opérateurs différents.

Plusieurs études ont montré une fiabilité inter-juges élevée quant aux diagnostics post-mortem. La meta-analyse réalisée par Isometsä (2001) retrouve des coefficients kappa compris entre 0,80 et 1,00, caractérisant une excellente fiabilité rapportée dans toutes les catégories diagnostiques.

Le recours aux entretiens semi-structurés permet encore d'augmenter la fiabilité inter-juges (INSERM, 2008).

La validité d'une recherche est définie comme « la capacité des instruments à apprécier effectivement et réellement l'objet de la recherche pour lequel ils ont été créés » (Ayerbe, 2007).

La validité interne de l'autopsie psychologique est bonne puisque qu'elle permet d'évaluer avec une bonne précision les facteurs de risque de suicide et de poser de manière fiable des diagnostics post mortem. Sa méthode permet de répondre aux hypothèses qu'elle formule.

Sa validité externe est cependant plus limitée car les études de cas et les études cas-témoins portent sur des régions géographiques limitées ce qui limite l'extrapolation des résultats à la population générale (INSERM 2005 ; INSERM, 2008 ; Homand ; Hjelmeland, 2012)

Parmi les biais susceptibles d'altérer la validité on retrouve :

3.3.1. Biais de reconnaissance des cas :

Nous avons vu que selon les pays, la définition et le recensement des comportements suicidaires varient considérablement et le suicide est tabou voir même illégal dans bien des pays (INSERM, 2008). Dans la législation française, après un décès, un médecin est amené à le déclarer via un certificat. Après le constat de décès et en cas de mort violente deux circuits d'informations sont déclenchés : un circuit médical (épidémiologique) et un circuit judiciaire.

Avant de rédiger son certificat de décès, le médecin dépêché doit être en mesure de faire le diagnostic positif de la mort et le diagnostic étiologique. Si le diagnostic étiologique ne peut être établi (cas de mort inexplicée) ou si le décès relève d'une mort violente, le médecin oppose un obstacle médico-légal à l'inhumation.

Les cas de mort inexplicée concernent les décès survenus dans des circonstances particulières ou en cas d'absence d'antécédents médicaux connus.

C'est le cas par exemple de personnes retrouvées seules chez elles sans indices ou antécédents permettant d'expliquer la survenue de la mort. Ces cas imposent bien sûr de rechercher la présence d'une intoxication (volontaire ou involontaire). L'hypothèse d'un suicide doit impérativement être évoquée et seule l'enquête médico-légale permettra de la confirmer.

Les cas de morts violentes font référence à celles provoquées par l'intervention d'un agent extérieur à l'organisme, que cet agent soit physique (coup, projectile, eau, feu) ou chimique (intoxication médicamenteuse, toxiques domestiques, toxiques industriels...).

Sur le plan judiciaire, les morts violentes sont classées en trois catégories :

- Criminelle, qui impose la recherche de l'auteur et sa poursuite ;
- Accidentelle, qui met en cause d'éventuelles responsabilités d'un tiers ;
- Suicidaire, qui entraîne alors, selon la formule consacrée, « l'extinction des poursuites pénales ».

C'est pour cette raison qu'informé d'une mort violente vraisemblablement liée à un geste suicidaire (une personne dépressive qui s'est pendue et qui a laissé un mot pour faire pardonner son geste, un corps noyé pour lequel on retrouve certains effets personnels bien rangés au bord de la berge...), le Parquet pourra décider non seulement d'éteindre les poursuites mais aussi de stopper l'enquête, ce qui aura pour conséquence l'absence d'examen du corps par un médecin légiste et de toute investigation médicale toxicologique.

Cette pratique judiciaire repose non seulement sur le Code de procédure pénale (CPP articles 60 et 74), mais plus encore sur l'idée qu'il s'agit de la pratique la moins coûteuse. L'idée étant de réduire les coûts financiers liés à une procédure médico-légale mais aussi les coûts humains (l'autopsie constituerait un traumatisme pour les familles s'ajoutant à celui de la mort du proche). Cette logique peut être discutée et les acteurs de soins qui rencontrent régulièrement les familles endeuillées savent au contraire que beaucoup d'entre elles ont un grand besoin de savoir ce qui s'est réellement passé. La lumière sur les circonstances exactes du décès ne peut

être faite que par la réalisation d'un examen médical approfondi (autopsie mais aussi examens toxicologiques et autres examens appropriés). Cette quête du sens -bien que douloureuse- est essentielle pour l'amorce du travail de deuil (INSERM, 2008).

Le système médico-judiciaire français actuel favorisant l'extinction des investigations en cas de mort par suicide devrait donc être repensé.

Il semble important que les morts par suicide, au même titre que les autres morts violentes soient l'objet d'examens approfondis notamment toxicologiques.

La recherche systématique de toxiques permettrait de mieux comprendre les cas de suicide qualifiés « d'impulsifs » en étudiant la part facilitatrice ou protectrice d'une imprégnation en psychotropes.

3.3.2. Biais lié à l'accès aux données :

Les modalités d'accès aux données entourant le décès sont également très variables d'un pays à l'autre.

Dans les pays anglo-saxons, la place des « coroners » est centrale puisque ce sont eux qui coordonnent les investigations et qu'ils ont accès à un grand nombre de données susceptibles de compléter les entretiens.

En France en revanche, la communication entre le milieu de la santé et le milieu judiciaire est plus difficile et se heurte à des protocoles plus rigides. Le partage d'informations sensibles ou relevant du secret médical auprès des chercheurs ne peut être fait que dans le cadre de protocoles très rigoureux et après autorisation spécifique de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

L'INSERM recommandait en 2008 de penser des protocoles facilitant la communication et le partage d'informations entre la justice, les services médico-légaux, les services d'épidémiologie et les chercheurs. Même si les choses semblent évoluer, des progrès restent à faire en France (Desaive, 2016).

3.3.3. Biais liés aux informateurs :

L'autopsie psychologique étant une méthode d'analyse rétrospective, les chercheurs doivent inévitablement composer avec un biais de rappel. Par soucis éthique, la majorité des auteurs préconisent de respecter une période de deuil d'au moins 4 semaines avant les premiers entretiens. Mais la date d'entretien ne devra pas être trop éloignée non plus pour ne pas augmenter la perte d'information due à l'oubli. Il semble qu'entre deux et six mois, il n'y a pas de perte d'information significative d'après Brent (1989).

Le deuil est une épreuve psychologique compliquée susceptible d'altérer les fonctions cognitives (dont la mémoire) de celui qui la traverse. Il arrive que les familles déforment leurs souvenirs ou enjolivent les informations données pour préserver l'image du défunt. Il arrive aussi que la recherche d'un « sens » à cette mort entraîne une focalisation excessive sur certains faits ou

éléments de vie au détriment d'autres informations pertinentes. (INSERM, 2008 ; Conner et coll. 2012)

Un bon moyen de palier à l'oubli est de multiplier les informants et d'appliquer des procédures d'entretiens standardisés. Une organisation chronologique précise et datée des événements est aussi un plus, assez facile à mettre en place mais souvent sous-estimée dans les études (Conner et coll., 2011).

3.3.4. Biais liés aux enquêteurs :

Les enquêteurs sont souvent des psychologues ou des psychiatres (ou des étudiants psychologues ou psychiatres) ou des chercheurs. Leurs formations, leurs expériences et leurs capacités à évaluer les troubles psychiatriques ne sont que très rarement explicités. (Pouliot et De Léo, 2006)

De plus aucun contrôle de leurs caractéristiques psychologiques ou sociales n'est réalisé, ce qui peut constituer un biais de perception.

On peut également relever une tendance des enquêteurs à reformuler les questions quand celles-ci sont mal comprises par les informants, ce qui peut induire les réponses. Il arrive aussi que les enquêteurs insèrent des réponses approximatives quand les sujets ne savent pas répondre (Pouliot et De Leo, 2006). Une supervision ou une relecture via des enregistrements audio peuvent limiter ces biais.

Il est généralement recommandé de s'en tenir à la formulation du questionnaire, quitte à coter la réponse comme inconnue si la question reste incomprise (Conner et coll., 2012)

Pour augmenter la validité, chaque informant doit être interrogé par deux interrogateurs différents avant d'examiner la concordance des informations recueillies. La lourdeur de la tâche pour les informants rend l'application très difficile (INSERM 2008).

3.3.5. Biais liés aux instruments :

Avec l'essor de l'evidence based medicine, l'utilisation de questionnaires structurés ou semi-structurés s'est développée, permettant une meilleure fiabilité inter-juges. Même si certaines échelles sont plus fréquemment utilisées (SCID par exemple), elles restent des adaptations pour l'interrogatoire par procuration d'échelles initialement développées pour l'interrogatoire direct du patient. L'informant n'ayant pas toujours toutes les informations concernant le défunt (comme par exemple ses consommations toxiques ou ses relations intimes), la fiabilité de l'interrogatoire peut être discutée. Conner et coll. (2011) rapportent que certains troubles tels que les troubles anxieux sont mal détectés par une interview indirecte avec les outils existants. Les types de données à récolter ne font pas l'objet d'un consensus même si certains auteurs ont proposé des trames indicatives (Shneidman, 1976 ; Ebert, 1987).

Pour atténuer les biais, la multiplication des informants pour un même cas et le recoupement des informations est souhaitable. De plus il est préférable d'utiliser des échelles structurées

pour augmenter la fiabilité et la validité mais cela limite le champ d'action de l'interrogateur face à la réponse subjective de l'informant (Conner et coll. 2011)

3.3.6. Biais méthodologiques :

L'autopsie psychologique est une méthode d'analyse rétrospective. Pour augmenter sa valeur scientifique il serait profitable de mener des études prospectives contrôlées multicentriques, comptant plusieurs informants par cas et dont la relecture et l'analyse seraient confiées à un chercheur indépendant. Malheureusement cela est difficilement réalisable en pratique, tant les coûts seraient élevés. Il n'y a pas eu à notre connaissance de telles études à ce jour.

Partie III : Recommandations pour l'harmonisation des pratiques

Depuis sa création, on a assisté à une rapide dissémination mondiale de la méthode de l'autopsie psychologique à travers des études contrôlées mais il existe à ce jour peu de consensus sur la formalisation de sa méthode. Celle-ci s'est développée et s'est étoffée en reprenant les éléments et procédures des études antérieures. Peu de guides méthodologiques ont été publiés mais on peut citer les travaux de Clarck Horton Deutch en 1992, de Li et Phillips en 2002, de l'INSERM en 2005 et 2008, de Conner et coll. en 2012 et de Bakst et coll. en 2016.

Cette dernière partie vise à proposer une synthèse des différents travaux publiés dans l'espoir d'aboutir à une meilleure harmonisation des pratiques cliniques et de recherche.

1. Repérage et sélection des cas

Le repérage des cas sera effectué selon les modalités juridiques et médico-légales du pays. En France elle se fait par l'intermédiaire des services de secours (pompiers/ambulance), des médecins et des instituts médico-légaux. Le développement d'une collaboration étroite entre ces services via des protocoles de signalement est à encourager au plan national.

Dans les protocoles de recherche sur le suicide, le recrutement des cas devra être centralisé et basé sur des définitions précises de ce qui sera considéré comme un suicide. La zone de recrutement devra être balisée dans le temps et l'espace.

2. Sélection des témoins

Les témoins des études cas-témoins devront présenter les mêmes caractéristiques que les cas étudiés. L'appariement sera fait sur l'âge, le sexe, le lieu de résidence, la catégorie socio-professionnelle au minimum et si possible sur d'autres critères plus spécifiques tels que le moyen létal, les antécédents judiciaires, les troubles mentaux (INSERM, 2008)

La majorité des études publiées a utilisé des témoins vivants. Pour assurer la validité, il est essentiel d'interroger les proches du sujet témoin et jamais celui-ci directement, ce qui suppose de disposer de suffisamment d'informants par témoins. Il est également possible d'utiliser des témoins décédés (accidentés de la route, mort naturelle) comme ce fut le cas dans plusieurs protocoles de recherche (INSERM 2005, 2008).

3. Formation et compétences requises par l'équipe d'évaluation

L'équipe d'évaluation est le plus souvent composée de psychologues, de psychiatres ou d'acteurs du champ médico-social. Le statut et les qualifications des membres de l'équipe devraient apparaître dans le protocole de recherche.

Les différents intervenants devraient être formés aux méthodes d'entretien psychologique et à la gestion des réactions émotionnelles des informants. Ils doivent avoir une bonne expérience clinique ainsi que du champ social et être capables de faire preuve d'empathie sans trop s'investir émotionnellement.

Une supervision régulière des équipes devraient être prévue à priori. Celle-ci permet d'assurer la validité des données recueillies mais aussi de prendre en compte la charge potentiellement traumatique de ces rencontres pour les enquêteurs (expositions répétées à des personnes endeuillés, histoires de vie chargées...) (Beskow et coll., 1990; Clark et Horton-Deutsch, 1992; Pouliot et De Leo, 2006).

La multiplication des compétences au sein de l'équipe pourrait être un atout, en mêlant un regard clinique (psychologue, psychiatre) et un regard plus orienté recherche (analyste, épidémiologiste).

4. Sélection des informants

Les proches à interroger doivent avoir été en contact régulier avec le défunt et être susceptibles de fournir un maximum d'informations sur ce dernier. En pratique c'est souvent la famille qui remplit généralement le mieux ces critères mais dans certains cas un ami, un collègue de travail, un professeur peuvent convenir.

Le choix des informants sera adapté au cas, par exemple un parent n'aura pas toujours connaissance des consommations de toxiques ou de l'orientation sexuelle de son enfant, ou pourra choisir de ne pas partager cette information.

Il est pour cela préférable de disposer de plusieurs « proches » par cas, pour permettre de croiser les informations et de diminuer les faux négatifs mais ce n'est pas toujours faisable en pratique (ex d'une personne âgée isolée) et cela augmente les coûts.

Pour des cas adultes, les informants de premier ordre seront les conjoints et les parents du premier degré puis les amis proches, le ou les médecins référents. Le recrutement sera bien entendu adapté à chaque cas, une étude a même fait appel à un tenancier de bar ! (Barracough et coll., 1974)

Pour des cas de suicide d'adolescents, les informants de premier ordre seront les parents, les frères et sœurs, les amis très proches, les enseignants.

Les cas de suicide de la personne âgée rend plus difficile la collecte d'information sur la jeunesse du défunt. Les informants de premier ordre sont les enfants, la fratrie, le personnel médical.

Pour augmenter la validité des résultats, les relations entre les cas et leurs informants devraient être similaires à celles entre les témoins et leurs informants. (parent-enfant, mari-femme...). Il peut être utile de recueillir ou de rechercher des informations sur toutes causes susceptibles d'altérer les réponses des informants (syndrome dépressif évolutif par exemple).

5. Contact des informants

Le contact des proches devrait être établi par l'intermédiaire du médecin certificateur ou du médecin légiste, dans le respect du secret médical. En France le contact des proches est possible dans le cadre de la recherche, après autorisation de la CNIL (commission nationale de l'information et des libertés).

Les modalités et le timing du contact doivent être pensés pour assurer un respect des personnes tout en minimisant les pertes d'informations par oubli.

La plupart des auteurs recommandent un premier contact par téléphone ou courrier, pour éviter d'être trop intrusif. Le contact ne devrait pas être fait avant 4 semaines minimum pour respecter la période de deuil, mais ne pas être trop éloignée non plus pour ne pas perdre trop d'informations. Un contact entre 1 et 6 mois après le décès semble le plus adapté pour concilier ces deux objectifs (Beskow et coll., 1990; Brent, 1989).

Il convient également d'éviter les dates anniversaires ou symboliques. Même s'il est préférable d'avoir un délai de contact fixe et consensuel, dans certains cas celui-ci variera du fait d'impondérables (retard dans les investigations médico-légales, changement d'emploi du temps des informants...) ou si les objectifs de recherche l'imposent (étude d'une variable très sensible à l'oubli, comme l'exposition aux médias précédemment au suicide).

Il est intéressant de noter qu'une étude suédoise (Runeson & Beskow, 1991), a montré que les informants étaient plus satisfaits quand la rencontre avait lieu avant la dixième semaine suivant le décès du proche, suggérant qu'une rencontre rapide augmente la satisfaction des informants et favorise l'effet de postvention.

Ces recommandations restent toutefois empiriques, aucune étude à ce jour ne s'étant intéressée spécifiquement à la variabilité de la fiabilité et de l'effet thérapeutique de AP selon le délai de l'interview.

Le lieu de rencontre est susceptible d'avoir un impact significatif sur le déroulement des entretiens et doit être pensé à priori. Le plus souvent, les proches sont vus soit à leur domicile, soit dans un cabinet neutre. Le domicile permet à l'informant de se sentir plus à l'aise pour se livrer bien qu'il favorise les réponses émotionnelles intenses. Le cabinet est plus neutre sur le plan affectif mais accuserait une perte d'information minimale (INSERM, 2008)

Quoi qu'il en soit, les modalités de contact et de rencontre des informants devraient être établies en amont et validées par un comité d'éthique (INSERM, 2008)

La sélection des informants devrait être la plus harmonieuse possible : nombre d'informants par cas, rapport au défunt, statut social...

6. Conduite des entretiens

6.1. Déroulement

Le premier temps de la rencontre devrait être consacré à la présentation de l'équipe de recherche, à la méthode de travail employée, au temps approximatif de l'interview ainsi qu'aux autres tenants et aboutissants de la rencontre. Un recueil écrit du consentement doit être obtenu après que ces informations aient été transmises.

Il est important de remercier les participants pour leur contribution et de reconnaître la nature difficile de la rencontre. En cas d'un refus de participation, tout sentiment éventuel de honte doit être atténué.

Le second temps devrait prendre la forme d'un entretien semi-structuré où l'informant pourra préciser sa relation au défunt et détailler -dans ses mots- sa vision du disparu et des événements ayant mené à sa mort. La libre expression de l'informant est à privilégier et le rôle de l'interviewer sera alors de rassurer et guider, sans influencer, les réponses.

Le troisième temps prendra la forme d'une interview structurée s'appuyant sur des questionnaires validés, permettant de compléter et d'approfondir les informations déjà recueillies.

Conner et coll. (2012) recommandent d'aborder les questionnaires par le thème du suicide, en notant qu'un abord rapide génère moins d'anxiété chez le répondant. La plupart des auteurs s'accordent sur l'importance pour l'interviewer d'être flexible (Beskow et al., 1990 ; Brent, 1989) et d'adapter l'ordre des questions et des sections abordées en fonction de la personne en face de lui. Cette flexibilité devrait cependant ne pas aller à l'encontre de la complétude des informations à relever.

Le respect de la personne suicidée est bien sûr de mise, en évitant de révéler aux proches des éléments que le sujet souhaitait taire. De plus la révélation des circonstances de la mort doit se faire avec beaucoup de tact pour ne pas être traumatisante (Beskow et coll., 1990 ; Gustafson et Jacobsson, 2000).

Il faut garder en tête que les réponses émotionnelles seront plus fortes avec les proches des cas, qu'avec les proches des témoins, sauf si les témoins sont décédés bien sûr. (Conner et coll. 2012).

Dans l'idéal, chaque informant devrait être vu seul, mais ce n'est pas toujours le cas, certaines familles refusant d'être interviewées séparément. Dans de tels cas le protocole de recherche devra le mentionner, accompagné des caractéristiques socio-démographiques des informants. Si possible les entretiens devraient être faits en binôme, l'un menant l'entretien et l'autre prenant des notes tout en ménageant des temps de prise de parole pour ne pas générer d'anxiété. Dans le cas où l'interviewer serait seul, la prise de note devrait être réduite au minimum avec un temps de rédaction immédiatement après la rencontre. Un enregistrement audio peut aussi être prévu. (Conner et coll. 2012)

A la fin des entretiens, un temps devrait être aménagé pour les questions du répondant préférentiellement sous la forme d'une invitation ouverte de type « quelles questions avez-vous ? ».

Une information portant sur les associations de proches de défunt et une orientation vers les acteurs de soins compétents en cas de besoin est aussi importante (Beskow et coll., 1990).

L'interviewer peut aussi laisser des coordonnées pour être recontacté en cas de question (INSERM, 2008).

Conner et coll. (2012) notent l'importance de remercier les participants surtout quand des valeurs altruistes sont à l'œuvre.

6.2. Choix des questionnaires

L'utilisation de protocoles d'entretien systématisé s'aidant de questionnaires validés devrait être privilégiée. Plusieurs outils ont été validés en France dont certains permettent de prendre en compte les biais de mémorisation. Les interviewers doivent être formés à leur utilisation pour garantir une bonne validité et fiabilité.

- La présence d'une pathologie mentale doit être systématiquement recherchée. Celle-ci se fait généralement à l'aide du *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID) (Spitzer et coll., 1986) ou du *MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)*, (Sheehan et coll., 1998).
- L'histoire de vie du défunt peut être étudiée via plusieurs entrevues semi-standardisées (La trajectoire de vie de Séguin, 1999 ; le *Life History Calendar* de Caspi et coll., 1996 ; l'*ALPHI-Adult Life Phase Interview* de Bifulco, 2000) qui retracent en regard de différentes sphères de développement les événements qui ont jalonné la vie de l'individu : lieu de résidence, relation parents-enfants, vie affective et vie de couple, vie familiale, épisodes de difficultés personnelles, vie académique et professionnelle, vie sociale, pertes/séparation/départ, autres éléments d'adversité, facteurs de protection etc.
- Il existe des échelles validées pour apprécier la probabilité d'un décès par suicide. Il y a aussi des questionnaires spécifiques pour les traits de personnalité et l'historique des consommations toxiques. Le tableau en annexe regroupe certains outils validés en France (reprise depuis l'expertise collective de l'INSERM de 2008)

Champ d'investigation	Questionnaires
Activité socio-économique	<i>Social Network index</i> (Berkman, 1983) <i>Activity of daily living and Physical of self maintenance scale</i> (Lawton et Brody, 1969 ; Elley et Irving, 1976)
Fonctionnement	<i>Global Assessment of Donctionning scale</i> (axe V du DSM-IV) <i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i> (IQCODE) (Jorm, 1994)
Événements de vie	<i>Social readjustment rating scale</i> (Holmes et Rahe, 1967 ; Brugha et Cragg, 1990) <i>Interview for recent life events</i> (Paykel et coll. 1971) <i>Louisville Older Persons Events scale</i> (Murrell et coll., 1983) <i>Life History Calendar</i> (Caspi et coll. 1996) <i>ALPHI-Adult Life Phase Interview</i> (Bifulco et coll., 2000)
Trouble mental	DSM-V ou CIM-10 SCID <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children</i> (SADS) (Chambers et coll., 1985)
Dépression	<i>Hamilton Rating Scale</i> (Hamilton, 1960) <i>Montgomery and Asberg Depression Rating Scale</i> (MADRS) (Asberg et coll., 1976)
Troubles de la personnalité	<i>NEO-Personality inventory Personality assessment Schedule</i> (PAS) (Tyrer et coll., 1988) <i>Structured assessment of personality</i> (Mann et coll., 1981) <i>Personality Assessment schedule</i> (PAS-R)
Profil psychologique	<i>Diagnostic Interview for children and adolescents</i> (Herjanic et Campbell, 1977)
Impulsivité Agressivité Hostilité	Questionnaire d'Eysenck (Eysenck et Eysenck, 1977) Echelle de Barrat (BIS-10) (Barratt, 1985 ; Baylé et coll., 2000)
Intention suicidaire, Idéation suicidaire	<i>Suicide Intention Scale</i> (SAS) (Beck et coll., 1974) Suicide ideation Diagnostic Interview Schedule
Utilisation du système de soins	<i>Cumulative Index Rating Scale</i> (Karnofsky et Burchenal, 1949 ; Linn et coll., 1968)

Tableau 2. Exemples d'instruments utilisés dans l'autopsie psychologique et validés en France d'après l'INSERM (2008)

6.3. Données à recueillir

Les données papier recueillies peuvent provenir de nombreuses sources : rapports de police, rapports médico-légaux ou de levée de corps, certificats de décès, dossiers médicaux (médecins traitants, hospitaliers...), rapports des services sociaux, éléments de vie privée (divorce, succession, surendettement...).

Selon les pays, l'accès à ces informations peut être difficile en raison de la nécessité d'avoir recours à des procédures réglementaires visant à la levée du secret professionnel. La collaboration entre les domaines judiciaire, administratif et médical est aussi de mise pour assurer la plus large collecte possible. Cette collaboration semble historiquement plus ancrée dans les pays anglo-saxons et scandinaves (Finlande, Norvège) et c'est d'ailleurs de ces pays que provient l'essentiel des travaux publiés. A l'inverse, en Allemagne l'accès aux données médico-légales est très difficile.

Le reste des informations proviendra de la rencontre avec les proches. L'ensemble des données sera confronté pour obtenir la représentation la plus complète et la plus juste du défunt.

Au terme du recueil des données et de l'analyse transversale, le rapport devrait contenir les informations suivantes :

- **Chronologie et détails de la mort** : description des événements ayant précédé la mort ; informations recueillies auprès des personnes ayant assisté au suicide ou découvert le corps, des médecins urgentistes, des amis, de la famille ou des proches ayant été en contact avec la victime dans les jours et les heures précédant la mort.
- **Rapport d'autopsie et relevés toxicologiques et biologiques** : Le dosage pharmacologique peut être utile pour révéler une mauvaise observance ou un métabolisme rapide susceptible de diminuer la concentration plasmatique des traitements (Zachrisson et coll. 2010) La présence de toxiques dans le sang au moment de la mort est également un élément de grande importance à ne jamais négliger car ils sont susceptibles d'altérer le jugement et de provoquer une désinhibition favorisant le passage à l'acte.
- **Notes manuscrites, relevés des communications téléphoniques et manuscrites** : relevés téléphonique, e-mail, sms, journal personnel, lettre de suicide et autres traces écrites laissées.
- **Rapports d'enquête** : Description de la scène de levé de corps et photographies, objets présents (arme, médicaments, corde...)
- **Personnalité et style de vie** : description des traits de personnalité principaux et du mode de vie habituel de la victime.
- **Stresseurs récents et événements clés** : description des facteurs précipitants possibles incluant des changements de vie, des problèmes relationnels, légaux ou

financiers. Description précise de ces événements, de l'implication de la victime dans la survenue de ces événements, de ses réactions immédiates et différées. Il est aussi essentiel d'ordonner chronologiquement les SLEs et la survenue de troubles mentaux.

- **Histoire familiale**
- **Histoire développementale et histoire personnelle**
- **Éducation et trajectoire professionnelle**
- **Situation sociale, matrimoniale et état des finances**
- **Antécédents judiciaires** : le type et le nombre de condamnations peut être un bon indicateur de la personnalité du sujet.
- **Antécédents médicaux** : recherche d'une maladie grave ou chronique, d'une impotence fonctionnelle et traitements associés.
- **Antécédents psychiatriques** : antécédents de maladie mentale, de traitement, d'hospitalisation. Recherche de menace suicidaire ou de comportements à risque. Recherche d'informations orientant vers une maladie mentale non diagnostiquée.
- **Antécédents familiaux médicaux et psychiatriques.**
- **Prise de toxiques et abus de substances** : alcool et autres drogues, mésusage de médicaments, prise de suppléments... Les traitements d'un sujet peuvent grandement renseigner sur son état de santé et certains peuvent même représenter un facteur de risque de suicide (accès à des médicaments létaux en cas d'ingestion volontaire).
- **Évocation d'idée suicidaire, recherche d'aide et contact médical récent** : Une part non négligeable de sujets suicidaires prend contact avec un médecin dans les semaines précédant leur geste. Le motif de consultation porte souvent sur des plaintes somatiques.
- **Accès à un moyen léthal** : la facilité d'accès à un moyen léthal est un facteur de risque majeur de passage à l'acte suicidaire. La réduction de l'accessibilité à ces moyens est la première mesure de prévention.
- **Analyse du mode de la mort** : considération des possibles causes de la mort.
- **Description des éléments en faveur et contre un suicide, un homicide, un accident.**
- **Mise en balance des facteurs de risque et des facteurs de protection du suicide.**
- **Discussion sur la part des antécédents médico-psychiatriques et des événements de vie récents dans la survenue de la mort.**
- **Considérations autour du moyen léthal et de son accessibilité, de la motivation et de l'intention suicidaire.**

7. Gestion des données contradictoires

En cas de divergence dans les données, Conner et coll. (2012) recommandent une cotation « au-dessus » c'est à dire que si une donnée est rapportée par au moins un des informants elle doit être admise comme vraie. Cette stratégie est adaptée dans le sens où les faux négatifs sont plus préjudiciables que les faux positifs dans les recueils d'informations indirectes.

En cas de données adverses portant sur des continuums (traits de personnalité par exemple), il est recommandé de faire une moyennes des cotations (Li & Phillips, 2007; Phillips et al., 2002).

8. Considérations méthodologiques spécifiques au travail de recherche

Dans son expertise collective l'INSERM (2008) formule certaines recommandations spécifiques à la mise en place d'études utilisant l'autopsie psychologique, certaines ont déjà été abordées précédemment plus en détail, nous les synthétisons ici.

- Définir des hypothèses primaires,
- Délimiter la zone de recrutement dans le temps et l'espace,
- Définir précisément ce qui sera considéré comme un suicide,
- Décrire les qualifications cliniques et la formation des interviewers,
- Utiliser des protocoles d'entretien standardisés, avec outil statistique,
- Discuter la manière de concilier des informations contradictoires,
- Avertir sur le nombre de cas où les données sont manquantes ou insuffisantes pour en tirer une conclusion,
- Faire référence à l'outil diagnostique utilisé, si l'étude aborde la question d'un diagnostic
- Sélectionner un ou plusieurs groupes témoins,
- Définir ce qu'est un « bon » informant,
- Définir le nombre minimum d'informants par cas,
- Décrire la manière dont les informants sont contactés puis avertis de la nature de l'étude.

Conclusion

L'autopsie psychologique est un outil qui a démontré sa valeur dans la recherche des marqueurs de risque suicidaire, le diagnostic à posteriori des maladies mentales et la résolution de questions cliniques et légales.

Cependant, son existence relativement récente et le manque de consensus autour de son application pratique limitent quelque peu la validité de ses résultats.

Nous avons présenté en partie II certains des apports de l'autopsie psychologique mais ces résultats ne sauraient en aucun cas être exhaustifs. De nombreuses voies de recherche sont encore à développer, notamment celles portant sur les réactions individuelles aux événements de vie, et celles portant sur la validité des différentes échelles lors d'application par procuration. Ce travail propose ensuite des pistes et des grands axes pour une meilleure standardisation des pratiques. Les situations où l'autopsie psychologique peut s'appliquer sont variées et complexes. De ce fait, la production d'un « guide définitif » semble à ce jour utopique. Comme l'ensemble des auteurs le fait remarquer, la souplesse et l'adaptabilité sont des qualités essentielles quand on utilise l'autopsie psychologique, ce qui n'implique pas pour autant un manque de rigueur. Nous faisons confiance au lecteur pour adapter ses travaux aux conditions en trouvant une juste balance entre exigence scientifique et respect de l'éthique.

Bibliographie

1. Abondo M, Masson M, Le Gueut M, Millet B. L'autopsie psychiatrique. *L'Encéphale*. sept 2008;34(4):343-6.
2. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen P. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people : Nested case-control study. *BMJ* 2002, 325 : 74-77
3. Almasi, K., Belso, N., Kapur, N., Webb, R., Cooper, J., Hadley, S., Et Al. (2009). Risk factors for suicide in Hungary: A case-control study. *BMC Psychiatry*, 9, 45.
4. Amador X, Friedman J, Kasapis C, Yale S, Flaum M, Gorman J. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153:1185-1188
5. Appleby L. Suicide in psychiatric patients : Risk and prevention. *Br J Psychiatry*. 1992;161:749–58.
6. Ayerbe C, Missonier A, others. Validité interne et validité externe de l'étude de cas: principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*. 2007;10(2):37–62.
7. Badoc R, Batt A, Bellivier F, Debout M, Delatte B, Facy F, et al. Autopsie psychologique: mise en oeuvre et démarches associées [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2008. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570633/>
8. Bakst SS, Braun T, Shohat T. The postmortem proxy-based interview—future directions. *Journal of Psychiatric Research*. Avr 2016; 75:46-56.
9. Barraclough Bm, Burch J, Nelson B, Sainsbury Pa. A hundred cases of suicide : clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974, 125 : 355-373
10. Bendheim, O. The psychiatric autopsy : legal application. *Bulletin of the AAPL* 1979;7(4):400-10.
11. Beskow J, Runeson B, Asgard U. Psychological autopsies ; methods and ethics. *Suicide and Life-threatening Behavior* 1990, 20 : 307-323
12. Bifulco A, Bernazzani O, Moran Pm, Ball C. Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000, 35 : 264-275
13. Boeton M, Des suicides passés au crible de l'« autopsie psychologique ». *Journal La Croix* 2011. Disponible via http://www.la-croix.com/Ethique/Sciences-Ethique/Sciences/Des-suicides-passes-au-crible-de-l-autopsie-psychologique-_NP_-2011-09-12-710295
14. Brent Da, Johnson Ba, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, Rather C. Personality Disorder, Personality Traits, Impulsive Violence, And Completed Suicide In Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33 : 1080-106

15. Brent Da, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D. et coll. Familial pathways to early-onset suicide attempt : risk for suicidal behavior in offspring of mooddisordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59 : 801-807
16. Brent Da. The psychological autopsy method: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1989, 19 : 43-57
17. Brent, Da, Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1497–1505.
18. Brugha, T. S., & Cragg, D. (1990). The list of threatening experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 77–81.
19. Camus A. L'absurde et le suicide. In: *Le mythe de Sisyphe*. Gallimard; 1942.
20. Carney Ss, Rich Cl, Burke Pa, Fowler Rc. Suicide over 60 : The San Diego study. *J Am Geriatric Soc* 1994, 42 : 174-180
21. Caspi A, Moffitt T, Thornton A. The life history calendar: A research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1996, 6 : 101-114
22. Cavanagh Jt, Owens Dg, Johnstone Ec. Suicide and undetermined death in south east Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. *PsycholMed* 1999, 29 : 1141-1149
23. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*. Avr 2003; 33 :395-405.
24. Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A., Et Al. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42, 696–702.
25. Clark, D. C., & Horton-Deutsch, S. (1992). Assessment in absentia: The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. In R. W. MARIS, A. L. BERMAN, J. T. MALTSBERGER & R. I. YUFIT (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 144–182). New York: Guilford.
26. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The Next Generation of Psychological Autopsy Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1 déc 2011;41(6):594-613.
27. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The Next Generation of Psychological Autopsy Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1 févr 2012;42(1):86-103.
28. Conner, K. R., Conwell, Y., & Duberstein, P. R. (2001). The validity of proxy-based data

- in suicide research: A study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support, and suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 1-6.
29. Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S., & Caine, E. D. (2010). Health status and suicide in the second half of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 371–379.
 30. De Leo D, Hickey Pa, Meneghel G, Cantor Ch. Blindness, fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics* 1999, 40 : 339-344
 31. Deep-Soboslay A, Akil M, Martin CE, Bigelow LB, Herman MM, Hyde TM, et al. Reliability of psychiatric diagnosis in postmortem research. *Biological Psychiatry*. janv 2005;57(1):96-101.
 32. Desai P. L'autopsie psychologique : applications cliniques et juridiques, *Cahiers de psychologie clinique* 2016/2 (n°47), p. 75-94
 33. Durkheim E. *Le Suicide. Étude de sociologie* (1897). Payot, coll. «Petite Bibliothèque Payot». Paris. 2009.
 34. Ebert B. Guide to conducting a psychological autopsy. *Prof psychol research practice* 1987, 18 : 52-56
 35. Esquirol J-E D. *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*. 1838.
 36. Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., & Patterson, R. (1999). Risk factors for suicide independent of DSM-III-R axis I disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 175–179.
 37. Gustafsson L, Jacobsson L. Interviewing significant others by telephone as part of modified psychological autopsy. *Nord J Psychiatry* 2000, 54 : 127-133
 38. Gustafsson L, Jacobsson L. On mental disorder and somatic disease in suicide : A psychological autopsy study of 100 suicides in northern Sweden. *Nord J Psychiatry* 2000, 54 : 383-395
 39. Hjelmeland, H & Al. Psychological autopsy studies as diagnostic tools : are they methodologically flawed ? *Death Studies*, 2012 ; 36 : 605-626
 40. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
 41. Homand, D. *The validity of psychological autopsy and its rôle in Forensic psychology*, Humbolt State university
 42. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Autopsie psychologique, mise en œuvre et démarches associées*. Paris: Éditions INSERM; 2008.
 43. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Suicide autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Paris: Éditions INSERM; 2005.
 44. Isometsä ET. Psychological autopsy studies—a review. *European psychiatry*. 2001;16(7):379–385.

45. Jacobs D, Klein-Benheirm M. The psychological autopsy : a useful tool for determining proximate causation in suicide cases. *Bulletin-American Academy Of Psychiatry And The Law*, vol.23, N°2, 1995
46. Keilp JG, Gorlyn M, Oquendo MA, Burke AK, Mann JJ. Attention Deficit in Depressed Suicide Attempters. *Psychiatry research*. 2008;159(1-2):7-17. doi:10.1016/j.psychres.2007.08.020.
47. Kim, C. D., Lesage, A., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., Et Al. Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine*, 2003, 33, 1299–1309.
48. Klein G. Suicide in the psychiatric hospital. *Schweizerarchivfürneurologieundpsychiatrie* 2012 ; 163(3) : 85-91
49. Knoll IV JL. The psychological autopsy, part I: applications and methods. *Journal of Psychiatric Practice*. 2008;14(6):393–397.
50. Leenaars A. *The Psychological Autopsy: A Roadmap for Uncovering the Barren Bones of the Suicide's Mind*. Routledge; 2017. 541 p.
51. Li, X. Y., & Phillips, M. R. (2007). Research methods in suicide and suicide prevention. In S. Y. Wang & H. S. LIN (Eds.), *Epidemiological field research methods for injuries* (pp. 143–218). Beijing, China: Peoples Health Publishing House.
52. Litman, R. E., Curphey, T. J., Shneidman, E. S., Farberow, N. L., & Tabachnick, N. D. (1963). Investigations of equivocal suicides. *Journal of the American Medical Association*, 184, 924, 929
53. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003, 4 : 819-828
54. Mann, A. H., Jenkins, R., Cutting, J. C., & Cowen, P. J. The development and use of standardized assessment of abnormal personality. *Psychological Medicine*, 1981, 11, 839–847.
55. Martin CD Ernest Hemingway : a psychological autopsy of a suicide. *Psychiatry*. 2006 Winter
56. Mcgirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., & Turecki, G. (2008b). Course of major depressive disorder and suicide outcome: A psychological autopsy study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 966–970.
57. McNeil, D. et al. 1988, 'Family survivors of suicide and accidental death: consequences for widows', *Suicide and Life-threatening Behaviour*, vol. 18, no. 2.
58. Milner A. & al. Social-Environmental Factors and Suicide Mortality: A Narrative Review of over 200 Articles. *Sociology Mind* 2013. Vol.3, No.2, 137-148 Published Online April 2013 in SciRes (<http://www.scirp.org/journal/sm>)
59. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. (2009) Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 6(8):

e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>

60. Observatoire National du Suicide. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport, Fev 2016 ; 481 p.
61. Pallis DJ, Barraclough BM, Levey AB et coll. Estimating suicide risk among attempted suicide : I. The development of new clinical scales. *Br J Psychiatry* 1982, 141 : 37-44
62. Pallis DJ, Gibbons JS, Pierce DW. Estimating suicide risk among attempted suicide : II. Efficiency of predictive scale after the attempt. *Br J Psychiatry* 1984, 144 : 139-148
63. Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Uhlenhuth, E. H. (1971). Scaling of life events. *Archives of General Psychiatry*, 25, 340–347.
64. Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, 360, 1728–1736.
65. Pitkala K, Isometsa ET, Henriksson MM, Lonnqvist JK. Elderly suicide in Finland. *Int Psychogeriatr* 2000, 12 : 209-220
66. Plutchik R, Van Praag HM. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Clin neuropharmacol* 1986, 9 : 380-382
67. Pouliot L, De Leo D. Critical Issues in Psychological Autopsy Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1 oct 2006;36(5):491-510.
68. Qin P, Agerbo E, Mortensen Pb. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders : a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002, 360 : 1126-1130
69. Rihmer, Z. (2011). Depression and suicidal behaviour. In R. O'CONNOR, S. PLATT, & J. GORDON (Eds.), *The international handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 59–74). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
70. Ritchie Ec, Carlton J. The history and current use of psychological autopsies in the US military. *Forensic and Ethical Issues in Military Behavioral Health*. 2015;
71. Rosner R, Scott C. *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*, Third Edition. CRC Press; 2017. 1097 p.
72. Runeson, B., & Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 153–156.
73. Shneidman E. The psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behav* 1981;11:325–40.
74. Scott C, Swartz E, Warburton K. The psychological autopsy, solving the mysteries of death. *Psychiatr Clin N Am* 29 (2006) 805-22
75. Séguin M. Trajectoire de vie et résilience des personnes suicidaires. *Revue Frontières* 1999, 12 : 11-16
76. Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, L. A., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., Et Al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339–348.

77. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Et Al. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22–33.
78. Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
79. Shneidman, E. *Outline for Psychological Autopsy* (Shneidman, 1976)
80. Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Gibbon, M. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV (SCID)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research.
81. Thoresen, S., & Mehlum, L. (2006). Suicide In peacekeepers: Risk factors for suicide versus accidental death. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 432–442.
82. Tyrer, P., & Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 135, 163–167.
83. Vinet MA, Jeanic A L, Lefèvre T. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. Vol. 62. 2013.
84. Zackrisson, A. L., Lindblom, B., & Ahlner, J. (2010). High frequency of occurrence of CYP2D6 gene duplication/multiduplication indicating ultrarapid metabolism among suicide cases. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 88, 354–359.

Annexes

Annexe I

Outline for Psychological Autopsy (Shneidman, 1976)

1. Identifying information for victim (name, age, address, marital status, religious practices, occupation, and other details)
2. Details of the death (including the cause or method and other pertinent details)
3. Brief outline of victim's history (siblings, marriage, medical illnesses, medical treatment, psychotherapy, previous suicide attempts)
4. "Death history" of victim's family (suicides, cancer, other fatal illnesses, ages at death, and other details)
5. Description of the personality and life style of the victim
6. Victim's typical patterns of reaction to stress, emotional upsets, and periods of disequilibrium.
7. Any recent – from last few days to last 12 months – upsets, pressures, tensions, or anticipations of trouble
8. Role of alcohol and drugs in (1) overall life style of victim and (2) in his death
9. Nature of victim's interpersonal relationships (including physicians)
10. Fantasies, dreams, thoughts, premonitions, or fears of victim relating to death, accident, or suicide
11. Changes in the victim before death (of habits, hobbies, eating, sexual patters, and other life routines)
12. Information relating to the "life side" of victim (upswings, successes, plans)
13. Assessment of intention, i.e. role of the victim in his own demise
14. Rating of lethality
15. Reactions of informants to victim's death
16. Comments, special features, etc.

Annexe II

Psychological Autopsy Guidelines (Ebert, 1987)

1. Alcohol History

- a. Collect family history
- b. Research amount ingested regularly
- c. Research evidence of binge drinking
- d. Research evidence of blackouts (known from friends, family, acquaintances)
- e. Research evidence of driving under the influence of alcohol
- f. Research evidence of alcohol-related offenses
- g. Research evidence of family problems (alcohol related)
- h. Research evidence of work difficulties connected to alcohol
- i. Research evidence of blood level (BAL) g/l at time of death

2. Suicide Notes

- a. Examine content
- b. Examine style
- c. Have handwriting expert review writing style

3. Writing

- a. Review any past writing by the deceased
- b. Peruse any diary of the deceased
- c. Examine school papers for topics of essays or term papers
- d. Read letters to friends, family, co-workers, acquaintances

4. Books

- a. Examine books of the deceased
 - i. Look for books on the occult, life after death, death
 - ii. Look for actual books on suicide
- b. Assess books checked out of local libraries

5. Relationship Assessments

- a. Interview people who knew the deceased including:
 - i. Close friends
 - ii. Close intimate heterosexual or homosexual companions
 - iii. Acquaintances
 - iv. Mother, father, siblings
 - v. Co-workers and supervisors
 - vi. Other relatives
 - vii. Physicians and/or mental health professionals
 - viii. Teachers
- b. Construct level of intimacy on the basis of discussions with "close" friends
- c. Assess people's reactions to the victim's death

- d. Secure a history of marriages and divorces
- e. Examine relationship with children
- f. Look for anger directed to particular people

6. Marital Relationship

- a. Note any significant problems that may have made the deceased person depressed
- b. Look for history of extramarital relationships
- c. Assess the overall quality of the relationship

7. Mood

- a. Identify mood fluctuations
- b. Look for symptoms of depression:
 - i. Weight loss
 - ii. References to depression
 - iii. Problems with memory
 - iv. Fatigue
 - v. Sleep disturbances
 - vi. Withdrawal
 - vii. Decreased libido
 - viii. Appetite and/or taste changes
 - ix. Constipation and diarrhea
- c. Look for mood indicators during last few days:
 - i. Interview friends and family
 - ii. Interview anyone surrounding the deceased

8. Psychosocial Stressors (note and chart importance on Holmes & Rahe Scale factors)

- a. Recent loss: deaths of people or pets
- b. Relationship separations: divorce, breakups of significant relationships
- c. Loss of job
- d. Legal and financial problems
- e. Demotion, promotion and so on
- f. Reaction to stressors
- g. Move to a new location

9. Presuicidal Behavior

- a. Giving away important possessions
- b. Paying up insurance policies
- c. Payment of debts
- d. Arrangement for children and pets
- e. Sudden order in deceased's life
- f. Change or initial creation of a will

10. Language

- a. Identify any specific references to suicide (deceased may have stated, “Have a party in remembrance of me,” or “You won’t have to worry about me anymore”)
- b. Note any changes in language before suicide
- c. Analyze language (tapes, recollections of conversations, writing) for morbid content

11. Drugs Used

- a. Identify all drugs used by deceased
- b. Assess inter-actional effects of legal and illegal drugs in use

12. Medical History

- a. Review complete medical history
- b. Note any unusual symptoms or diagnoses
- c. Note any terminal illnesses or diagnoses

13. Reflective Mental Status Exam of Deceased’s Condition Before Death

- a. Orientation
- b. Memory
- c. Concentration
- e. Mood and affect
- f. Hallucinations or delusions
- g. Cognition, IQ
- h. Language
- i. Judgment

14. Psychological History

- a. Look for previous suicide attempts (type, method)
- b. Assess reason for treatment if involved in therapy
- c. Research evidence of depression, manic depression (bipolar disorder)
- d. Research past psychiatric hospitalizations
- e. Examine diagnoses
- f. Examine evidence of impulsive behavior
- g. Examine any recent or past psychological tests (e.g. was the victim given the Rorschach and was the suicide constellation served via the Exner system?)

15. Laboratory Studies

- a. Examine ballistics
- b. Evaluate powder burns on hands and body

16. Coroner’s Report

- a. Conduct complete drug screen
- b. Identify any poisons
- c. Read for detailed description of physical functioning/health of deceased at time of death

17. Motive Assessment

- a. Make a chart divided four ways: Murder, Suicide, Accident, and Natural, recording data to

support each as it is uncovered.

b. Report the possible reasons for suicide

c. Report the possible reasons why subject could have been murdered (identify enemies, illicit activities)

18. Reconstruction of Events Occurring on the Day Before Deceased's Death

a. Make a step-by-step chart of subject's movements and activities

b. Form a chronological history of the victim that immediately preceded death

19. Assess Feelings Regarding Death as Well as Preoccupations and Fantasies

20. Military History

a. Look for evidence of difficulty adjusting such as letters of counseling (LOC), letters of reprimand (LOR), Article 15 action (A15), or court-martial proceedings [Note: A15 is a form of nonjudicial punishment for offenses not serious enough to warrant a court-martial and include repeated lateness, driving under the influence of alcohol, sleeping on duty, or negligence on duty. Punishment from an A15 can include reduction in rank, fines, or removal from duty.]

b. Attempt to secure job ratings (airman promotion rating and officer effectiveness rating)

c. Look for decorations or awards

d. Notice whether deceased was in a combat zone at any time

e. Look for evidence of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans

f. Determine the number of assignments and which were at the request of the victim

21. Death History of Family

a. Examine history for suicide by other family members

b. List immediate deceased family members and their mode of death

22. Family History

a. Identify family members and relationships with deceased

b. Examine the socioeconomic status of family

c. Identify any conflicts that occurred before death of the victim

23. Employment History

a. Identify number and types of jobs (high-risk work may indicate the existence of subintention behavior for quite some time)

b. Look for repetitive problems

c. Assess whether any problems existed before death (e.g. co-worker conflict, failure to progress as planned)

d. Note any disciplinary action

24. Educational History

a. Assess educational level

b. Identify any problems with teachers or subjects

c. Note special interests or topics (e.g. in particular, look for special interests in death)

25. Familiarity With Methods of Death

- a. Examine belongings for guns, knives (e.g. the deceased may have had five or six loaded weapons around his or her house regularly)
- b. Look for lethal drugs
- c. Note deceased's interest and knowledge in weapons

26. Police Report

- a. Critical facts will be obtained by review of the police investigation
- b. Pay special attention to ballistics data

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les parents des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME : Le suicide reste un enjeu de santé publique majeur avec plus de 800 000 cas par an dans le monde. L'accroissement du champ des connaissances relatif au phénomène suicidaire permet de mieux définir les sujets à risque et de proposer des stratégies de prévention plus adaptées.

Cette revue de la littérature propose un état des lieux des connaissances actuelles concernant l'autopsie psychologique. Cet outil, né sous l'impulsion d'Edwin Shneidman, avait historiquement pour but de clarifier les circonstances d'un décès et notamment l'état psychologique du défunt.

Son application s'est progressivement élargie à la recherche des marqueurs de risque suicidaire et à la résolution de problèmes médico-légaux. La méthode de l'autopsie psychologique a aussi prouvé sa validité à poser des diagnostics post-mortem. Pour autant, elle est sujette à de nombreux biais. Sa formalisation est hétérogène et sa standardisation partielle. C'est pourquoi nous proposons en dernière partie une synthèse des recommandations pour faciliter l'application de la méthode en s'assurant une bonne validité scientifique tout en respectant certains critères éthiques.

MOTS CLEFS : Autopsie psychologique, suicide, marqueurs de risque suicidaire, harmonisation des pratiques.

DISCIPLINE : Psychiatrie

Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex

ABSTRACT : Suicide remains a major public health issue with more than 800,000 cases a year worldwide. The increase of the field of knowledge relative to the suicidal phenomenon makes it possible to better define risk subjects and to propose more adapted prevention strategies.

This literature review proposes an inventory of current knowledge concerning psychological autopsy. This tool, born under the impetus of Edwin Shneidman, had historically aimed to clarify the circumstances of a death and in particular the psychological state of the deceased. Its application has gradually expanded to search for markers of suicidal risk and the resolution of medico-legal problems. The psychological autopsy method has also proved its validity in post-mortem diagnoses. However, it is subject to many biases. Its formalization and standardization are heterogeneous and partial. This is why we propose in the last part a synthesis of recommendations to facilitate the application of the method. It will ensure a good scientific validity while respecting ethical criteria.