HAL
open science

Autopsie psychologique : apports diagnostiques et thérapeutiques

Victoire Cannoni

To cite this version:

Victoire Cannoni. Autopsie psychologique : apports diagnostiques et thérapeutiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02416154

HAL Id: dumas-02416154

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02416154v1

Submitted on 17 Dec 2019

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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Autopsie psychologique : apports diagnostiques et thérapeutiques

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 5 Avril 2019

Par Madame Victoire CANNONI

Née le 13 décembre 1989 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe	**Président**
Monsieur le Professeur POINSO François	**Assesseur**
Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe	**Assesseur**
Monsieur le Docteur TESTART Julien	**Directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine :** Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique :** Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation :** Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières :** Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI
Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 01/01/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain

MM FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom
BOUBLI Léon
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (disponibilité)
AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RESSEGUIER Noémie
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité
REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)
BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Pr Christophe Lançon,

Merci d'avoir accepté de présider mon jury et d'avoir cru en mon travail.
Merci pour vos enseignements et pour votre investissement dans la formation des internes.
C'est un véritable honneur d'avoir pu être formée à vos côtés.
Je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en l'expression de ma plus grande gratitude.

Pr François Poinso,

Merci de me faire l'honneur d'intégrer mon jury de thèse et de vous intéresser à ce sujet, pourtant éloigné de la pédopsychiatrie.
Merci pour votre enseignement et votre encadrement durant mon stage, pour votre écoute avec vos internes et votre disponibilité.
Je vous adresse mon plus sincère respect.

Pr Christophe Bartoli,

Merci d'avoir accepté de te mêler au monde de la psychiatrie pour siéger dans mon jury.
Merci pour tous tes enseignements durant mon semestre en médecine légale, tes cours d'anatomie et ton intérêt pour les travaux de tes internes. Je n'oublierai jamais nos longues discussions sur la question du suicide avec Jean-Jacques, débats souvent stériles mais toujours très animés.

Dr Julien Testart,

Merci d'avoir accepté d'encadrer ma thèse et mon mémoire, certes peut-être un peu sous la contrainte…
Merci d'avoir su me recentrer quand il le fallait et de m'avoir fait confiance dans mon travail et surtout de m'avoir montré ce dont j'étais capable, et d'avoir pris le temps de relire ce travail jusqu'à la dernière retouche.
Merci infiniment pour ta générosité, ta bienveillance et ton accompagnement durant tout mon internat, tu as été une véritable référence pour moi.

A tous ceux qui ont participé à la réalisation de mon travail,

A Julien, le meilleur directeur du monde.

A Louise, mon génie de petite sœur qui a calculé mes statistiques en 15 minutes.

A Mélanie, pour m'avoir reçue à plusieurs reprises en urgence et pour ton immense aide dans l'interprétation de mes résultats.

A Maud, pour avoir traduit ma pensée et m'avoir permis de débloquer mes idées.

A ma mère, pour tes relectures orthographe et mise en page.

A mon grand-père, pour ta disponibilité, tes conseils et tes contacts.

A Maxime, mon premier public (avec Elvis) pour répéter mon oral.

A Anna et Damien, pour vos bons conseils de jeunes thésés.

A tous les médecins et internes m'ayant accordé du temps pour répondre à mon questionnaire.

A toutes les équipes que j'ai rencontrées :

Le service du Pr Lançon :

A toute l'équipe médicale et paramédicale, pour m'avoir accompagnée dans mes premiers pas incertains de jeune interne.
Aux Drs Faget, Richieri, Farisse, Drai, Lagrange, pour m'avoir tant appris et m'avoir fait confiance.
Aux infirmières, et aux psychologues.
A Mélanie Faugère, sans qui je n'aurai jamais pu référencer ma bibliographie ni réaliser mes statistiques, merci pour tes bons conseils et ta patience.

Le service du Dr Henry :

A l'équipe des urgences, qui m'a apporté une formation indispensable à tout psychiatre. Aux Drs Henry, Jedwab, De Gantès, Gourdon. A tous les infirmiers, à Karine.
A Valérie, véritable source de bonne humeur.

Le service du Dr Zendjidjian :

A toutes les équipes qui ont pu me voir passer à plusieurs reprises.
Au Dr Zendjidjian pour sa confiance.
Aux Drs Limousin, Testart, Arquillière et Grassin-Delyle, pour votre enseignement et votre bienveillance.
Aux équipes infirmières et paramédicales. A Perrine et Laura, psychologues de choc.
A Marie, la meilleure des meilleures, celle que tous les autres services envient.

Le service du Dr Gay :

A l'équipe du CMP et de l'hôpital de jour.
Au Dr Gay, qui a su m'accompagner avec délicatesse en périnatalité en veillant à mon confort de future maman.
Au Dr Rathelot pour son enseignement.
Au Dr Cros pour son accompagnement, son dynamisme et sa confiance.

Le service du Pr Léonetti :

A l'équipe de médecine légale, pour m'avoir permis cette parenthèse dans mon cursus de psychiatrie, me confirmant mon intérêt pour cette spécialité et renforçant ma conviction que cette discipline est indispensable à l'exercice de la mienne. Au Pr Léonetti, au Pr Piercecchi, aux Drs Tuchtan, Niort, Desfeux, Perich, Capasso, Zuck, Devooght, Pembedjoglou, Boval, Reynoard, Lebreton, Giustiniani, Krimi, Marcellin, Massiani, Champeaux.

Le service du Dr Paulet :

A l'équipe du SMPR, qui a su m'ouvrir les bras et me permettre d'entrevoir un futur commun ; aux Drs Paulet, Masseboeuf, Bagnis, Prorel, Kania, Chicco, Elkaim, Gapin, Bernard.
A l'équipe de l'UHSA qui m'a accompagnée avec attention, aux Drs Giravalli, Girerd, Levrat, Stouvenel, Llinares.

Le service du Pr Poinso :

Au Dr Sokolowsky, merci pour votre enseignement et la confiance que vous avez su nous faire.
Au Dr Salle-Collemiche, pour ton accompagnement et ta confiance.
Au Dr Guivarch, pour tous tes enseignements et ton savoir sans limite.
Aux Drs Joly, Cohen, Hoareau.

A mes belles rencontres professionnelles ;

A Julien, parce qu'un simple remerciement de jury ne suffisait pas, car tu es devenu un véritable ami, un confident. Tu m'as accompagnée dans des périodes clés de ma vie, et tu as toujours su trouver les mots pour me rassurer et m'encourager, je ne l'oublierai jamais. Merci pour ta disponibilité, ta patience et ton engagement sans faille lorsqu'il s'agit de guider tes poulains.

Au Dr Limousin, Sandrine, ma BBM, celle qui m'a montré que la psychiatrie était bel et bien une discipline médicale, merci pour ton soutien et tes encouragements, je ne regretterai jamais d'avoir été « contrainte » à aller à l'unité 2, quelle belle rencontre !

Au Dr Borwell, Baptiste, le plus british des psychiatres marseillais, le seul et unique à avoir eu l'immense privilège de me voir perdre mon « self control ».

Au Dr Palomba, Anne, quel plaisir de partager les formations et congrès avec toi.
Au Dr Lazerges, Pierre, pour ces gardes hilarantes, figurant parmi mes meilleurs souvenirs d'internat.

Au Dr Arquillière, Pierre, véritable puits de connaissances, merci pour ton aide et ta disponibilité, et la confiance inébranlable que j'ai en toi.

Au Dr Alimi, Kevin, pour tes bons conseils et ta confiance.

Au Dr Lagrange, Guillaume, le Pr Lagrange, merci d'avoir partagé tes connaissances et de m'avoir donné des conseils avisés pour ma formation.

Au Dr Masseboeuf, Amel, merci pour ta confiance et tes encouragements, merci de croire en mon avenir.

A ma famille,

A Maxime, mon amour, mon âme sœur, mon meilleur ami. Merci de m'accompagner depuis plus de dix ans, de supporter mes humeurs, mes émotions parfois démesurées, et de me soutenir quelle que soit mon initiative. Merci d'être ce père fabuleux pour Gabrielle, et de m'avoir offert cette si belle famille.

A Gabrielle, ma fille adorée, qui s'asseyait à côté de moi et me caressait les cheveux durant mes heures de travail, et fermait gentiment mon ordinateur quand une pause s'imposait. Une petite pensée à Elvis, partenaire à tâches de choc depuis le début de mes études et désormais meilleur ami de Gabrielle.

A mon père, Papa, ce travail est pour toi. J'espère que tu es fier de moi. Tu me manques.

A ma mère, Maman, incontestable soutien et moteur de travail, mère et grand-mère fédératrice. Merci pour ta générosité, ton partage.

A Margaux, ma grande sœur, véritable modèle de réussite humaine, familiale et professionnelle. A Thibault, mon beau-frère devenu mon grand frère avec le temps. A Térence, Aurèle et Valère, mes petits amours.

A Louise, ma petite sœur, si forte et si douce à la fois, j'admire ta ténacité, ta volonté, et ta liberté. A Clément, la force et la douceur incarnées dans un même être.

A Hervé, la patience incarnée pour supporter Maman, aux cannelés de Noël toujours au rendez-vous. Un véritable repère pour Gabrielle.

A mes Grands-parents ;

A Manou, merci pour ta poésie…
A Grand-Père, pour ta culture de la Culture, pour m'avoir accompagnée et soutenue dans mes choix professionnels, merci mon « Cher ami ».

A Papi pour avoir été si indulgent devant mes premières productions culinaires.
A Mamie, pour cette culture méditerranéenne que tu nous as transmise, à ces accompagnements à la danse, à tes gnocchis !

A Anne, la première artiste de la famille, la seule capable de transformer un magazine de carrelages en œuvre d'art à exposer au MOMA ;
A Iris, celle qui a hérité du don de la poésie et de l'écriture de sa grand-mère ;
A Raphaël, le seul garçon de cette tribu de filles, l'unique.

A mes cousins ;

A Martin, pour m'avoir toujours protégée ;
A Victor, éternel enfant et maintenant père modèle, à Marie et la merveilleuse Lucie ;
A Jeanne, ma cuisinière préférée, à JP et Ernest ;
A Cécile, en souvenir de tous ces voyages et aventures, pourvu que ça continue ;
A Paul, l'aventurier ;
A Jean, Clara, Charles, et tous les autres.

A ma belle famille ;

A Christine, pour avoir créé cette si belle famille, pour les valeurs que vous avez su transmettre à vos enfants. Vous nous manquez chaque jour.

A Rolland, pour m'avoir accueillie dans votre famille et accordé votre confiance.

A Adrien, malgré des débuts houleux, je suis heureuse de faire partie de cette tribu que nous formons tous ensemble. A Julia, future maman parfaite, à nos longues discussions de pestes. A Patricia…

A Camille, belle-sœur petite sœur, pour ces liens indéfectibles que nous avons tissé au fil des années ; à Clément qui te rend si heureuse.

A Mamoune, l'inimitable et irremplaçable.

A mes amis ;

A mes meilleures amies, Manon et Audrey, maîtresse et maître, les soleils de ma vie, mes piliers.

A Arnaud, ma biche, mon BFF.

A Raphaël, le marin restaurateur engagé éthique et biologique cent pour cent made in France, garanti sans colorants ni conservateurs.

A Manon et Gwen, incontestables fournisseurs de bonheur, whisky et démaquillant.

A Marie, la seule et unique capable de conjuguer une brillante réussite professionnelle et un sens de la fête à toute épreuve.
A JB, le réparateur des corps fatigués, la bonté et la générosité incarnée, le fédérateur.
Vivement le mois de juin !

A Jean-Guillaume, mon fils caché, squatteur de canapé, celui qui ne critiquera jamais ma cuisine.

A Axel, la gagne, le champion des champions, incollable sur tous les domaines.
A Natasha, princesse du tarama, reine du nutella, ambassadrice de la bonne humeur.

A Aurélien, aussi bon ami que bon vivant.

A Sébastien, l'escroc du millénaire, en vrai il y a quoi sous ton matelas ?

A Nicolas, tonton caribou, celui qui doit chercher un truc sur internet demain.

A Gabriel, le globe trotteur, celui que je n'oublie pas et qui ne m'oublie jamais.

A Julie, je peux pas j'ai poney.

A Laure, mieux que Lolo Ferrari.

A Camille, le parrain, le rital le vrai, Don Camillo. A Monica et Alessandro, à cette magnifique famille que vous formez.

A Adrien, le meilleur des parrains. A Julie, la meilleure des bretonnes.

A Mathilde, le petit chou, la fusée, celle qui finira ses études à l'âge de la retraite.

A Axelle, future gagnante de la vraie Star Ac' avec Nikos.

Aux amis de Maxime devenus mes amis : FX, Fanélie, Laurent, Benoît, Ugo, Stéphane, et tous les autres…

A mes co-internes ;

A Justine, mon chouchou de ces années d'internat, à ce semestre aux urgences et mon initiation ratée au skate.

A Vincent, ma pipelette, le seul capable de me concurrencer sur ce domaine.

A Catherine, amie de longue date, que je suis si heureuse d'avoir retrouvée pendant l'internat, et avec qui j'ai pu partager le bonheur de la maternité.

A Céline, ma petite géante, toujours à dix mille mais toujours disponible pour passer un agréable moment, à ce beau duo avec Romain.

A Damien, le marseillais éphémère, celui dont les crises d'hystérie nous manquent chaque jour. J'espère entendre un Mexico bientôt.

A Anna, la reine du rouge à lèvres, celle dotée d'un pouvoir unique de discrimination des différentes teintes de rouge.

A Madeleine, la douceur en personne.

A Mathilde, coéquipière de choc pour le tableau de gardes, une main de fer dans un gant de velours.

A Caroline, ex gynécologue devenue psychiatre, fan de Patrick Sébastien, Polnareff, Thomas Dutronc et Michel le Réparateur.

A Sheldon, le psychiatre geek ex-toxicomane au coca collectionneur de figurines capable d'aller voir deux fois Star Wars au cinéma dans la même journée, bref comme moi quoi.

A Pauline, pour ton amour des vieux et toutes tes anecdotes toujours aussi hilarantes.

A Eugénie, celle qui stresse à l'idée de stresser et de peut-être alors stresser les autres avec son stress. Ne change rien.

A Maud, médecin ambitieux, maman douce, future Canadienne d'adoption, je relirai ta thèse avec grand plaisir.

A Joanne, la douce et généreuse.

« Il a donné ordre à ses anges de te garder en tous tes chemins ».

L'ange du réconfort s'est frayé un chemin dans tes blessures invisibles, dans le tissu épais du mystère.
Car tu as choisi la lumière du sommeil et l'éveil de la renaissance.

Cet ange qui t'a ravi, en soulageant tes peines, n'est peut-être que l'inexprimable distance entre toi et toi-même ; distance difficile.
Le chemin était trop long pour toi.

Dans l'absence et le silence qui protège aujourd'hui ton souvenir,
dans notre cœur,
nous pourrons entendre la voix vivante et apaisée de ton être rassemblé,
nous pourrons voir le visage radieux et reposé de notre père,
qui s'est enfin retrouvé.

A mon père…

Table des matières

INTRODUCTION 2
I. OBJECTIFS 4
II. MATERIEL ET METHODES 5
a. Questionnaire 5
b. Revue de la littérature 6
III. RESULTATS 8
IV. DISCUSSION 8
a. Suicide, suicidologie et genèse de l'autopsie psychologique 16
1. Suicide 16
2. Histoire de l'étude du suicide 23
3. Genèse de l'autopsie psychologique 29
b. Aspects pratiques de l'autopsie médico-légale 39
1. Circuit médical 40
2. Circuit judiciaire 41
3. Rôle du CépiDC dans le suicide 42
4. Protocole médico-judiciaire proposé dans le cas de décès par suicide 42
c. Méthode et utilisation pratique de l'autopsie psychologique = objectifs de l'INSERM 44
1. Définition de l'autopsie psychologique 44
2. Méthode de l'autopsie psychologique 46
3. Evaluation diagnostique et recherche de facteurs de risque 54
4. Autopsie psychologique comme outil de recherche : application à des populations spécifiques 60
5. Cadre médico-légal 64
d. Intérêts secondaires de l'autopsie psychologique 71
V. LIMITES 75
CONCLUSION 76
BIBLIOGRAPHIE 77
INDEX 83
ANNEXES 84

INTRODUCTION

Le suicide est évitable. Pourtant, toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Chaque suicide est un drame personnel qui met prématurément fin à l'existence d'une personne et qui a des répercussions durables sur la vie des familles, des amis et des communautés.
Chaque année, on compte un bien plus grand nombre de tentatives de suicide que de suicides. Il est important de noter qu'une tentative de suicide antérieure constitue en soi le facteur de risque de suicide le plus important dans la population générale. Une prévention efficace du suicide et des tentatives de suicide passe nécessairement par l'amélioration de la qualité des données provenant des registres de l'état civil, des systèmes d'enregistrement des hôpitaux et des études, d'une part, et de l'accès aux dites données, d'autre part. En France, le suicide est une priorité de santé publique qui a conduit à la mise en place, depuis 2000, d'une stratégie nationale de prévention des actes suicidaires.

L'autopsie psychologique, bien déterminée dans les pays anglo-saxons, est une pratique encore peu répandue en France, malgré un intérêt diagnostique et thérapeutique démontré depuis plus de quinze ans.

En effet, l'Inserm a conclu en 2005 et 2008, au terme de deux expertises collectives, que l'autopsie psychologique, par la reconstitution du parcours psychologique, social et médical d'une personne décédée par suicide, constitue un outil d'intérêt pour la mise en évidence de facteurs de risque et de facteurs précipitants pouvant aboutir au suicide dans des populations spécifiques. Cette méthode permet également de mieux appréhender les interactions complexes entre les différents facteurs susceptibles d'être impliqués dans le geste suicidaire. De plus, la prise de contact avec les informants endeuillés et l'entretien qui s'ensuit, s'il est mené par une personne compétente, peut avoir un retentissement psychologique positif pour ces personnes, apportant une dimension de postvention à l'autopsie psychologique.

Obtenir une meilleure connaissance des causes de décès par suicide, tel est l'enjeu pour améliorer la prévention du suicide et tel est également l'objectif de l'autopsie

psychologique. Développée aux Etats-Unis et dans quelques pays nordiques, l'autopsie psychologique n'est pour l'instant pas appliquée en recherche ni dans le champ médicolégal en France car il n'existe pas de protocole standardisé.

Au travers de notre travail, nous explorerons les éventuelles différences existant entre médecins légistes et psychiatres quant à l'appréhension du phénomène suicidaire, de l'autopsie médicolégale et de l'autopsie psychologique.
Nous proposerons ensuite une analyse exhaustive de l'outil sus-mentionné ainsi que des différentes dimensions épidémiologique, sociologique et médico-juridique dans lesquelles il s'inscrit.

Nous proposerons en annexe (Annexe B) trois cas cliniques de suicide pour lesquels l'intérêt et les limites de l'autopsie psychologique ont pu être discutés.

I. OBJECTIFS

Le premier objectif a été d'évaluer la dissociation et la probable complémentarité entre psychiatrie et médecine légale à travers une évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre des décès par suicide.

Le second objectif est de dégager l'intérêt de l'autopsie psychologique pour l'identification de facteurs de risque de suicide, de déterminants du passage à l'acte à travers la revue de la littérature.

Enfin, un dernier objectif est de mettre en évidence l'intérêt pour les familles endeuillées de réaliser ce travail de mémoire et de restitution pour la réalisation de leur deuil, ainsi que l'intérêt pour la proposition de mesures de prévention du suicide.

II. MATERIEL ET METHODES

a. Questionnaire

- Schéma d'étude

L'enquête présentée est une étude épidémiologique descriptive multicentrique transversale qui s'est déroulée en janvier et février 2019.

- Site d'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique, dont la diffusion a été faite dans le département des Bouches du Rhône et du Var pour les psychiatres (listes de diffusion hospitalières et fournies par le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins des Bouches du Rhône) et nationale pour les médecins légistes (liste fournie sur le site de l'Inserm).

- Population étudiée

Deux populations de médecins spécialistes ont été interrogées : psychiatres (thésés et internes inscrits en DES de psychiatrie), et médecins légistes (thésés et internes inscrits en DES de médecine légale).
Le recrutement a été effectué par voie électronique, avec l'envoi d'email à différentes listes de diffusion. Seuls les médecins ou internes appartenant à l'une des deux spécialités présentées ci-dessus pouvaient répondre au questionnaire.

- Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé via un questionnaire à réponses fermées, multiples et ouvertes courtes disponible en ligne, d'une durée inférieure à dix minutes.

- Questionnaire

Un formulaire avec questions fermées, à choix multiples et réponses ouvertes brèves a été réalisé grâce au logiciel Google Forms. Son accès se faisait via un lien hypertexte envoyé par e-mail.
Chaque répondant n'avait la possibilité de répondre qu'une seule fois au formulaire.

Le questionnaire comprenait 19 questions : 11 questions à choix unique, 4 questions à choix multiples, et 4 questions à réponse ouverte brève (Annexe A).
Les questions 1 et 2 ont permis de définir les caractéritiques de la population répondant selon sa spécialité et son mode d'exercice.
La question 3 faisait référence à la connaissance ou non de l'outil présenté : l'autopsie psychologique.
Les questions 4 et 5 faisaient référence à la confrontation à la problématique du suicide, tant dans la vie personnelle que professionnelle du répondant. La question 6 interroge sur la possibilité de prévenir le suicide, et la question 7, ouverte, appelant à des propositions de mesures de prévention de la part du répondant.
Les question 8 et 9 faisaient référence aux idées reçues sur le suicide, l'une déroulant une liste d'adjectifs concernant ce dernier, l'autre proposant des affirmations et demandant au répondant de choisir celle(s) qui lui semblaient juste(s).
Les question 10 et 11 ciblaient la prise en charge médicolégale du suicide : intérêt de l'autopsie médicolégale et du troisième volet du certificat de décès. La question 12 demandait une argumentation concernant l'intérêt et les limites de ce volet médical.
Les questions 13 et 14 étaient au sujet de la prise de contact de proches / soignants d'un sujet suicidé, la question 15 laissant libre cours aux propositions du répondant.
Les questions 16 et 17 portaient sur la prise de contact avec les proches d'un sujet suicidé : propositions de prise en charge et délai nécessaire.
La question 18 posait la question de l'engagement éventuel de la responsabilité médicale en cas de suicide.
Enfin, la question 19 demandait au répondant de proposer des indications pour la mise en place d'autopsie psychologique.

b. Revue de la littérature

La revue de la littérature a été effectuée sur différents moteurs de recherche d'articles :

- Google Scholar
- PubMed

- Science Direct
- Plateforme de recherche de la bibliothèque universitaire d'Aix-Marseille Université ;

Avec les mots clés suivants :

- « autopsie psychologique »
- « autopsie psychiatrique »
- « psychological autopsy »
- « suicide »
- « autopsie »
- « autopsy »
- « prévention du suicide », « suicide prevention ».

Des données et recommandations ont par ailleurs été recueillies sur différents sites de référence, notamment :

- Inserm
- Observatoire National du Suicide
- Organisation Mondiale de la Santé
- Haute Autorité de Santé
- Legifrance.

III. RESULTATS

- Taux de participation

92 personnes ont répondu au questionnaire entre le 21 janvier et le 26 février 2019:

- 80 psychiatres, dont 46 hospitaliers, 1 libéral et 33 internes ;
- 12 médecins légistes, dont 3 internes.

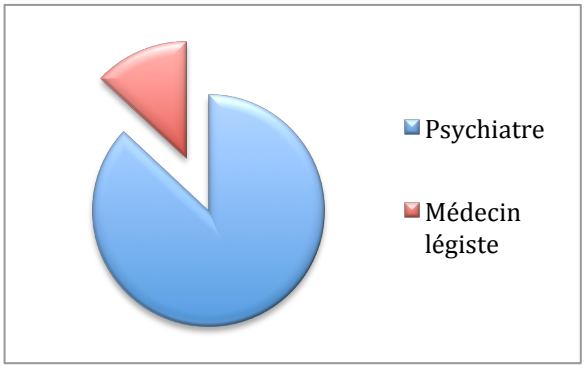

Figure 1 : Population de répondants par spécialité

- Réponses

La moitié des répondants seulement a rapporté connaître l'outil que constitue l'autopsie psychologique : 45 psychiatres (56,25 %) et 6 médecins légistes (50 %), sans différence significative (p = 0,459).

On ne retrouve pas non plus de différence significative concernant la confrontation au suicide dans sa vie personnelle : 65 % chez les psychiatres, 58,3 % chez les médecins légistes (p = 0,110) ; et dans sa vie professionnelle : 92,5 % chez les psychiatres et 100 % chez les médecins légistes (p = 0,421).

La totalité des répondants estime que le suicide est accessible à des mesures de prévention, quelle que soit la spécialité d'exercice.

Concernant la qualification du suicide, de nombreux adjectifs ont été proposés en sus de ceux évoqués dans la question, dont les résultats figurent dans le tableau ci-dessous (ont été ajouté en italique les termes proposés librement par les répondants).

	Psychiatres		Médecins Légistes		*p*
	Effectif	%	Effectif	%	
Pathétique	1	1,4	1	3,8	*0,532*
Superficiel	0	0	0	0	*1*
Immoral	0	0	0	0	*1*
Courageux	5	3,6	3	11,5	*0,066*
Irresponsable	0	0	2	7,7	***0,016***
Embarrassant	3	2,1	0	0	*0,654*
Noble	2	1,4	0	0	*0,755*
Stupide	0	0	0	0	*1*
Lâche	1	0,7	1	3,8	*0,245*
Dévoué	1	0,7	0	0	*0,87*
Solitaire	34	24,6	6	23,1	*0,426*
Perdu	39	28,3	6	23,1	*0,589*
Aucun	20	14,5	2	7,7	*0,413*
Pathologique	9	6,3	1	3,8	*0,614*
Exaspérant	0	0	1	3,8	*0,13*
Triste	4	2,8	0	0	*0,566*
Désolant	1	0,7	0	0	*0,87*
Egoïste	1	0,7	1	3,8	*0,87*
Déterminé	1	0,7	0	0	*0,87*
Compliqué	1	0,7	0	0	*0,87*
Dramatique	2	1,4	0	0	*0,755*
Évitable	2	1,4	0	0	*0,752*
Incompris	0	0	1	3,8	*0,13*
Désespéré	10	7,7	1	3,8	*0,562*

Tableau 1 : Adjectifs qualifiant le suicide selon les populations étudiées.

La question suivante proposait une liste d'affirmations concernant le suicide, parmi lesquelles le répondant devait retrouver celles qui étaient exactes. Les résultats sont fournis ci-dessous.

	Psychiatres		Médecins légistes		*p*
	Effectif	%	Effectif	%	
La plupart des gens qui se suicident sont psychotiques. (F)	2	2,5	0	0	0,755
Parler de suicide à une personne augmente systématiquement son risque de passage à l'acte. (F)	0	0	0	0	1
Une personne suicidaire le sera toute sa vie, et entretiendra constamment des pensées suicidaires.(F)	1	1,25	1	8,33	0,245
Toutes les personnes qui se suicident ne le programment pas à l'avance. (V)	57	71,25	11	91,7	0,121
S'ils étaient évalués par des psychiatres, toutes les personnes qui se donnent la mort seraient diagnostiquées dépressives. (F)	0	0	1	8,33	0,13
Les personnes qui parlent de suicide se suicident rarement. (F)	4	5	3	25	0,174
Une personne qui veut se suicider peut changer d'avis rapidement. (V)	59	73,75	5	41,7	**0,031**

Tableau 2 : Affirmations concernant le suicide.

La prise en charge médicolégale du suicide a fait l'objet de trois questions. La première interrogeait sur l'utilité de l'autopsie médicolégale dans le suicide. Les résultats étaient hétérogène, une majorité de psychiatres estimant l'autopsie médicolégale d'intérêt limité (45 %), et une seconde partie importante l'estimant indispensable (33,8 %). Chez les médecins légistes, la réponse la plus formulée était un intérêt indispensable de l'autopsie médicolégale (66,7%), malgré une part importante de réponses estimant un intérêt limité (25 %). Aucun praticien n'a trouvé un intérêt obsolète à l'autopsie médicolégale, et un psychiatre lui estimait une utilité nulle. Il n'existait cependant pas de différence significative entre les réponses des psychiatres et celles des médecins légistes (p = 0,264).

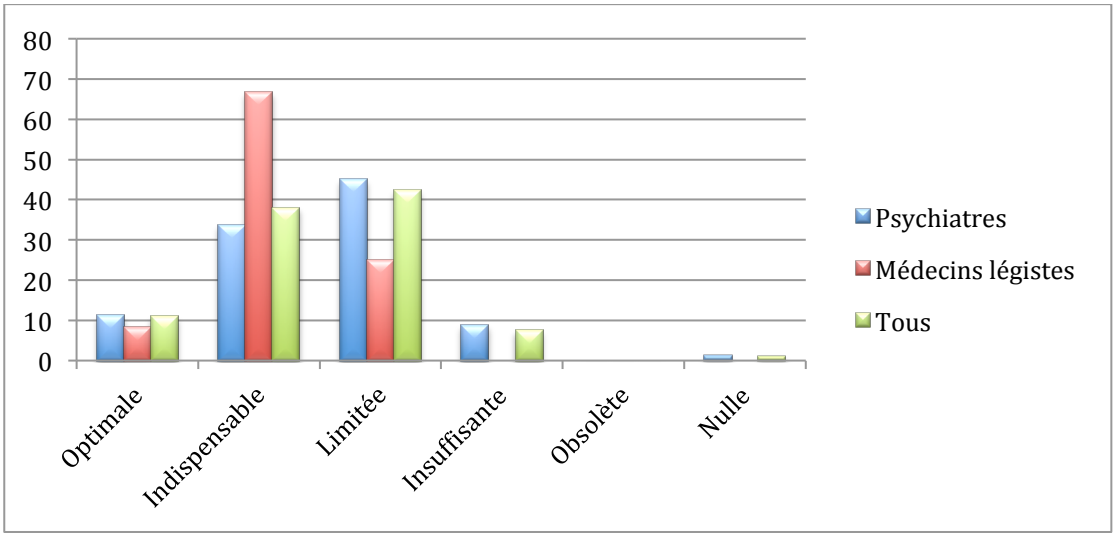

Figure 2 : Intérêt de l'autopsie médicolégale dans le suicide (%)

81,25 % des psychiatres et 66,7 % des médecins légistes (p = 0,211) considéraient que le remplissage du troisième volet médical du certificat de décès pouvait avoir un intérêt pour mieux déterminer l'origine suicidaire d'un décès.

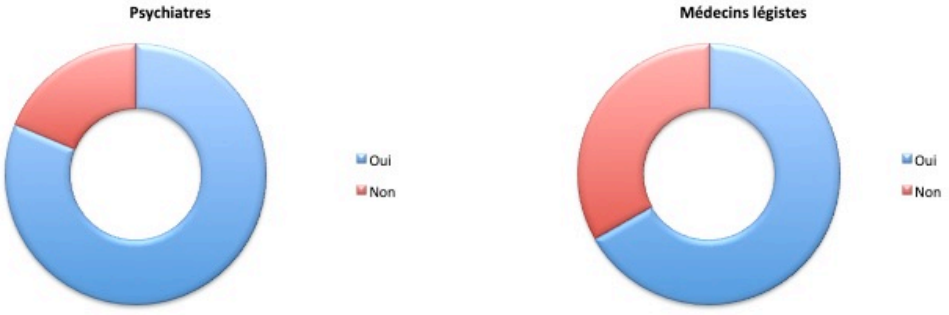

Figure 3 : Intérêt du 3e volet du certificat médical de décès pour l'identification de décès par suicide.

Concernant l'intérêt de ce troisième volet médical du certificat de décès, la majorité des répondants (41,3 %) ne se prononçait pas, probablement en lien avec une méconnaissance de l'outil. 40,2 % des répondants suggéraient comme intérêt la précision des causes du décès, notamment la recherche de diagnostic différentiel avec un homicide ou encore la recherche de signes négatifs. Enfin, 18,5 % mettaient en lumière l'intérêt épidémiologique, la recherche de facteurs de risques et de facteurs précipitants du suicide.

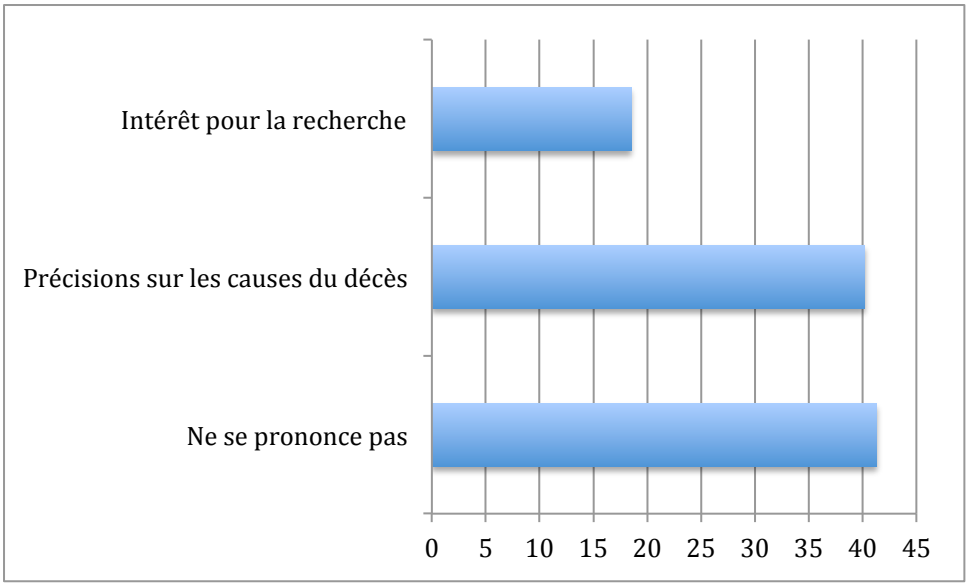

Figure 4 : Intérêts du 3e volet du certificat de décès.

L'intégralité de la population de répondants semblait s'accorder sur les personnes pouvant s'avérer informatives pour aider à expliquer le geste suicidaire, avec par

ordre décroissant de légitimité selon les répondants : l'entourage personnel, le psychiatre traitant, le médecin traitant, l'entourage professionnel. Concernant l'utilité du médecin légiste, plus de la moitié des psychiatres estimait qu'il pourrait s'avérer informatif sur l'explication du geste suicidaire, alors que seulement 16 % des médecins légistes pensaient cela (*p*= 0,009).

	Psychiatres	Médecins légistes	*p*
Entourage personnel	80 (100 %)	12 (100 %)	1
Psychiatre traitant	79 (98,75 %)	12 (100 %)	0,87
Médecin traitant	78 (97,5 %)	12 (100 %)	0,755
Entourage professionnel	76 (95 %)	11 (91,7 %)	0,511
Médecin légiste	46 (57,5 %)	2 (16,6 %)	**0,009**

Tableau 3 : Personnes pouvant apporter des éléments de réponse dans la recherche de la cause du geste suicidaire.

Une légère majorité des répondants (52,5 % des psychiatres, 58,3 % des médecins légistes) annonçaient avoir déjà contacté l'une des personnes mentionnées ci-dessus (*p* = 0,348).

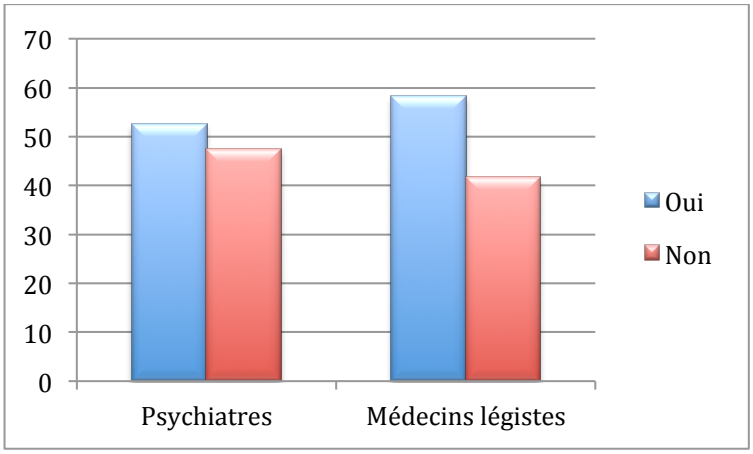

Figure 5 : Prise de contact avec des informants.

Au sujet de la prise en charge des personnes endeuillées par le suicide d'un proche, deux résultats se dégagent de manière significative : les entretiens de débriefing (*p* = 0,015) et la prise en charge par des associations (*p* = 0,008) ; montrant alors une tendance nette pour l'orientation vers ces prises en charge chez les psychiatres contrairement aux médecins légistes.

	Psychiatres		Médecins légistes		*p*
	Effectif	%	Effectif	%	
Pas de nécessité de prise en charge	6	7,5	0	0	0,421
Suivi nécessaire systématiquement	17	21,25	3	25	0,51
Entretiens de débriefing	67	83,75	6	50	**0,015**
Prise en charge par des associations	58	72,5	4	33,3	**0,008**
Prise en charge par le psychiatre traitant du sujet suicidé	25	31,25	3	25	0,509

Tableau 4 : Propositions de prises en charge aux personnes endeuillées par le suicide d'un proche.

Concernant la prise de contact avec les proches d'un sujet suicidé, les résultats étaient similaires (*p* = 0,980) pour les deux spécialités, avec une majorité de réponses en faveur d'un contact entre 1 mois et 3 mois après les décès (47,5 % des psychiatres, 50 % des médecins légistes), et ensuite une préférence pour une prise de contact immédiatement après le décès (47,5 % des psychiatres, 41,7 % des médecins légistes).

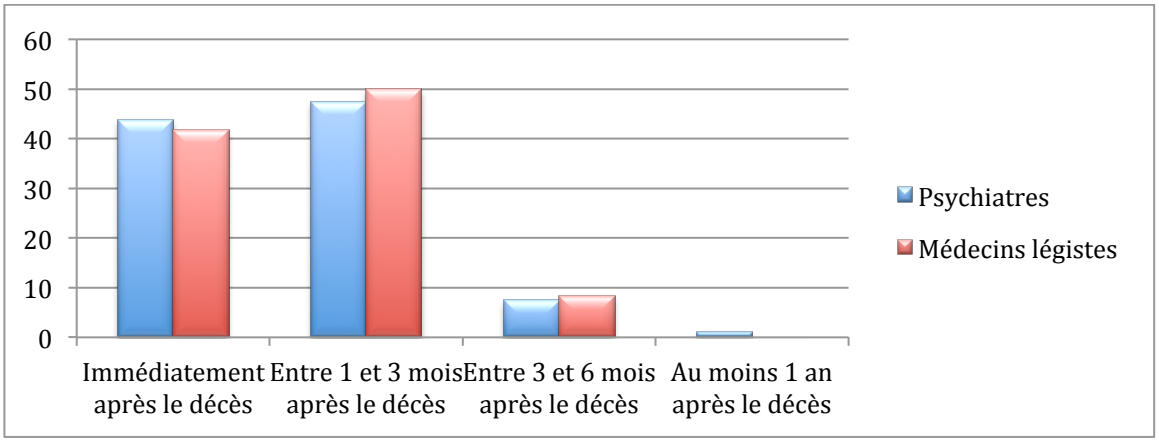

Figure 6 : Délai de prise de contact avec les proches d'un sujet suicidé.

Les résultats étaient quasiment identiques également lorsqu'il s'agissait de l'engagement de la responsabilité médicale d'un médecin ayant pris en charge un sujet suicidé : 76,2 % des psychiatres et 75 % des médecins légistes estimaient que cette responsabilité pouvait être engagée dans certains cas précis ; et 23,8 % des psychiatres et 25 % des médecins légistes pensaient que la responsabilité médicale d'un médecin ne devait jamais être engagée en cas de suicide d'un patient. Aucun répondant n'a estimé que la responsabilité médicale devait être toujours engagée (p = 0,587).

L'indication principale de l'autopsie psychologique dans le suicide selon la population de répondants semblait être sa réalisation pour motif judiciaire (13 %), principalement dans le cadre pénal (16,3 %), avec 3 personnes (3,2 %) estimant l'intérêt de l'outil pour les suicides avec suspicion de pressions professionnelles.
La seconde indication se situait pour les sujets supposés « sains » de tout trouble psychiatrique (20,7 %), chez lesquels aucun élément ne pouvait laisser prédire un tel passage à l'acte (Annexe B Cas 3). Venaient ensuite la demande de l'entourage (14,1 %) et l'intérêt en recherche et santé publique (13 %). Deux répondants seulement (soit une très faible proportion) évoquaient l'intérêt de l'outil sur la population spécifique enfants / adolescents.
Une personne a évoqué la nécessité de l'outil chez des sujets ayant déjà verbalisé des idées suicidaires.
13 % estimaient que l'autopsie psychologique devrait avoir lieu pour tous les suicides.

Enfin, 16,3 % ne se prononçaient pas.

Tous les suicides		**12 (13 %)**
Judiciaire		**22 (24 %)**
Assurances	*1 (1,1 %)*	
Civil: responsabilité médicale	*4 (4,35 %)*	
Pénal	*15 (16,3 %)*	
Pressions professionnelles	3 (3,2 %)	
Suicides chez des sujets "sains"		**19 (20,7 %)**
Demande de l'entourage		**13 (14,1 %)**
Recherche / santé publique		**12 (13 %)**
Enfant, adolescent		**2 (2,17 %)**
Risque suicidaire connu		**1 (1,1 %)**
Sans avis		**15 (16,3 %)**

Tableau 5 : Propositions d'indications de l'autopsie psychologique dans les cas de suicide.

IV. DISCUSSION

a. Suicide, suicidologie et genèse de l'autopsie psychologique

1. Suicide

- *Définitions*

Le suicide — du latin *suicidium*, terme composé du préfixe *sui*, « soi », et du verbe *caedere*, « tuer » — est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le terme suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort. (1)

Le terme tentative de suicide est employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas.

Il convient de souligner la complexité induite par l'inclusion de l'auto-agression dans la définition de « tentative de suicide ». L'auto-agression non mortelle sans intention de suicide est donc comprise dans la définition, ce qui s'avère problématique en raison des éventuelles variations dans les interventions qui y sont relatives. Toutefois, l'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui sont associées.

En outre, il se peut que des cas de décès dus à une auto-agression sans intention de suicide, ou à des tentatives de suicide avec intention initiale de suicide mais au cours desquelles les suicidants ont changé d'avis trop tard, soient inclus dans les données relatives aux décès par suicide. La distinction entre les deux est très subtile et il est donc difficile de vérifier combien de cas sont imputables à l'auto-agression avec ou sans intention de suicide.

Le comportement suicidaire se réfère à un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide. L'inclusion des idées suicidaires dans la définition du comportement suicidaire est une question complexe qui fait actuellement débat. Cette décision d'inclure les idées

suicidaires dans la définition du comportement suicidaire a été prise à des fins de simplification étant donné que les positions des différentes sources en ce qui concerne les idées suicidaires ne sont pas uniformes. (1)

- *Epidémiologie*

Selon l'Observatoire National du Suicide (2), en France, en 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés, soit près de 24 décès par jour. Malgré une baisse de 26% du taux de suicide entre 2003 et 2014, la France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicide les plus élevés derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique.

L'indicateur du nombre de suicides est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'Inserm. Un certain nombre de suicides ne sont toutefois pas identifiés à partir de cette statistique nationale des décès : c'est le cas des personnes ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou de celles dont l'origine de la mort violente est restée indéterminée. (3)
Ainsi, cette sous-évaluation est estimée par l'Observatoire National du Suicide à 10% pour les données nationales de 2006. De plus, la hausse du nombre de certificats de décès de cause inconnue, notamment à partir de 2011, sous-tend très probablement une sous-estimation plus marquée du nombre réel de décès par suicide en France à partir de cette date. L'Inserm, à partir d'études menées par le CépiDc fait état d'une sous-estimation de 20% de la connaissance des suicides à partir de la base nationale des causes de décès. Les causes de ce biais ne sont pas strictement constantes dans le temps. Aux cas de morts violentes sans précision sur l'intentionnalité de l'acte et l'absence de retour de certains instituts médico-légaux, se sont ajoutées plus récemment la moindre remontée des données de la partie confidentielle des certificats de décès contenant les causes par les agences régionales de santé vers le CépiDc-Inserm et une refonte du système de synchronisation des données avec l'Insee, toutes deux à l'origine d'une hausse du nombre de décès de cause inconnue, susceptibles de masquer un suicide. La

méthode de l'autopsie psychologique est alors souvent évoquée en tant qu'aide à l'établissement du diagnostic de décès dans ces cas indéterminés.
(*Le circuit de remontée des certificats de décès a pour objectif de garantir la confidentialité des causes de décès. L'Insee reçoit les informations civiles de la personne décédée mais ne connaît pas les causes médicales du décès, alors que le CépiDc-Inserm reçoit les causes du décès mais pas le nom de la personne décédée).*

Considérant ces différents facteurs, et en considérant l'hypothèse d'une sous-estimation de 10%, on compterait alors après correction près de 9 773 décès par suicide en 2014.
Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes (6 661) que chez les femmes (2 224).
Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, surtout chez les hommes. En 2014, il s'élève à 7,5 décès pour 100 000 hommes âgés de 14 à 24 ans, et à 59,4 / 100 000 après 74 ans. Cependant, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes des deux sexes que chez les personnes âgées : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16,2% du total de décès, soit la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation ; à partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1% du total des décès.

Globalement, le taux de décès par suicide a tendance à diminuer dans le temps : -26% entre 2003 et 2014. Cette baisse est plus importante sur la période 2008-2014 (-18%) que sur 2003-2008 (-10%). Les taux diminuent pour toutes les classes d'âges à l'exception des 55-64 ans entre 2003 et 2008.

Le mode de suicide le plus fréquent en 2014 est la pendaison (57% des suicides), devant les armes à feu (12%), les prises de médicaments et autres substances (11%) et les sauts d'un lieu élevé (7%).
Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe.
Pour les femmes, la pendaison est à l'origine de 42% des suicides, la prise de médicaments et autres substances de 24% et les sauts d'un lieu élevé de 13%.
Pour les hommes, la pendaison (61%) et les armes à feu (16%) sont les modes les plus utilisés.

Concernant les décès de cause inconnue, leur nombre était de 10 400 en 2005, représentant alors 2% des décès sur cette même année, avec une disparité selon l'âge : 6% avant 24 ans, 8% entre 25 et 44 ans, et moins de 2% après 65 ans.

- *Historique de la recherche des facteurs de risque sur le suicide*

Face à l'importance du phénomène suicidaire, des recherches ont vu le jour dans différents pays dès le milieu du XIXe siècle, notamment avec Emile Durkheim, père fondateur de la sociologie ayant consacré une partie de son travail à l'étude du suicide (*cf.II.B. Histoire de l'étude du suicide*), dans le but d'identifier d'éventuels facteurs de risque de suicide. Ainsi, le recours aux données de mortalité pour analyser les caractéristiques épidémiologiques et sociologiques du suicide s'est largement répandu, s'expliquant par le caractère quasi-exhaustif de ces données et l'existence de séries chronologiques anciennes dans certains pays. De nombreuses enquêtes ont donc permis d'établir que la plupart des suicides survenaient dans un contexte de désordre psychique. En revanche, la plupart de ces enquêtes portaient sur des personnes ayant fait un geste suicidaire non létal.
Cependant, selon certains auteurs, les populations de suicidants non décédés et de suicidés seraient similaires d'un point de vue clinique et démographique. Bien que tentative de suicide et suicide étant le plus souvent décrits comme des phénomènes distincts, ils constitueraient l'expression d'un continuum de comportements autodestructeurs, estompant alors la distinction entre tentative de suicide grave et suicide abouti (probablement en raison de l'amélioration de l'efficacité des techniques de réanimation).

L'autopsie psychologique est dérivée d'une méthode initialement développée à Los Angeles et destinée à améliorer les investigations de routine des *medical officers* aux Etats-Unis ou des *coroners* en Grande-Bretagne devant un cas de mort suspecte (*open verdict*). Une série d'entretiens intensifs auprès des proches d'une personne décédée dans des circonstances mal définies était alors destinée à reconstituer les circonstances sociologiques et psychologiques associées au décès,

et c'est à Farberow et Schneidman (1961) que l'on attribue l'utilisation des termes d'autopsie psychologique.
Durant les années 1955 à 1965, les travaux du Centre de Prévention du Suicide de Los Angeles (LASPC), auxquels ont contribué Litman, Farberow et Schneidman, ont eu un grand retentissement et ont surtout constitué en un travail de classification des causes du décès. Ce sont finalement les travaux de Robins et coll. (1959), Dorplat et Ripley (1960) et Barraclough et coll. (1974) qui ont servi de modèles aux travaux modernes car ils étaient méthodologiquement bien définis et comportaient des entretiens standardisés des proches d'un grand nombre de cas consécutifs de suicide sur une zone géographique bien délimitée.

- *Facteurs de risque de suicide identifiés en pratique courante*

Les facteurs de risque de suicide sont classés en trois catégories :

- Facteurs de risques primaires :

Ces éléments ont une valeur d'alerte importante, car ils sont fréquemment associés au risque suicidaire. Ils sont, pour certains, accessibles à la prise en charge.

On distingue :

- Les antécédents de tentative de suicide. C'est le premier facteur de risque. Le risque est très augmenté dans l'année suivant le geste mais reste plus élevé même à distance puisque 10 % des sujets qui ont effectué une tentative de suicide décèdent par suicide dans les 10 ans.
- Les maladies psychiatriques associées (dépression, troubles anxieux, schizophrénie...). Ce facteur de risque n'est pas constant, il peut donc y avoir tentative de suicide ou même suicide abouti sans maladie psychiatrique au préalable, en tout cas sans maladie identifiée.
- L'existence d'antécédents de suicide ou de tentatives dans la famille.
- La communication claire d'une intention suicidaire ou le caractère très impulsif de la personnalité.

- Facteurs de risques secondaires :

Observés fréquemment dans la population générale, ils n'ont qu'une faible valeur prédictive s'ils ne sont pas associés aux facteurs de risque primaires. Ils sont difficilement modifiables par la prise en charge.

Parmi eux on note :

- Les pertes parentales précoces.
- L'isolement socioprofessionnel, le chômage.
- L'isolement affectif notamment si l'entourage socio-familial est défectueux. Les veufs, divorcés, célibataires sont plus exposés.
- Les évènements de vie négatifs.

- Facteurs de risques tertiaires :

Ils correspondent à des éléments épidémiologiques qui ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur inquiétante que lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs de risque :

- Le sexe (masculin)
- L'âge (avance en âge)
- Les périodes de vulnérabilité de la vie (chez la femme période prémenstruelle, …)

- *Observatoire national du suicide*

Le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 crée un Observatoire national du suicide auprès du ministre chargé de la Santé. (4) Parmi les missions qui lui sont confiées, l'Observatoire est chargé de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide mais aussi de produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

Il est composé à la fois d'experts, de professionnels de santé, de parlementaires, de représentants d'administrations centrales et de représentants d'associations de familles et d'usagers.

Les travaux de l'Observatoire s'appuient sur deux groupes de travail.

Le premier, piloté par l'Institut de veille sanitaire, porte sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide.
Le second, piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) est chargé d'améliorer les connaissances des mécanismes de suicides et des tentatives de suicide, et de promouvoir des recherches sur ce thème.

Ses missions sont les suivantes :

- coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide ;
- développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant au suicide et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention ;
- promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données ;
- évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicide ;
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

- *Politique de Santé Publique*

La volonté politique de développer des actions de prévention du suicide a été réaffirmée à de nombreuses reprises. On peut citer par exemple :

- La loi n° 806-2004 relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004. (5)

Elle inscrit un objectif de réduction de plus de 20 % du nombre de suicides à l'horizon 2008. L'article 3 de la loi prescrit par ailleurs l'établissement d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP), développant dans chaque région la thématique « santé mentale et suicide ».

- Le Plan de psychiatrie et de santé mentale (2005-2008). (6)

Il prévoit la poursuite de la stratégie nationale d'actions face au suicide et son évaluation en 2006. De plus, il fixe des actions en matière de dépistage et de

traitement de la dépression qui constitue un considérable facteur de risque de crise suicidaire.

- La deuxième version du manuel de certification (auparavant accréditation) des établissements de santé. (7)

La prévention du suicide y est identifiée comme « vigilance à construire ». Les établissements de santé sont incités à mettre en place des revues de morbi-mortalité pouvant inclure les tentatives de suicide et les suicides qui surviennent au cours de l'hospitalisation ou d'une prise en charge ambulatoire. L'évaluation de la prise en charge hospitalière des patients suicidants est le thème le plus développé actuellement avec le soutien de la Haute Autorité de Santé (HAS).

- La réunion périodique de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral mise en place par la Direction de l'administration pénitentiaire, commission au sein de laquelle la Direction générale de la santé est représentée. (8)

2. Histoire de l'étude du suicide

- *Sociologie : Durkheim*

Il apparaît impossible de parler de suicidologie sans évoquer Le Suicide (9), ouvrage issu de la réflexion de Durkheim en 1897.

Emile Durkheim apparaît pour beaucoup comme le père fondateur de la sociologie française, le premier à s'être engagé pour faire de la sociologie une discipline autonome, se distinguant des autres sciences sociales concurrentes, comme la psychologie et la philosophie.

Selon Durkheim, une société est « avant tout un ensemble d'idées, de croyances, de sentiments de toutes sortes, qui se réalisent par les individus ».

Dans son étude « Le Suicide », Durkheim cherche à prouver que le fait social (manière d'agir, de penser et de se sentir s'imposant à l'individu), qui peut sembler dépendant de notre volonté, de notre liberté d'action, dépend également de facteurs sociaux ; cherchant ainsi à travers cet ouvrage à en trouver les facteurs.
Selon lui, l'individu est influencé de manière importante par son milieu social, jusqu'à sa perception de la réalité.

« Le Suicide » propose un cadre d'analyse du phénomène suicidaire basé sur une observation méthodique et rigoureuse, non de l'acte individuel, mais du fait social que représente le suicide, au travers de ses différents déterminants, sociaux et extra-sociaux. Durkheim expose une typologie suicidaire en fonction de l'intégration de l'individu dans la société et de la régulation de la société sur la vie individuelle, ainsi que des solutions susceptibles de diminuer le taux de suicide. Ces solutions proposant par exemple l'intégration de l'individu dans des groupes professionnels, seul moyen de lutter contre la misère morale dont le suicide serait le symptôme.

La sociologie, notamment au travers des travaux de Durkheim, apparaît alors comme un instrument nécessaire mais insuffisant, étudiant le suicide au travers de la société qui l'héberge sans considérer l'acte en tant que tel.

- *Anthropologie sociale*

L'anthropologie sociale constitue également un outil indispensable à l'étude du suicide, considérant ainsi le milieu social dans lequel l'acte suicidaire a lieu. En effet, la société dans laquelle un individu évolue permet un conditionnement culturel qui lui est propre, rendant prévisibles les actes de ce même individu.
L'anthropologie sociale considère le suicide à travers les systèmes de croyances et de représentations déterminées en fonction de la culture dans laquelle ce phénomène émerge.

De cette approche, on peut évoquer l'étude du suicide au travail, souvent remarqué comme un suicide vindicatif. Ce phénomène suicidaire sort alors de la sphère privée

pour devenir un acte mobilisateur de l'environnement social, alors vu comme un acte de protestation ultime donnant un sens à la mort.

- *Représentations sociales du suicide*

L'étude des représentations sociales du suicide reprend le concept de représentations collectives de Durkheim.

Pour Durkheim, les représentations collectives sont le corps de représentations qui exprime la façon dont le groupe se pense dans ses rapports avec les objets qui l'affectent. « Une représentation n'est pas, en effet, une simple image de la réalité, une ombre inerte projetée en nous par les choses ; mais c'est une force qui soulève autour d'elle tout un tourbillon de phénomènes organiques et psychiques ».

Denise Jodelet (10) les définit ainsi : « les représentations sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui orientent et organisent les conduites et les comportements sociaux. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduite et de pensée ».
Les travaux de Jean-Claude Abric (11) complètent cette définition avec quatre fonctions principales associées à une représentation sociale : fonction identitaire, fonction de savoir, fonction d'orientation et fonction justificatrice.

Selon Durkheim, le suicide serait non seulement déterminé par des facteurs individuels, mais aussi le fait de déterminants sociaux.
Chaque fois que le lien social se délite, le nombre de suicides augmente. La prévention du suicide passe donc par le soin de l'homme, mais aussi de la société. Elle doit donc intégrer la dimension personnelle et individuelle du sujet à risque de tentative de suicide, mais aussi la dimension sociétale qui va au delà du sujet, et touche l'ensemble de la population. Cette prise en compte de la dimension sociétale semble cruciale, au regard de nos sociétés actuelles de communication exacerbée, de liberté de parole et de transparence, dans lesquelles chacun peut émettre un

avis, même non réfléchi ou informé, sur la question du suicide, pouvant avoir des conséquences désastreuses avec un effet d'imitation, de condamnation ou de banalisation.

La population générale possède des connaissances plus que limitées concernant le suicide, sa prévention, ses facteurs de risque et son étendue.

Une étude Australienne de 2013 (12) illustre ce propos, au travers d'une enquête en ligne, interrogeant la population générale sur ses connaissances sur le suicide. Cette étude, au travers de plusieurs questionnaires, a pu mettre en évidence que la stigmatisation du suicide était fortement corrélée à un défaut de connaissance du sujet.
Les résultats de notre questionnaire ont pu montrer que les médecins légistes semblent moins sensibilisés à la question du suicide (Tableau 1), le qualifiant entre autres d'irresponsable. Par ailleurs, les psychiatres semblent avoir une meilleure conscience de la nécessité de connaître les déterminants du suicide et sa prévention par rapport aux médecins légistes (Tableau 2).

Une autre étude Américaine de 2014 (13) a passé en revue les données de recherche sur l'impact des campagnes de sensibilisation des médias sur la recherche d'aide en cas de crise suicidaire au travers de la diminution de la stigmatisation du suicide. En effet, l'augmentation de la recherche d'aide et de références pour les individus à risque en réduisant la stigmatisation du suicide a été définie comme l'un des dix objectifs ambitieux de l'Alliance Nationale d'Action pour la Prévention du Suicide aux Etats-Unis en 2014. Ainsi, cette étude met l'accent à la fois sur les effets positifs et iatrogènes des interventions de prévention du suicide utilisant les campagnes médiatiques pour cibler un public plus large. La problématique principalement dénoncée concernant le traitement du suicide par les médias est que les suicides rapportés dans ces mêmes médias sont sélectifs, la relation avec la maladie mentale en général sous-mentionnée et les médias se concentrent fréquemment sur le signalement de suicides spectaculaires, en particulier les suicides avec homicides. La prise en compte du comportement potentiel des copistes et leur prévention sont essentielles dans tout discours

médiatique public sur le suicide, y compris les reportages des médias sur le suicide et les campagnes de sensibilisation sur le problème du suicide.
A l'inverse, la publication d'articles de presse sur la manière de faire face aux idées suicidaires, notamment en mettant en vedette une personne surmontant une crise suicidaire, est associée à une diminution des taux de suicide dans les régions où ces articles étaient largement distribués, suggérant alors un effet protecteur de ces derniers face au suicide. (cf. « effet Papageno »)
Cette étude Américaine illustre donc le pouvoir et la puissance des médias dans la modulation des représentations sociales du suicide et donc sa prévention.

On peut utiliser comme exemple l'effet Werther, ou suicide mimétique, phénomène mis en évidence en 1982 par le sociologue américain David Philipps, qui a étudié la hausse du nombre de suicides suivant la parution dans les médias de cas de suicide. Ce nom est inspiré par une vague de suicides chez les jeunes allemands, s'étant produite en Europe suite à l'édition du roman de Goethe en 1774, Les souffrances du jeune Werther, racontant le suicide d'un jeune homme consécutif à ses amours déçues. (14) En effet, dans les mois qui suivirent la parution de ce roman, on assista à une vague de suicide par arme à feu selon les mêmes modalités que celles utilisées par le héros, conduisant ainsi l'Eglise à demander l'interdiction du livre en Europe. Les autorités allemandes, danoises et italiennes mirent alors en place cette interdiction, jusqu'à une réédition ultérieure de l'ouvrage.
Ainsi, Philipps, à travers ses travaux, démontre une corrélation entre publication dans la presse de cas de suicide, et hausse des suicides immédiatement après ; la corrélation étant d'autant plus forte que la relation du cas a été très médiatisée. Il réalise le même constat en 1986 sur des cas relatés à la télévision au niveau national, avec toujours une corrélation entre le taux de suicide et l'intensité de la médiatisation de cas de suicide. C'est suite à ces constats qu'il baptise ce phénomène « effet Werther ». (15)
Cette observation a donné lieu à de nombreuses études, notamment une revue quantitative des études basées sur des cas hors fiction, datant de 2005, constatant que l'effet serait bien réel, notamment lorsque la personne dont le suicide est rapporté est une célébrité, ou lorsqu'il s'agit d'une femme. A l'inverse, la corrélation est moins intense lorsqu'il s'agit de suicide de personnage de fiction à faible

diffusion, ou lorsque l'approche du suicide est accompagnée de commentaires négatifs. (16)
Une autre étude épidémiologique en France a mis en évidence une hausse du nombre de suicides après la médiatisation de suicides célèbres (Kurt Cobain, Dalida Sœur Sourire…) de 1979 à 2006, soulignant que les facteurs favorisant l'apparition d'une épidémie de suicides sont « le caractère réel du modèle, son statut de célébrité, le montant de publicité accordée à l'événement et les facteurs de risque individuels de suicide préexistants dans la population exposée ». (17)

A l'inverse de l'effet Werther, a été observé ce que l'on a appelé « l'effet Papageno », expression prenant son origine chez Papageno, personnage de l'opéra La Flûte Enchantée de Mozart, qui, croyant avoir perdu son amour, fut sauvé de sa crise suicidaire par trois jeunes garçons qui l'invitèrent à envisager d'autres voies pour lui ramener son amour. (18) L'effet Papageno a été introduit suite à une étude menée par le centre de santé publique de Vienne, métaanalyse portant sur 497 articles à propos de suicide, publiés par différents médias écrits et distribués sur le territoire autrichien. Cette étude confirme l'existence de l'effet Werther précédemment décrit, mais montre également que les messages médiatiques peuvent avoir une portée préventive des comportements suicidaires lorsque :

- les médias abordent l'idéation suicidaire sans parler du passage à l'acte ;
- les médias abordent le vécu de l'idéation suicidaire en mettant l'accent sur la volonté de « continuer à vivre » ;
- les médias mettent en évidence l'importance de l'adoption de mécanismes d'adaptation positifs (coping) pour faire face à la situation. (19)

L'influence des médias est supposée telle que les centres pour le contrôle et la prévention des maladies et l'International Association for Suicide Prevention, dépendant de l'Organisation Mondiale de la Santé, ont édité des guides pratiques à l'intention des journalistes donnant des recommandations pour traiter un cas de suicide. (20)

Plusieurs études plus récentes ont mis en évidence le retard de prise en charge d'une dépression voire d'une crise suicidaire à cause de la stigmatisation et des idées reçues sur la problématique du suicide dans la population générale. (21) (22)

3. Genèse de l'autopsie psychologique

- *Edwin Shneidman : biographie et travaux*

Edwin Shneidman, psychologue clinicien, était un spécialiste des questions liées à la suicidologie et à la thanatologie, considéré par ses pairs comme le père de la suicidologie moderne, et comme la personne qui a le plus contribué à l'étude et à la prévention du suicide au cours de la deuxième moitié du XXe siècle aux Etats-Unis. Il fut l'élève du Pr Henry A. Murray.

Diplômé d'un master de psychologie à UCLA en 1940, il sert dans l'armée américaine durant la seconde Guerre Mondiale. Il valide ensuite un doctorat de psychologie clinique à l'Université de Californie du Sud. C'est durant un stage à l'hôpital des anciens combattants de Brentwood à Los Angeles à la fin des années 1940 que se manifeste son intérêt au problème du suicide. En effet, alors qu'il y travaille comme psychologue, il découvre par hasard des centaines de notes de suicide, qu'il compare « en aveugle » avec des notes de suicides rédigées par des personnes non suicidaires.

Edwin Shneidman, en collaboration avec Norman Farberow et Robert Litman, fonde en 1958 le centre de prévention du suicide de Los Angeles. Ils sont alors considérés comme les pionniers des recherches sur le suicide. Le centre bénéficiait d'un financement par le National Institutes of Health (NIH), et était dirigé par Robert Litman.

En 1966, Edwin Shneidman est nommé responsable d'un projet du NIH établissant des centres de prévention du suicide, avec la création de 100 centres dans 40 Etats en 3 ans.

Il fonde en 1968 l'Association Américaine de Suicidologie ainsi qu'une revue bi-mensuelle « Suicide and Life Treatening Behaviour ».

En 1970, il fut le premier professeur de thanatologie à UCLA, où il exercera jusqu'en 1988.

En 2004, il écrit le livre « Autopsy of a suicidal mind » (23), dans lequel il guide le lecteur à travers l'autopsie psychologique d'un jeune homme, nommé Arthur, qui s'est suicidé. Le lecteur reçoit la note de suicide qu'Arthur laissa, ainsi que des transcriptions d'entretiens avec les parents, les frères et sœurs, le meilleur ami, l'ex-femme, la petite amie, le thérapeute et le psychiatre d'Arthur.

L'analyse est faite par Edwin Shneidman, accompagné de huit autres suicidologistes éminents en psychiatrie, psychologie et sociologie, intervenant comme consultants, fournissant ainsi des conseils clairvoyants au lecteur. Le lecteur apprend les nombreuses façons dont les données d'autopsie psychologique donnent un aperçu du réseau complexe de forces génétiques, psychologiques, neurophysiologiques et existentielles qui interagissent pour créer une personne qui souhaite mourir malgré le soutien évident de nombreuses personnes qui l'aiment.
Shneidman et ses consultants montrent une sensibilité prononcée envers Arthur et les survivants peinés, qui l'ont aimé et soigné, alors qu'ils critiquent ce qui a été fait et ce qui peut ou non avoir eu lieu.
Ils apportent des réponses et soulèvent avec la même importance des questions afin d'engager une exploration scientifique plus poussée. En effet, tous les suicides sont tragiques, même quand on se sent aussi mal qu'Arthur. Ce dernier commence sa note de suicide par « je ne fais que souffrir (…) chaque moment n'est que douleur ou engourdissement ». Ainsi, la mort auto-infligée procure un répit à la douleur que, heureusement, peu d'entre nous sauront ou auront la capacité de ressentir si profondément. Le suicide, cependant, prive aussi pour toujours ceux qui survivent de la créativité et du talent unique qui, ironiquement, semblent associés à une telle douleur. Cela soulève également la question de savoir si la mort était inévitable et ce qui a pu être fait ou non pour l'empêcher.

De cet ouvrage, se dégagent les grandes idées de la théorie d'Edwin Schneidman, dont la majorité de la carrière s'est attachée à comprendre le suicide et à mettre en œuvre des stratégies pour le prévenir.

- *Théorie*

Selon Edwin Shneidman, le suicide est essentiellement un phénomène psychologique. (24) Bien que ce dernier soit d'origine plurifactorielle, c'est l'état d'esprit de l'individu suicidaire qui nous rapproche le plus de la compréhension de ce phénomène. En effet, presque tous les suicides sont causés par une seule et même chose : une souffrance psychologique insupportable. Ainsi, devant une telle

souffrance, la recherche active de la mort devient la seule façon d'interrompre le flux incessant d'une expérience consciente trop douloureuse.

Shneidman identifie quatre éléments dans l'équation du suicide, à partir desquels il propose un modèle cubique ou tridimensionnel, constituant une synthèse théorique de sa conception du phénomène suicidaire :

- le « psymal » (traduction littérale de « psychache »),
- la pression négative,
- la perturbation psychologique,
- l'idée du suicide.

Cette vision de l'état d'esprit de l'individu suicidaire s'est développée à partir d'études de cas, de tests projectifs, de notes de suicidés et d'autopsies psychologiques. Selon ce modèle cubique, le suicide se produit, selon Shneidman, lorsque le psymal, la pression négative, et la perturbation psychologique sont à leur maximum ainsi que lorsque le suicide devient une option disponible pour résoudre les problèmes de l'individu.

- Psymal

Le psymal est le terme utilisé pour désigner la souffrance psychologique insupportable présente dans presque tous les cas de suicide. Ce concept est la pierre angulaire de la théorie de Shneidman.

Il définit le psymal comme étant « la douleur, l'angoisse, le regret, la souffrance, la misère, qui torturent l'esprit. Il peut s'agir de la souffrance intensément ressentie de la honte, de la culpabilité, de l'humiliation, de la solitude, de la perte, de la tristesse, de la terreur de vieillir ou de mal mourir. » Autrement dit, c'est l'expérience introspective d'affects déplaisants. Schneidman parle également de métadouleur, une douleur métapsychologique, une douleur sur une douleur, un mal d'avoir mal. Cette souffrance naîtrait de la prise de conscience de sa propre perturbation interne et de la perception selon laquelle cette souffrance est insoutenable, intolérable et inacceptable. Les termes « insoutenable et intolérable » font référence à l'évaluation, par un individu, de son propre niveau de souffrance et de sa capacité à supporter cette souffrance, attribuant donc une importance capitale à la notion de seuil de tolérance propre à chaque individu. Le terme « inacceptable » se rapporte à la détermination individuelle à ne pas vouloir endurer la souffrance.

Les individus suicidaires auraient le sentiment d'une douleur unique, spéciale, différente voir plus importante que les autres, ce qui la rendrait plus difficile à supporter.

- Pression négative

La pression négative désigne les événements réels ou imaginés qui influencent l'individu dans sa vie. Il s'agit de l'effet que produit un stresseur interne ou externe sur l'individu et la façon dont ce dernier incorpore et interprète l'événement auquel il fait face. Cette notion a été empruntée à la terminologie de Murray.

Pour Shneidman, la souffrance psychologique qui engendre le suicide est intrinsèquement reliée à la frustration de besoins psychologiques. Chaque individu cherche à satisfaire toute une gamme de besoins psychologiques et physiques pour se maintenir en vie et apaiser son organisme.

La pression peut se situer sur un continuum allant de positif à négatif, la pression négative pouvant prendre la forme d'un événement ou un traumatisme frustrant les besoins psychologiques.

La souffrance psychologique est donc amorcée, maintenue et alimentée par la frustration, la contrariété et la non-satisfaction de ces besoins, qui doivent être perçus comme étant vitaux aux yeux de l'individu pour pouvoir entraîner un suicide.

Chaque individu poursuit deux types de besoins :

- les besoins ordinaires ou modaux, qui régissent le quotidien,
- et les besoins jugés plus importants ou vitaux, pour lesquels l'individu serait prêt à mourir dans un moment de détresse intense et de contrariété.

Ainsi, au moment d'une crise suicidaire, lorsque la souffrance et la perturbation sont à leur maximum, l'attention de l'individu demeure fixée sur certains besoins vitaux qui sont alors évalués, à ce moment, comme étant essentiels et indispensables pour continuer à vivre. Ces mêmes besoins prennent une ampleur disproportionnée dans la vie de l'individu, s'accompagnant d'une douleur, d'une perception d'échec, d'emprisonnement et d'urgence que seul le suicide semble alors pouvoir apaiser.

La souffrance psychologique conduisant au suicide découle d'événements produisant une pression négative dans le présent, mais provient aussi de l'histoire passée des besoins psychologiques insatisfaits de l'individu, déterminant ainsi une vulnérabilité propre en fonction de son histoire personnelle antérieure.

Selon Shneidman, le suicide est un phénomène interpersonnel impliquant au moins deux personnes.

Leenars rapportait, que le suicide était porteur d'une lourde « souffrance interpersonnelle » qui émane, la plupart du temps, d'un passé relationnel difficile relié à l'attachement.

Enfin, Shneidman se sert de la classification des besoins psychologiques de Murray (vingtaine de besoins psychologiques qui sous-tendent les comportements humains), parmi lesquels il en identifie huit souvent impliqués dans le suicide :

Les besoins

- d'affiliation,
- de contre-attaque,
- de défense,
- d'intégrité,
- d'évitement de la honte,
- de réconfort,
- d'ordre,
- de compréhension.

- Perturbation psychologique marquée

La perturbation psychologique marquée se rapporte au fait d'être agité, tendu ou troublé.

Shneidman indique que ce concept peut contenir tous les aspects de la nomenclature psychiatrique des DSMs, employant le terme de « perturbation » car présent dans le dictionnaire conventionnel et donc accessible à tous. Il inclut deux sous composantes à la perturbation : la constriction perceptuelle et le penchant pour l'action précipitée.

La constriction se définit comme la réduction de la qualité de la perception de l'individu autant sur le plan cognitif qu'affectif. Lorsque la perturbation et la souffrance sont trop élevées, l'individu adopte ce mode de raisonnement inhabituel, n'étant plus en mesure d'aborder son problème et de générer de nouvelles solutions à celui-ci, il ne peut ainsi plus produire d'insight. Il adopte alors un mode de pensée dichotomique ou en « tout ou rien », une forme de « vision en tunnel » de l'attention, se retrouvant exclusivement centré sur sa souffrance et son problème, rendant alors

le passé inexistant, et le futur impossible. Les options diminuent jusqu'à n'avoir plus que la mort pour solutionner son problème et mettre fin à ses souffrances.
Pour Shneidman, le suicide est le résultat d'une erreur de logique dans un moment où l'individu est envahi par un trop plein d'émotions.
Concernant la tendance à agir de manière précipitée, Shneidman l'associe en particulier à la notion d'impulsivité. Cette dernière reflétant une tendance à vouloir en finir rapidement avec les choses, une intolérance à la frustration, à l'ambiguïté ou à la souffrance psychologique. Cette tendance sous-entend l'idée que l'individu suicidaire adopte une tendance hostile à son propre égard, agissant à l'encontre de ses propres intérêts. Pour Shneidman, ces tendances auto-destructrices seraient partie intégrante du style de vie de l'individu suicidaire et auraient tendance à se répéter dans le temps.

- Idée du suicide comme une solution

L'idée du suicide comme une solution doit nécessairement figurer dans le répertoire des comportements d'un individu pour que le suicide soit possible.
Afin d'apparaître dans la conscience de l'individu et que la mort puisse être préférable à la vie, il faut préalablement que l'idée du suicide soit propagée dans la société ; ensuite, l'option du suicide surgit comme une stratégie de « coping », comme une « réponse à un problème », un moyen de composer avec une souffrance psychologique extrême.
Pour Shneidman, l'acte suicidaire communique une intention aux autres. Dans la majorité des cas, l'individu suicidaire n'est pas certain à cent pour cent de vouloir s'enlever la vie, il cherche plutôt à arrêter de souffrir, et reste ambivalent jusqu'à la toute dernière seconde, envoyant des signaux verbaux et comportementaux à son entourage pour lui communiquer son intention. Cet état d'esprit milite selon lui en faveur de la psychothérapie.

- *La psychothérapie comme outil thérapeutique*

Pour Shneidman, le but du thérapeute doit être de ramener vers le bas l'une des trois composantes de son modèle cubique (psymal, pression et perturbation), ce qui aura un effet direct sur les deux autres, ces trois composantes étant inter-reliées. La

variable la plus centrale au suicide étant le psymal, l'essentiel de la psychothérapie reposera sur l'apaisement de la souffrance psychologique du patient, Shneidman appelant son approche la « thérapie calmante ». Le psymal étant alimenté par la frustration de certains besoins psychologiques, la thérapie devra correspondre aux besoins saillants à l'origine de l'acte suicidaire. Le travail du thérapeute consistera ainsi à identifier initialement quels besoins vitaux ont été frustrés ou non satisfaits chez l'individu.

La psychothérapie préconisée par Shneidman peut se résumer en plusieurs stratégies d'interventions :

- établissement d'un transfert positif,
- implication d'une personne significative,
- retrait des « œillères perceptuelles »,
- désamorçage de la situation,
- redéfinition des limites du supportable,
- acceptation de la souffrance,
- dévoilement de la fonction de l'idée suicidaire,
- prise de conscience des tendances auto-destructrices.

- Etablissement d'un transfert positif

Etablir un transfert positif, par conséquent une bonne relation thérapeutique, permet littéralement de sauver des vies humaines. Dans cette situation, l'individu doit être accueilli de manière inconditionnelle, le thérapeute abordant son sentiment de souffrance directement. Dans le cas d'une crise suicidaire, le but est avant tout de garder la personne en vie, obligeant la relation à s'adapter en fonction des besoins psychologiques qui ont été frustrés. Le transfert et le contre-transfert deviennent des agents « calmants », apaisants et doivent être adaptés aux besoins de l'individu suicidaire. Le thérapeute doit, par son attitude, transmettre de l'espoir à son patient.

- Implication d'une personne significative

Impliquer une personne significative dans le traitement crée de l'activité et du soutien autour de l'individu suicidaire. Les actions dans l'environnement social impliquant la personne suicidaire doivent également se faire en fonction des besoins

que laisse entendre le patient. On peut envisager d'associer à l'intervention une combinaison de consultants et de ressources communautaires, toujours en considération des besoins et désirs de l'individu.

- Retrait des « œillères perceptuelles »

Enlever les « œillères perceptuelles » consiste à aider l'individu suicidaire à trouver des solutions réalistes de remplacement afin d'enrayer cet état de constriction de la perception dans lequel le suicide semble être la seule solution pour le patient.
La technique privilégiée par Shneidman est de dresser avec le patient une liste des différentes possibilités ou solutions pour remédier au problème qui engendre la souffrance psychologique. Il faut ensuite ordonner ces solutions en fonction de leur viabilité ; le but étant d'amener à avoir deux ou trois options réalistes autres que le suicide comme solution première. L'idée du suicide peut être intégrée à la liste et doit être traitée avec une attitude de non-jugement de la part du thérapeute. L'élaboration de cette liste associée à l'expression de la compassion de la part du thérapeute aura un effet apaisant sur la personne.
Cette technique agira alors sur le désespoir de l'individu, le thérapeute montrant à son patient qu'il peut être aidé, que sa souffrance est traitable et qu'il existe d'autres options que le suicide.

- Désamorçage de la situation

Désamorcer la situation consiste en premier lieu à cibler l'événement créant une pression négative chez l'individu, occupant chez lui une importance disproportionnée. Le thérapeute s'attache alors à modifier ou relativiser la perception que l'individu se fait des circonstances pour ainsi désamorcer et adoucir la situation.

- Redéfinition des limites du supportable

Redéfinir les limites du supportable se base sur le seuil de tolérance de l'individu, définissant une souffrance intolérable. La tâche du thérapeute est alors de redéfinir les limites du supportable. En effet, l'individu a tendance à sous-estimer ses ressources personnelles pour faire face à sa souffrance et à son problème. Le thérapeute doit donc proposer des alternatives, permettre de relativiser, aider le patient à avoir une perception plus juste de la réalité et miser sur ses ressources personnelles. Selon Schneidman, les besoins doivent être réévalués et priorisés, à

tel point que les besoins « si cruciaux » pour l'individu doivent progressivement occuper une moins grande place dans sa vie.

- Acceptation de la souffrance

Favoriser l'acceptation de la souffrance, perçue comme inacceptable par l'individu suicidaire, passe par une normalisation de l'expérience du patient, en lui mentionnant que sa souffrance est légitime par rapport à la situation, et en discutant plutôt du moyen qu'il choisit pour agir sur cette souffrance. Le thérapeute doit changer la relation de l'individu à sa souffrance, la faire voir comme une partie intégrante et inévitable de la condition humaine.

- Dévoilement de la fonction de l'idée suicidaire

Dévoiler la fonction de l'idée suicidaire est le fait d'amener le patient à percevoir le suicide comme une stratégie d'adaptation et de révéler la fonction du geste. En effet, le suicide en tant que fuite est, pour Schneidman, un élément que le thérapeute se doit de garder constamment à l'esprit au cours de l'intervention. La signification du geste suicidaire n'apparaît pas toujours clairement aux yeux de l'individu, il est donc bénéfique de lui montrer que le suicide comme moyen d'éviter la souffrance est un comportement qui revient sans cesse dans diverses situations de son histoire personnelle.

- Prise de conscience des tendances autodestructrices

Prendre conscience des tendances autodestructrices consiste à amener le sujet suicidaire à développer de l'insight par rapport à ses tendances à agir contre ses propres intérêts, le plus extrême des comportements autodestructeurs étant le suicide. Le but de la thérapie est de bien évaluer ces comportements et de rendre ces tendances plus acceptables, moins extrêmes.

On peut donc remarquer que la conception de Shneidman, bien que s'inspirant d'une approche psycho-dynamique, n'adhère pas à une approche psychothérapeutique précise. Il adopte une attitude fondamentalement humaniste s'apparentant à celle de Rogers. Se basant sur son expérience personnelle, Shneidman mentionne que son approche psychothérapeutique basée sur l'apaisement du psymal est efficace pour intervenir auprès d'individus hautement

suicidaires. Il juge impératif de sortir de la psychothérapie classique, sortir de la neutralité et agir. Il importe d'aider la personne suicidaire à reconceptualiser ses positions et ses possibilités en s'efforçant de gagner du temps car la crise suicidaire est momentanée.

- *Développement de l'autopsie psychologique dans les pays anglo-saxons : coroners, officers*

Dès le milieu du XIXe siècle, des méthodes ont été recherchées dans différents pays afin d'identifier les éventuels facteurs de risque et événements déclenchants du suicide. Il s'agissait alors de dépasser le simple recours aux données de mortalité, non informatives concernant ces facteurs, et de formuler les principes d'une méthode issue de celles auxquelles faisaient appel les *medical officers* aux Etats-Unis, puis les *coroners* en Grande-Bretagne ou dans les pays nordiques, devant un cas de mort suspecte (*open verdict*), méthode devant être adaptée au contexte du suicide.

La méthode a été développée en premier lieu aux Etats-Unis, puis dans quelques pays principalement nordiques. A l'origine, une série d'entretiens intensifs auprès des proches d'une personne décédée dans des circonstances mal définies a été conduite en vue de reconstituer les circonstances sociologiques et psychologiques associées au décès. C'est à Farberow et Shneidman que l'on attribue l'utilisation, en 1961, des termes d' « autopsie psychologique ».
L'intérêt de ce procédé de recherche a été souligné en France par le Professeur Védrinne, psychiatre à l'Institut médicolégal de Lyon, en 1989.

Au Royaume-Uni, le *coroner* (officier civil chargé d'instruire l'affaire en cas de mort violente ou de suicide) joue un rôle central dans l'articulation de la recherche des causes du suicide et dirige les investigations, demandant la réalisation d'une autopsie psychologique. (3)

Au Canada, le panel d'experts intervenants dans un processus d'autopsie psychologique est composé de trois personnes :

- un médecin généraliste ou spécialiste, familier avec le traitement des troubles, les guides de bonne pratique dans le traitement des troubles mentaux et avec les enjeux de santé publique et l'organisation des services de 1ère et 2ème ligne ;
- un professionnel familier avec l'intervention de crise et à l'aise avec différentes modalités d'interventions et de traitements des troubles mentaux, familier également avec le dispositif de soutien communautaire ;
- un représentant de la société, membre de l'Association canadienne de la santé mentale et formateur agréé « Living works » en intervention de crise auprès des personnes suicidaires.

Sur la base de l'ensemble de l'évaluation effectuée, le groupe d'experts est convié à coter sur une échelle de 1 à 5 dans quelle mesure il était possible de prévenir le suicide (selon M. Séguin) :

- suicide totalement imprévisible ;
- suicide pour lequel il n'existait aucun moyen raisonnable connu pour contrer les facteurs de risque ;
- suicide qui aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises ;
- suicide potentiellement évitable si des mesures avaient été prises compte tenu du risque ;
- le suicide aurait facilement été prévenu.

Ces données peuvent ensuite être exploitées à visée de recherche par des analyses transversales afin d'établir des actions qui pourraient être proposées au niveau individuel et local.

b. Aspects pratiques de l'autopsie médico-légale

La France dispose d'un double circuit d'informations concernant les morts violentes, dont le suicide : un circuit médical et un circuit judiciaire. Mais avant que ces deux instances ne soient saisies du décès d'une personne, celui-ci est nécessairement constaté par un médecin, sans que ce dernier n'ait de statut particulier (hospitalier, urgentiste, médecin traitant).

1. Circuit médical

Après avoir examiné le corps du défunt, le praticien doit à la fois faire le diagnostic positif de l'état de mort, mais aussi le diagnostic étiologique concernant la cause probable du décès pour pouvoir établir le certificat de décès.

Le certificat de décès est une pièce administrative avec une double destination :

- la partie nominale pour l'état civil permet d'inscrire dans le registre ad hoc le décès de la personne avec mention du jour et de l'heure (estimées) ;
- la partie anonyme pour le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm renseigne à la fois sur les causes immédiates de la mort, sur les pathologies associées, sur les circonstances de survenue du décès, et sur certaines données personnelles. Cette deuxième partie du document servira à connaître la mortalité et la morbidité des Français, avec une utilité essentielle pour la politique de santé publique.

Cette procédure, relativement simple et précise en apparence, suppose cependant que le médecin soit toujours en état de définir la cause de la mort. Si cela n'est pas le cas, pour divers motifs, il doit considérer que la mort est d'origine indéterminée. Il doit alors indiquer sur la partie nominale du certificat de décès qu'il y a un obstacle médicolégal à l'inhumation, entraînant de facto l'information du Procureur de la République, qui diligente alors une enquête médico-judiciaire aux fins de connaître les causes de la mort.

Parmi les situations d'obstacle médicolégal, on retrouve par exemple les personnes décédées à domicile sans indices explicatifs particuliers et dont aucune pathologie ne permet d'envisager une complication létale. Dans cette situation seule l'enquête médicolégale permettra de confirmer ou infirmer l'hypothèse d'un suicide (par intoxication par exemple) qui doit obligatoirement être évoquée.
On retrouve également toutes les morts violentes, qui de définissent comme « toute mort provoquée par l'intervention d'un agent extérieur à l'organisme, que cet agent soit physique ou chimique ».

2. Circuit judiciaire

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

- criminelle, imposant la recherche de l'auteur et sa poursuite ;
- accidentelle, mettant en cause l'éventuelle responsabilité d'un tiers ;
- suicidaire, entraînant alors, selon la formule consacrée, « l'extinction des poursuites pénales ».

Ainsi, informé d'une mort violente, vraisemblablement liée à un geste suicidaire, le Parquet peut décider d'étendre les poursuites, mais aussi de stopper l'enquête, avec pour conséquence l'absence d'examen du corps par un médecin légiste et de toute investigation médicale toxicologique.

Cette pratique repose non seulement sur le Code de procédure pénale, mais plus encore sur l'idée qu'il s'agit de la pratique la moins coûteuse. Tout d'abord financièrement, constituant dans ce cas une pression forte dans une période d'encadrement strict des dépenses de justice, car il n'y aura pas à engager des frais de justice pour payer les différents experts concourant à l'autopsie médicolégale. Puis humainement, car nombreux sont les magistrats ayant la conviction que la réalisation d'une autopsie constitue toujours une épreuve pour les proches, préférant ainsi l'éviter autant que faire se peut. Cette idée que l'autopsie constitue un traumatisme s'ajoutant à celui de la mort est très répandue, les familles devraient alors être « épargnées » de l'effraction médicale du corps de leur défunt, en dehors des cas où la recherche de la responsabilité s'impose.

La plupart des familles de suicidés éprouvent le besoin de mieux comprendre et de connaître les circonstances de la mort de leur proche pour les aider dans le processus de deuil. Seul un examen médical approfondi permettrait de donner des explications face à un questionnement envahissant alors souvent la vie émotionnelle et affective de ceux qui restent. C'est pourquoi la réalisation d'une autopsie pourra finalement s'avérer très utile à la réalisation du travail de deuil.

3. Rôle du CépiDC dans le suicide

Les informations évoquées dans la partie « épidémiologie du suicide » plus haut sur les biais potentiels qui affectent les données de la statistique nationale sur le suicide doivent être prises en compte préalablement à l'élaboration de protocoles visant la mise en place de procédures d'autopsie psychologique fondées sur ces données. Elles devront être également prises en compte lors de l'élaboration des recommandations issues de la présente expertise.
Ainsi, l'Inserm préconise qu'un meilleur retour d'informations de la part de certains Instituts médico-légaux constituerait une avancée importante rendant plus efficace le type d'investigations envisagées.

Depuis l'année 2007, le CépiDc, avec l'appui de la Direction générale de la santé, met en place un système de certification électronique des causes médicales de décès, avec pour objectif d'améliorer la qualité des informations et la réduction des délais de connaissance du décès, dont le suicide pourrait bénéficier.
A cet égard, l'Inserm recommande qu'après enquête médicolégale, un certificat de décès indiquant les causes du décès soit rempli et systématiquement transmis au CépiDc de l'Inserm.

4. Protocole médico-judiciaire proposé dans le cas de décès par suicide

Des programmes de recherche mis en œuvre, entre autres, par la Police et la Gendarmerie Nationale, ont permis de préciser les causes directes et indirectes d'accidents de la voie publique, débouchant sur des politiques préventives aux effets indiscutables. En effet, la mort violente par accident de la route intéresse à la fois la justice, la police et les médecins.
Le cas de la mort violente par suicide ne suscite pas tant d'attention, alors qu'il paraît nécessaire que l'intérêt porté au suicide soit aussi important que pour les accidents de la route.

Cela supposerait alors trois obligations envers les médecins, les magistrats et les enquêteurs.
Tout d'abord, tous les médecins amenés à constater un décès par suicide ou l'évoquant comme cause du décès se doivent de mentionner un « obstacle médicolégal à l'inhumation » au moment de la rédaction du certificat de décès, quelles que soient les pressions qu'il pourrait subir. Cela suppose une bonne connaissance et information sur l'utilisation du certificat de décès, dont le recours est assez peu fréquent dans certaines spécialités médicales.
Ensuite, tout procureur informé d'un suicide ou d'une suspicion de suicide doit confier le corps à un service de médecine légale, requérant la réalisation d'un examen approfondi, une autopsie le plus souvent, accompagné de recherches toxicologiques appropriées.
Enfin, les enquêteurs doivent mettre en œuvre des fiches regroupant les données personnelles et sociales du défunt, la cause médicale du décès déterminée par le médecin légiste, l'état de santé et le statut toxique du défunt. Ce point permettrait de préciser les rôles facilitateurs versus protecteurs de différentes chimiothérapies dans la survenue du passage à l'acte mortel, tout particulièrement dans le cas des suicides « impulsifs », et ainsi savoir s'ils auraient pu être facilités par la prise de certaines substances psychoactives et/ou médicaments.

Le groupe de travail de l'Inserm recommande qu'une conférence commune associant le ministère de la Santé, le ministère et les organismes de la Recherche, le ministère de la Justice, le ministère de l'Intérieur, la Police et la Gendarmerie soit organisée afin de définir un plan national de prise en compte médico-judiciaire des morts par suicide. Les recherches qui en découleraient incluraient en particulier la réalisation d'autopsies psychologiques.
Ces recherches permettraient une meilleure connaissance de la réalité du suicide et une meilleure information des familles.
Il paraît important de rappeler aux familles qu'elles peuvent avoir accès aux dossiers médicolégaux et rencontrer un médecin légiste pouvant leur communiquer toutes les explications utiles, et leur proposer de participer à une autopsie psychologique en leur précisant l'intérêt et la méthodologie.

Le médecin légiste se doit de remplir, après l'examen médicolégal et les recherches complémentaires, la partie du certificat de décès destinée au CépiDc de façon à améliorer la connaissance statistique et épidémiologique des morts par suicide. (25)
Par ailleurs, les médecins légistes ayant répondu à l'enquête estiment qu'ils ne peuvent pas participer à l'apport d'éléments de réponse pour comprendre le geste suicidaire (Tableau 3).

S'il est culturellement pensé que l'autopsie médicolégale « fait parler les morts », on peut alors avoir l'idée que l'autopsie psychologique « fait parler ceux qui restent ». En effet, au travers de l'histoire restituée par les proches du défunt, on peut alors mieux comprendre et identifier les déterminants ayant conduit au passage à l'acte, faisant ainsi finalement parler le mort à travers les voix de ceux qui restent.

c. Méthode et utilisation pratique de l'autopsie psychologique = objectifs de l'INSERM

1. Définition de l'autopsie psychologique

- *Définition*

L'autopsie psychologique est un outil clinique et un outil de recherche susceptible d'éclaircir les circonstances d'un décès dans les cas de suicide, d'homicide ou de mort suspecte. Elle se focalise sur les aspects psychologiques de la survenue du décès. Son objectif est de comprendre tant les circonstances que l'état d'esprit de la victime au moment de son acte.
Ce type de méthodologie comprend une reconstruction du style de vie, des comportements, et des événements vécus par l'individu. Ainsi l'autopsie psychologique est une analyse rétrospective. Elle comprend des dimensions spéculatives et probabilistes. Néanmoins, cette méthode est la meilleure pour faire le lien entre la survenue d'événements et l'acte suicidaire, et comprendre les comportements qui précèdent le passage à l'acte.
Cette technique s'appuie sur le recueil d'informations dans l'entourage du défunt et nécessite l'utilisation de plusieurs échelles qui permettant de canaliser la subjectivité

des témoignages, comme elles renforcent l'exactitude et la fiabilité des données collectées. (26)

- *Objectifs*

L'objectif principal est de tenter de comprendre ce qui, dans un passé plus ou moins récent, a pu conduire au geste suicidaire, sans prétendre expliquer la décision unique d'un sujet face à un phénomène aussi complexe.
Le but recherché par l'autopsie psychologique est ainsi de récolter le maximum d'informations relatives aux circonstances du décès et de mettre à jour les raisons du suicide pour finalement contribuer à révéler des facteurs de risque.
Dans certains pays, l'autopsie psychologique peut aussi se révéler une aide pour les compagnies d'assurances et leurs avocats, dans le cadre de litiges concernant des contrats d'assurance-vie.

L'Inserm a établi en 2005 (26) une liste des principaux objectifs primaires de l'autopsie psychologique :

- identifier et expliquer les raisons du suicide,
- évaluer les facteurs de risque suicidaire que présentait la personne décédée,
- comprendre pourquoi une personne a choisi de se suicider,
- accumuler des données pour mieux comprendre le comportement suicidaire,
- disposer d'un outil de recherche pour aider à la compréhension et à la prévention du suicide,
- disposer d'un outil thérapeutique permettant d'aider les survivants d'un suicide.

La diversité des sources d'information fait la précision d'une autopsie psychologique. Elle comprend tant les données d'une éventuelle enquête judiciaire (constatations médico-légales notamment), que les données médicales obtenues auprès du médecin traitant ou de praticiens hospitaliers. La source principale d'information proviendra bien évidemment de l'entretien avec les proches de la personne suicidée.

2. Méthode de l'autopsie psychologique

Il n'existe à ce jour pas de protocole standardisé pour mener à bien une autopsie psychologique. Cependant, l'Inserm souligne, au travers de deux analyses de 2005 (26) et 2008 (3), l'existence d'éléments essentiels que doit prendre en compte, définir précisément et appliquer le protocole d'autopsie psychologique.

- *Recueil des données papier*

Avant de procéder aux entretiens, il est indispensable de recueillir toutes les données papiers concernant le défunt, et provenant de diverses sources possibles : rapports de police, rapports médicolégaux ou de levée de corps, certificats de décès, dossiers médicaux (médecins traitants, hospitaliers…), rapports des services sociaux, éléments de vie privée (divorce, succession, surendettement…).

- *Enquêteurs*

Les interviewers doivent avoir une connaissance minimale sur :

- les critères diagnostiques du DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) ;
- la conduite de l'entretien lors d'une entrevue diagnostique ;
- l'intervention auprès de personnes endeuillées et en crise suicidaire.

L'Inserm recommande ainsi l'intervention de formateurs français à l'intervention de crise suicidaire, essentiellement psychiatres et psychologues.

- *Questionnaires*

▪ Evaluation de la psychopathologie

La présence d'une psychopathologie individuelle est systématiquement recherchée. Les diagnostics sont établis à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-IV

(SCID) (27), instrument clinique standardisé permettant d'établir les diagnostics actuels et antérieurs, ainsi que la chronologie des troubles.

Les entrevues diagnostiques se réalisent auprès des proches de la personne décédée. Dans le cadre de ces entrevues, les interviewers réalisent une passation de la SCID aux informants, en vue de déterminer si la personne décédée présentait ou non un trouble psychiatrique. Ces entrevues permettent également de documenter l'apparition des difficultés liées aux troubles mentaux et de tenter de les dater.

Les données recueillies permettent alors d'établir un diagnostic récent (6 mois) ainsi que les antécédents complets quant aux troubles psychiatriques de la personne décédée.

L'outil en question a déjà fait l'objet d'une validation dans le cadre d'études sur le suicide. (28) (29)

La fidélité inter-juges pour cette méthode, dans le contexte de l'autopsie psychologique, a été démontrée comme élevée. (30)

- Description des trajectoires de vie

La reconstruction de la trajectoire de vie (31), inspirée du *Life History Calendar* (32) et du *ALPHI- Adult Life Phase Interview* (33), prend la forme d'une entrevue semi-standardisée avec un ou plusieurs proches connaissant bien la personne décédée. Les proches décrivent le parcours de vie de la personne décédée afin de documenter les moments d'apparition des difficultés et de mettre en lumière des facteurs de risque et de protection rencontrés.

A l'aide d'un calendrier sur lequel on peut retracer les grandes étapes de vie, dont la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, la période de jeune adulte, la vie adulte et à travers une entrevue basée sur un mode de la conversation, les interviewers documentent par des anecdotes ces grandes étapes de la vie de la personne décédée.

Cette approche, qui utilise un calendrier de vie, retrace en regard de douze sphères de développement les différents événements qui ont jalonné la vie des individus : 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'adversités, facteurs de protection, recherche de service et prise de médicaments. Les intervenants tentent

de déterminer si ces événements ont pu se produire de manière situationnelle ou permanente dans la vie de la personne décédée ; la durée, l'intensité et la fréquence sont précisées.
Cette analyse repose sur le rappel des événements tels que décrits par les proches, en combinaison avec des documents écrits, par exemple des documents personnels (agendas), les rapports médicaux, les dossiers psychosociaux… Suite à ce recueil de données, chaque trajectoire de vie est analysée individuellement.
En panel d'experts, les chercheurs accordent une cote représentant le risque relatif de suicide, pour chaque période de cinq années de la vie. Cette cote de risque (de 1 à 6) permet d'identifier le degré de risque dans le développement de l'individu.

- *Choix des informants, prise de contact*

Les sources d'information varient selon les pays. Au Royaume-Uni, le *coroner* (officier civil chargé d'instruire l'affaire en cas de mort violente ou de suicide) joue un rôle central.
En France, la séparation entre médecine et justice étant bien plus nette, le médecin traitant apparaît comme une personne clé dans une telle recherche ; tant par sa connaissance médicale du suicidé et de son contexte de vie, que par sa proximité potentielle avec l'entourage. Il est un atout évident à inclure dans le processus de l'autopsie psychologique. Il est en général soucieux de transmettre les données relatives à son patient suicidé, et, au-delà de constituer un informant de grande qualité, il peut permettre un relais avec l'entourage de la personne suicidée, et assurer la validité des informations recueillies par l'enquêteur.
Les proches sont d'excellents vecteurs d'information concernant la personne suicidée. Certains auteurs suggèrent même que les chercheurs devraient rencontrer plusieurs proches pour affiner et compléter les informations recueillies, dans le but d'augmenter l'exactitude et la fiabilité des données.
Dans le cas d'un suicide chez un sujet jeune, la rencontre d'un pair permet souvent d'obtenir des informations plus spécifiques, parfois inconnues de la famille ou du médecin traitant.

Concernant la prise de contact avec les proches, l'approche la plus fréquemment utilisée, rencontrant l'adhésion des comités d'éthique, consiste en l'envoi d'une lettre, suivi d'un contact téléphonique. Par ailleurs, les professionnels doivent avoir le souci de protéger les parents et proches du suicidé et de s'assurer qu'aucune pression ne sera exercée pour les obliger à participer à une autopsie psychologique. Dans le cadre d'une recherche, cette dernière devra être soumise à l'agrément d'un comité de protection des personnes.

Le moment le plus approprié pour prendre contact avec les proches se situe entre trois mois et un an après le décès.

En effet, ce délai permet que le travail de deuil soit amorcé, et que sa période la plus traumatique soit révolue. Il permet également que la mémoire des proches ne soit pas trop altérée.

Des études (3) rapportent des contacts établis moins de quinze jours après le décès, mais il est souligné que des enquêtes effectuées trop rapidement souffrent d'un biais, la période de deuil n'étant pas terminée.

De manière consensuelle, certaines périodes sont bien entendu à éviter, comme la date d'anniversaire du suicide, l'anniversaire de la personne suicidée, les moments traditionnellement passés en famille comme les fêtes.

- *Conduite des entretiens*

La conduite de l'entretien avec les proches ou d'autres informants se déroule généralement au domicile du proche ou en terrain neutre, par exemple le cabinet du médecin traitant. Sa durée est variable, entre deux et cinq heures, en fonction du protocole choisi par l'étude, et devra être mentionnée aux informants avant le début de l'entretien. Ce dernier est structuré par l'utilisation d'échelles d'évaluation, permettant d'exploiter tous les domaines désirés. Il est préférable que les supports utilisés soient mémorisés et non remplis devant la personne interrogée, afin que l'entretien soit vécu de la manière la moins intrusive possible pour les proches. (3) L'interrogateur doit se montrer souple et s'adapter aux besoins psychologiques des informants, il commencera chaque domaine d'interrogation par une question ouverte avant de poursuivre avec des questions plus précises ; tout en respectant la mémoire de la personne décédée. L'informant sera libre d'aborder ou non certains

sujets sensibles, et aussi de ne pas répondre à certaines questions, ainsi que de mettre fin à l'entretien à tout moment. L'investigateur devra ménager des temps de pause si cela s'avère nécessaire. Il terminera l'entretien sur une note positive, précisant à l'informant l'utilité de sa participation.

L'impact des entretiens sur les informants est variable. Parfois des émotions et cognitions négatives apparaissent, mais la plupart des proches révèlent avoir tiré un bénéfice de ces entretiens. Certains ont déclaré que l'échange avait été la première occasion pour eux d'aborder en détail le décès.
En cas de signe de détresse, l'investigateur peut orienter à tout moment l'informant vers son médecin généraliste ou bien une équipe de soins en santé mentale afin d'accompagner et de permettre une prise en charge immédiate de l'informant.

L'interrogateur doit avoir une expérience dans le champ clinique et connaître en profondeur le champ social. Il doit pouvoir bénéficier d'une supervision régulière pour gérer l'aspect émotionnel lié à ce type de recherche.

De nombreux domaines sont abordés au décours d'une autopsie psychologique :

- détails de la mort ;
- antécédents familiaux : psychiatriques, conduites suicidaires ;
- parcours de vie : enfance, adolescence, éducation ;
- relations avec le partenaire, la famille, les amis… ;
- support social, isolement ;
- style de vie et situation maritale ;
- problèmes éventuels avec la justice ;
- situation et conditions professionnelles ;
- santé physique (affection actuelle, maladie grave, douleur chronique, historique de traitement, nombre de visites chez le médecin traitant au cours des trois ans écoulés) ;
- concernant la santé mentale : consultation chez le médecin traitant pour un problème psychologique ;
- dernière visite du médecin traitant ;
- antécédent de suivi psychiatrique ambulatoire et hospitalier ;

- contact avec un psychiatre ;
- historique d'un traitement psychiatrique ;
- dernier rendez-vous psychiatrique ;
- durée du suivi avec un service de soins psychiatriques ;
- antécédents de tentatives de suicide et/ou d'auto-mutilation ;
- troubles de la personnalité et facteurs associés ;
- comportement religieux ;
- événements de vie ;
- contact avec un professionnel de soin avant le décès ;
- réactions des proches face au décès.

- *Evaluation diagnostique*

L'évaluation d'un trouble psychiatrique se fera selon des systèmes d'évaluation diagnostiques comme l'ICD (International Classification of Diseases ou CIM-10) (34) ou le DSM (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders) (35).
L'évaluation à travers l'interrogatoire des proches doit se faire à l'aide d'une échelle la plus succincte possible, avec des séparations franches entre les différentes sections de diagnostic pour rendre l'entretien le plus court possible.
Concernant l'évaluation des troubles de la personnalité, plus pénible pour les proches car s'attarde en grande partie sur les aspects plus négatifs des caractéristiques du sujet suicidé, on privilégiera l'utilisation d'échelles avec un rapide survol de certaines sections : Personnality assessment schedule (36), Structures assesment of personnality (37).
Les événements de vie pourront être classés dans différentes catégories : travail, éducation, situation financière, santé, deuil, déménagement, statut et situation conjugale, problème avec la justice, situation socio-familiale, difficultés au cours des douze derniers mois, autres.

- *Constitution du rapport*

Au terme du recueil des données et des entretiens menés, le rapport devrait contenir de manière exhaustive les informations précisées ci-dessous. Ce rapport sous-entend une parfaite coordination entre tous les intervenants ayant pris en charge le décès de la personne.

- *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 médicolégale 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. La présence de toxiques dans le sang au moment de la mort peut être un élément susceptible d'altérer le jugement ou de modifier le comportement précédant le passage à l'acte.

- *Notes manuscrites, relevés des communications téléphoniques et manuscrites :*

Relevés téléphoniques, e-mail, SMS, journal personnel, lettre de suicide et autres traces écrites laissées.

- *Rapports d'enquête :*

Description de la scène de levée de corps et photographies, objets présents.

- *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 indispensable d'ordonner chronologiquement ces éléments et la survenue de troubles mentaux.

- *Evaluation psychosociale :*
    - Histoire familiale
    - Histoire développementale et histoire personnelle
    - Education et trajectoire professionnelle
    - Situation sociale, matrimoniale et état des finances
    - Antécédents judiciaires : type et nombre de condamnations.
- *Evaluation médicale :*
    - 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…

- *Evaluation suicidaire :*
    - Evocation d'idées suicidaires, recherche d'aide et contact médical récent
    - Accès à un moyen létal
    - Analyse du mode de la mort : considération des possibles causes de la mort.
- *Conclusion proposée :*
    - 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 létal et de son accessibilité, de la motivation et de l'intention suicidaire.

3. Evaluation diagnostique et recherche de facteurs de risque

- *Format des études*

Dans un contexte de recherche en suicidologie, la démarche associe plusieurs disciplines de la clinique à l'épidémiologie, à partir de cas individuels pour constituer des échantillons suffisamment nombreux et représentatifs.
Dans le cas de la recherche en suicidologie basée sur l'autopsie psychologique, les chercheurs feront appel à des groupes témoins.
Ce groupe sera constitué en fonction des objectifs de l'étude mise en place. Si les sujets témoins sont vivants, les informants doivent être des tiers.
Ainsi, le schéma utilisé améliore la connaissance des situations entre facteurs individuels et environnementaux.

Les étapes à franchir peuvent être synthétisées en deux sous-groupes :

- En premier lieu, il apparaît nécessaire d'avoir la connaissance des cas de suicide ou de mort suspecte sur lesquels porteront les investigations. Il faut donc ensuite préciser l'objectif de l'autopsie psychologique et choisir entre une explication au niveau individuel ou au niveau d'une population plus large, c'est à dire entre une étude de cas ou une étude cas-témoins, conditionnant alors le type d'équipe d'investigations et/ou de recherche à mettre en place ;
- L'équipe constituée met alors en place une procédure pour le choix et le repérage des proches. La procédure pour contacter ces derniers ne diffère pas selon la modalité de l'étude choisie.

Par ailleurs, il est hautement souhaitable qu'un service de soutien aux personnes soit mis en place pour les interviewers.

Le repérage des cas se fait selon les possibilités juridiques et médicolégales du pays. En France, dans la mesure où il s'agit de morts suspectes le plus souvent, de suicides avérés quelquefois, les pompiers, le médecin appelé sur les lieux et l'Institut médicolégal peuvent être des sources d'information.
A ce stade, il n'y a pas de contact direct entre les familles et les intervenants.

Le choix du type d'étude dépend des objectifs de l'équipe menant la recherche.
Lorsque le questionnement est d'ordre clinique ou bien porte sur l'environnement sociologique, une étude de cas semble parfaitement appropriée.
Une étude de série de cas permettrait d'identifier des facteurs communs dans une série de cas.

Si l'objectif est un gain de connaissances sur le suicide, dans une zone géographique donnée par exemple, afin de comprendre ce qu'il se passe au niveau d'un ensemble de sujets et non au niveau individuel, une enquête cas-témoins est à privilégier, chaque cas devant être apparié à un voire deux témoins, interrogés selon un protocole identique. En effet, la position du cas et celle du témoin n'étant pas symétriques (témoin vivant), l'investigateur devra rester vigilant à n'interroger que les proches de la personne témoin, comme pour la personne décédée.
Dans le cadre d'enquêtes dans des milieux spécifiques, les variables d'appariement peuvent donc être plus spécifiques :

- recours à un moyen létal particulier ;
- type de condamnation ou ancienneté de la condamnation pour les détenus ;
- types de troubles mentaux et leur ancienneté pour des sujets hospitalisés en milieu psychiatrique ou souffrant de troubles psychiatriques.

Une étude rétrospective permettra de retracer les parcours de soins, les événements de vie, et d'analyser le mode de suicide.
Une étude prospective portera une attention particulière au suivi des endeuillés.

Concernant l'équipe d'investigation, il sera préférable d'avoir recours à des enquêteurs formés davantage à la psychologie, aux problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou encore aux problèmes sociaux.

- *Validité des études, biais*

Par définition, les études concernant des autopsies psychologiques sont rétrospectives.

Différents biais peuvent alors émerger, provenant principalement des informants et des enquêteurs.
Le chercheur sera nécessairement confronté au biais de mémoire des personnes interrogées et à certains réaménagements des situations décrites. Les biais de mémoire sont d'autant plus importants que les entretiens ont lieu plus tardivement. Ils pourront être pris en compte dans le type de questionnaire choisi et la passation de ce dernier.
Les études semblent montrer qu'il n'y a pas de perte d'information significative entre deux et six mois après le décès. Multiplier les informants et appliquer des entretiens standardisés, en se basant sur une organisation chronologique précise et datée des événements permettrait de diminuer considérablement ce biais.

Il peut exister une tendance à reformuler les questions de la part des enquêteurs lorsque celles-ci sont mal comprises par les informants, au risque d'induire les réponses. Une supervision ou une relecture via des enregistrements audio permettraient de limiter ce biais.

La validité de l'autopsie psychologique pourrait être augmentée par la multiplication des informants interrogés, mais aussi par le dédoublement des entretiens avec deux interviewers différents, mais cette dernière option semble difficile à proposer à des familles endeuillées.

Une autre limite est constituée par le délai nécessaire à respecter pour réaliser les entretiens, face à celui pour lequel les données sur les suicides peuvent être rendues disponibles. En effet, les données définitives issues de la base de données nationales sur les causes médicales du décès sont actuellement disponibles avec un certain délai, ce qui rend difficile leur utilisation pour un repérage rapide des cas dans le contexte de la mise en place d'autopsies psychologiques. Ceci nécessite d'identifier d'autres sources potentielles pour un repérage plus rapide : police, gendarmerie, services médicosociaux ou judiciaires enregistrant les conduites violentes…

Par ailleurs, certains auteurs émettent une réserve concernant la fiabilité du diagnostic psychiatrique posé *post-mortem*, et le lien présumé entre celui-ci et le

suicide, se posant la question du crédit à accorder au témoignage des proches. En effet, ces derniers, pris par l'émotion, pourraient avoir tendance à taire des informations médicales ou modifier une anecdote pour ne pas porter atteinte à la mémoire du défunt. Cette donnée doit être considérée avec une grande attention, notamment lors du recueil d'informations auprès des proches. Par ailleurs, cette information étant de nature subjective, elle doit impérativement être mise en balance avec les autres sources d'informations, qui ne sont absolument pas à négliger.

De plus, en l'absence de standardisation franche, l'autopsie psychologique demeure « évaluateur-dépendante ». (38)

Une revue de la littérature réalisée par le CHU de Rennes a relevé d'autres limites, constituant alors un frein au développement de la méthode en France :

- la collecte des données « papiers », nécessitant des procédures règlementaires visant à la levée du secret professionnel ;
- problème éthique de la démarche de recueil d'informations auprès des proches du sujet décédé ;
- le coût humain et financier de la méthode. (39)

- *Recherche de facteurs de risque*

L'utilisation de l'autopsie psychologique en recherche a permis la réalisation de nombreuses études, avec pour objectif de préciser et d'affiner les connaissances en matière de facteurs de risque de suicide. La littérature est extrêmement riche d'articles à ce sujet.

- Troubles mentaux et suicide

Toutes les études s'accordent à dire que, dans la grande majorité des suicides étudiés, on pouvait retrouver un trouble mental associé, le plus souvent un trouble dépressif majeur ou une schizophrénie. La comorbidité la plus fréquente était la consommation abusive d'alcool. (40)

- Suicide selon l'âge

Les études identifient différents facteurs de risque de suicide selon les différents âges de la vie.

Il existe peu d'études à propos d'autopsies psychologiques réalisées chez les sujets âgés, les groupes de sujets âgés étant très hétérogènes du point de vue de la distribution des troubles mentaux. Cependant, le suicide survient principalement chez des personnes rigides, peu ouvertes aux expériences nouvelles. (41) Dans une autre étude, on pouvait identifier un diagnostic psychiatrique chez la grande majorité des sujets, et un trouble de la personnalité ou des traits « accentuant » de personnalité étaient également fréquemment retrouvés. (42) Le trouble psychiatrique le plus fréquemment retrouvé était un trouble dépressif. (43) Les problèmes matériels tiennent moins de place que chez les plus jeunes. En revanche, le sentiment de perte d'un être cher ou d'un idéal (notamment familial), de pair avec un comportement suicidaire antérieur, de même qu'un faible support social sont autant d'éléments capables de conduire à des épisodes dépressifs majeurs pouvant finalement mener au suicide. Les personnes âgées sont moins susceptibles d'avoir communiqué leurs intentions et utilisent des moyens plus violents que les générations plus jeunes. (44) Les facteurs de risque chez les hommes et chez les femmes ont tendance à converger après soixante ans. (45)

Les études chez les jeunes sont nettement plus développées, et depuis plus longtemps. Comme chez les adultes, on note une forte prévalence des troubles mentaux : troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire), troubles de l'adaptation, troubles de la personnalité, troubles des conduites avec consommation excessive d'alcool et de substances toxiques. (26) Ces troubles mentaux comme facteurs de risque s'inscrivent fréquemment dans une longue histoire perturbée, souvent dès l'enfance, par la psychopathologie familiale, avec violence parentale et abus. (46) (47) (48) (49) (50)

Une comparaison entre jeunes hommes et jeunes filles de 13 à 22 ans montre que les filles qui ont fait une tentative de suicide souffrent plus souvent d'une psychopathologie sévère. Plus de la moitié ont fait un passage en psychiatrie et présentent des antécédents suicidaires et d'abus de substance. (51)

Selon les auteurs, le taux de traitement de la dépression chez les jeunes est très inférieur à ce qu'il devrait être, y compris chez des sujets ayant connu des hospitalisations en psychiatrie. Les événements de vie à caractère négatif sont plus nombreux et plus stressants chez les jeunes dans les semaines précédant le suicide. Les sujets suicidés se différencient de ceux ayant effectué des tentatives de suicide graves par la présence d'une majorité de jeunes hommes souffrant de troubles de l'humeur. (52)

- Antécédents familiaux de suicide

Les études d'autopsie psychologique confirment le pronostic négatif que représente une histoire familiale de suicide ou de maladie mentale. (26)

- Impact d'une maladie grave

Les problèmes de santé s'ajoutent à la maladie mentale et constituent un facteur de risque, notamment dans les cas de cancer (53), en particulier s'il existe déjà un trouble mental (54), ou lors de la perte de l'utilisation d'un sens, particulièrement la vue. (55)

- Contact avec les systèmes de soin

En règle générale, le dernier contact avec les systèmes de soin qui précède l'acte suicidaire est récent. Selon une étude de 2002, 1/5 des sujets avaient été en contact avec un service psychiatrique dans le mois précédant leur suicide, et avec un service de médecine primaire dans près d'un cas sur deux. (56)
Une étude, portant sur la réalisation d'une autopsie psychologique sur des victimes qui n'avaient pas de contact avec le système de soin psychiatrique, rapporte que 68% des victimes présentaient un trouble mental. (57)

- Activité professionnelle et poids des facteurs socio-économiques

Bien que la tendance actuelle soit à la vigilance concernant la santé mentale au travail, le monde du travail n'est que peu abordé dans les études portant sur le suicide.
Les rares études portent sur les médecins ou les infirmiers, exerçant dans des milieux très exposés au suicide, ne permettant pas d'extrapoler les résultats de manière fiable.

Les études se questionnant sur le rôle des facteurs socio-économiques dans le suicide retrouvent que la plupart des problèmes socio-économiques et/ou psychosociaux sont fortement associés à la maladie mentale et se rajoutent ainsi aux facteurs de risque de suicide. (58)

En 2008, P. Légeron défendait dans un éditorial du Journal de thérapie comportementale et cognitive (59) l'intérêt de l'autopsie psychologique dans le cas du suicide au travail. En effet, suicide au travail ne signifie pas systématiquement suicide lié au travail, il apparaît donc important de documenter de manière rigoureuse les différents paramètres susceptibles d'être impliqués dans un tel geste, et cela au delà des réactions émotionnelles que ce geste suscite. Les résultats fournis par les autopsies psychologiques pourraient améliorer la promotion de la santé, la prévention du suicide, l'intervention de crise et la postintervention. Selon l'auteur, bien conduite par des équipes psychiatriques spécialisées, l'autopsie psychologique est une démarche irremplaçable pour comprendre le geste suicidaire. L'analyse de l'ensemble des autopsies psychologiques, réalisées de manière anonyme et dans une perspective scientifique, permettrait régulièrement d'avoir une meilleure compréhension du rôle de l'environnement et des conditions de travail dans la survenue de ces événements dramatiques et participerait aussi à la démarche de prévention des risques psychosociaux.

4. Autopsie psychologique comme outil de recherche : application à des populations spécifiques

L'ensemble des personnes décédées de mort violente en établissement pénitentiaire fait l'objet d'une autopsie médicolégale, permettant ainsi de connaître le nombre exact de suicides. (60) Cependant, il existe un nombre important de cas où il est difficile de faire la différence entre mise en danger intentionnelle sans volonté de se donner la mort et suicide. Les méthodes de l'autopsie psychologique peuvent alors apporter un gain de connaissances pour améliorer cette distinction en reprenant la trajectoire de vie, de souffrance et d'aide de la personne décédée. (3)
L'acceptabilité de la réalisation d'une autopsie psychologique peut trouver ses limites avec les familles qui sont en conflit avec les institutions concernées. La

méthode pourrait toutefois être perçue comme un moyen de faire le jour sur une vérité cachée, mais ne peut ni ne doit se substituer aux procédures.

- *Suicides survenus en détention*

Les personnes détenues ne sont pas représentatives de la population générale, et les enquêtes de prévalence des troubles mentaux indiquent des taux élevés pour la dépression, l'abus de substance, les troubles de la personnalité et la schizophrénie.
Les méthodes de l'autopsie psychologique sont recommandées en détention comme le développement de l'analyse de morbi-mortalité au sein des établissements de santé. (61)
Ainsi, le groupe de travail de l'Inserm a établi des propositions concernant l'utilisation de l'autopsie psychologique pour les suicides survenus en détention, avec pour but d'améliorer l'analyse des décès par suicide au niveau des établissements et de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral.
Ses objectifs seraient :

- de mieux connaître l'anamnèse pour les personnes décédées par suicide en détention dans une approche de recherche de causalité et non de responsabilité ;
- de déterminer le potentiel d'amélioration en l'état actuel de l'organisation de la prévention ;
- d'identifier les problèmes, rechercher leurs causes puis moyens qui peuvent servir à améliorer la prévention dans l'ensemble des établissements ;
- de diffuser les recommandations à l'ensemble des établissements.

Il s'agit alors d'organiser un recueil de données dans chaque établissement pour compléter les données déjà disponibles. Ce recueil se fait en réunissant les personnes qui ont connu la personne décédée, les différents intervenants pénitentiaires, sociaux et sanitaires sont à associer à cette démarche. Les détenus qui ont été en contact avec le défunt seraient également une source d'information non négligeable.

- *Suicides au cours d'hospitalisation*

Les décès par suicide qui surviennent au cours d'une hospitalisation ou dans son décours représentent une part non négligeable de l'ensemble des suicides : entre 4 et 5% des décès durant le séjour hospitalier, et entre 10 et 15% pour ceux qui surviennent dans les quatre semaines suivant la sortie de l'hôpital. (62)

En Angleterre et au Pays de Galles, dans le cadre de la *National Confidential Inquiry,* une étude a été conduite sur les personnes décédées par suicide qui avaient été en relation avec un service psychiatrique dans les douze mois précédant leur décès. Les résultats ont révélé des taux de suicide élevés chez les malades hospitalisés, les suicides étaient plus fréquents dans la semaine suivant l'admission à l'hôpital et dans la période de préparation à la sortie. (63)
Le niveau de risque de suicide très élevé en hospitalisation ou rapidement après la sortie pose deux questions essentielles :

- le caractère systématique ou non de l'évaluation du risque suicidaire des personnes à la sortie d'une hospitalisation ; (64)
- l'accessibilité aux moyens de suicide pour le patient dès son retour au domicile, et tout particulièrement des armes à feu. (65)

L'intérêt de développer la méthode de l'autopsie psychologique pour les décès hospitaliers peut être tout particulièrement argumenté par le caractère inacceptable de la mort par suicide au cours de l'hospitalisation ainsi que la volonté de l'ensemble des professionnels de réduire cette mortalité. (66)
Par ailleurs, les comptes rendus des examens médicolégaux ne sont pas toujours facilement accessibles aux médecins hospitaliers.

Les professionnels de psychiatrie et de santé mentale pourraient se montrer réticents à de nouvelles méthodes de recherche qui associent les trajectoires de souffrance et la pertinence des soins reçus. Cependant, le développement des démarches qualité et de la prévention des risques augmente l'acceptabilité des recherches causales.
La seconde version du manuel de certification des établissements de santé développée par la Haute Autorité de Santé (HAS) favorise la mise en place de

groupes d'analyses de morbi-mortalité, analyse qui procède de la même volonté de tirer enseignement de ces décès brutaux que l'autopsie psychologique, mais son périmètre d'investigation est bien plus réduit que dans le cas de l'autopsie psychologique qui inclut une investigation sur l'ensemble de la vie.

L'utilisation de l'autopsie psychologique comme outil de recherche permettrait aux professionnels hospitaliers, qui luttent contre le suicide et ne disposent pas d'un système d'analyse des causes des décès par suicide, de retracer avec précision les trajectoires des personnes décédées par suicide tant du point de vue de leurs souffrances que des aides reçues pour améliorer la détection et la prévention.
L'amélioration de la prévention du suicide des personnes souffrant de schizophrénie, pour lesquelles plus de 10% de l'ensemble des suicides survient pendant la première année, un tiers ont lieu pendant une hospitalisation et un tiers dans le mois qui suit la sortie de l'hôpital, constitue un objectif important pour l'Inserm. L'amélioration de l'organisation des soins, notamment au niveau de la coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires, est également au premier plan. (3)

- *Suicides sur la route et dans les transports*

Lorsque la sécurité publique augmente le niveau d'alerte de la santé publique, les acteurs sociaux et les collectivités se préoccupent davantage de l'impact des suicides sur la route, bien au delà de la complexité des motivations individuelles.
Des études menées en Irlande, en Suède et en Finlande permettent d'estimer la part des suicides dans les décès sur la route entre 3 et 7%. (67) (68)
En France, les accidents corporels et mortels de la route sont systématiquement répertoriés. Les statistiques sont suivies de façon particulièrement attentive depuis que la politique de sécurité routière est devenue une priorité nationale, permettant ainsi de mesurer l'impact des actions de prévention.
Dans ces cas de suicide, l'autopsie psychologique est alors essentiellement préconisée dans un but de recherche, la dimension du suicide étant méconnue voire ignorée au niveau des études épidémiologiques portant sur la santé et le comportement de l'usager sur la route.
Les principaux objectifs de recherche sont alors :

- évaluer l'ampleur des accidents mortels de la circulation routière (ou de la voie publique) dus à des conduites suicidaires ;
- analyser les facteurs environnementaux ou personnels corrélés à des types d'accidents particuliers : y a-t-il des sites dont la dangerosité est attractive pour des personnes particulièrement exposées ?
- établir des bases de prévention des risques d'accidents collatéraux dans un environnement public.

La principale source d'information provient de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière, fondé en 2004, via l'établissement de bordereaux d'analyse des accidents corporels (BAAC).

5. Cadre médico-légal

• *Aspects juridiques de la procédure de contact avec les proches dans le cadre de la recherche*

En France, la cause de décès est couverte par le secret médical. Or, contacter les familles implique que l'équipe menant la recherche ait eu connaissance des causes du décès, ou qu'il ait la notion qu'il y a une incertitude sur les causes.
De tels contacts doivent être établis par l'intermédiaire du médecin certificateur ou du médecin légiste. Ces contacts sont possibles en France dès lors qu'ils s'inscrivent dans le cadre d'une recherche avec autorisation spécifique de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Cette procédure impliquera alors un partage de l'information entre médecin, juridiction et chercheurs. (3)

• *Applications judiciaires de l'autopsie psychologique*

Pour être considérée comme une preuve recevable, l'autopsie psychologique a du démontrer son caractère scientifique et sa fiabilité.

La justice américaine a formellement reconnu l'outil et son utilisation dans le champ médicolégal. *In fine*, dans le cadre d'une procédure judiciaire, le but de l'autopsie psychologique n'est pas d'établir un diagnostic mais d'expliquer les raisons du suicide et de déterminer l'état mental de la victime au moment des faits.
La description *post-mortem* de l'état mental du défunt s'appuie sur une lecture clinique et non sur une vague intuition. L'expert peut donc décrire rétrospectivement l'état mental d'un sujet s'il possède suffisamment d'informations. Cette lecture motivée relève de la compétence d'un expert-psychiatre et s'assoit sur la validité scientifique de ses outils cliniques. (38)

Dans un cadre judiciaire, l'autopsie psychologique est utilisée pour les fins suivantes :

- établir le caractère suicidaire d'un décès ;
- établir l'état mental de la victime au moment des faits : dans la jurisprudence américaine, le suicide est considéré comme involontaire (*insane*) si « les facultés de raisonnement du décédé sont si altérées 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 lui est impossible de résister ». A contrario, le suicide est « volontaire » (*sane*) si la personne « possède ses facultés de raisonnement habituelles, et par colère, fierté, jalousie ou par désir d'échapper aux événements de l'existence il a intentionnellement mis un terme à sa vie ».
- établir l'enchaînement des faits ayant conduit au suicide pour déterminer une éventuelle responsabilité d'un tiers.

Toutes les branches du droit sont alors concernées :

- Droit des assurances, en matière d'assurance vie (où le suicide volontaire annule les droits du patient).
- Droit du travail, droit administratif (où seul le suicide involontaire donne lieu à une indemnisation) : l'expert est amené à se prononcer sur l'implication d'événements de vie et de tiers dans la précipitation du passage à l'acte suicidaire.

- Droit civil :
    - en cas de suicide d'un patient, le psychiatre pourrait être tenu civilement responsable s'il s'agit d'un suicide involontaire et que le praticien n'a pas pris toutes les mesures de précautions nécessaires pour l'empêcher ;
    - en cas de litige concernant la capacité juridique en cas d'héritage, le but étant d'évaluer l'état mental et le jugement du signataire au moment de la signature de son testament.
- Droit pénal :
    - pour établir un lien entre un suicide et une infraction commise par un tiers ;
    - pour permettre de confondre un meurtrier qui avait maquillé un meurtre en suicide ;
    - dans certains cas d'homicides plaidant la légitime défense, une autopsie psychologique peut alors être demandée pour déterminer l'état mental de la victime et son parcours de vie et de personnalité.
- Droit militaire : un militaire qui se suicide est reconnu comme étant mort en service s'il est démontré qu'il était en « état de démence » (*unsound of mind*) au moment des faits.

En résumé, l'autopsie psychologique est donc utilisée pour faire la différence entre le suicide volontaire et involontaire, et pour établir un lien causal entre un suicide et un fait extérieur.

- *Exemple de deux cas cliniques d'autopsies psychologiques réalisées aux Etats-Unis* (38)

1 - « Lors de travaux de bricolage, un homme de 39 ans subit un choc électrique avec le matériel qu'il vient d'acheter. Il est emmené dans le coma à l'hôpital.
Il se suicide 5 semaines après sa sortie.
Peut-on établir un lien de causalité entre l'électrocution et le suicide ?
L'autopsie psychologique a mis en évidence un changement de caractère chez la victime après l'accident : le patient se montre fatigué, confus, présente des troubles de la mémoire et se montre aboulique. Son médecin traitant diagnostique une dépression.

Le patient n'avait pas d'antécédents psychiatriques.
En se basant sur la littérature scientifique, qui décrit la présence de lésions cérébrales pouvant entraîner une dépression dans les suites d'une électrocution, l'autopsie psychologique a pu établir un lien de causalité entre l'électrocution, la dépression et le suicide. »

2 – « En 1987, une mère fut reconnue responsable du suicide de sa fille de 17 ans par un tribunal de Floride.
L'autopsie psychologique de la jeune fille décrivit une situation familiale instable, avec de nombreuses violences : menace par arme à feu, disqualifications constantes, manque de soins, transgression des normes morales et légales (la mère fit passer sa fille pour une personne majeure et la força à danser dans des night-clubs). La jeune fille mit fin à ses jours avec le révolver de sa mère après avoir tenté en vain de s'enfuir de la maison familiale.
La cour d'appel de l'Etat de Floride entérina le jugement, en estimant que l'autopsie psychologique a fait la preuve de son utilité en psychiatrie quant à l'étude du suicide et que, même si l'expert n'a pas rencontré personnellement la victime, son opinion basée sur une analyse clinique rétrospective est tout à fait valable. »

- *Exemple d'expertise réalisée à Marseille dans les années 1980*

Suite à une série de suicides par précipitation de trois personnes sur leur lieu de travail dans le même service d'une compagnie d'assurances, le tribunal administratif avait formulé une demande d'expertise collégiale afin d'évaluer l'imputabilité du travail et des conditions de travail dans les trois suicides.
Un rapport complet et pluridisciplinaire a été réalisé par un ingénieur du travail, un médecin du travail, deux experts psychiatres, ces derniers ayant utilisé une méthodologie similaire à l'autopsie psychologique pour l'évaluation psychiatrique : interrogatoire des autres travailleurs sur les conditions de travail, reprise de l'histoire de vie de chacun et des éléments psychopathologiques.
La conclusion était alors que seules les conditions de travail n'auraient pas pu suffire à expliquer le passage à l'acte. Le premier suicide aurait cependant pu favoriser le déclenchement des autres.
Cette expertise, qui a eu lieu plus de 20 ans avant la première synthèse de l'Inserm au sujet de l'autopsie psychologique, et n'était pas nommée comme telle, utilisait

finalement déjà les grandes lignes de cette méthode. Probablement que l'autopsie psychologique, bien que sans être nommée et identifiée selon ces termes précis, est bien plus utilisée qu'il n'y paraît.

- *Applicabilité en France*

L'autopsie psychologique est un outil encore peu répandu en France, pour plusieurs raisons :

- la lourdeur de la méthode et de sa mise en place en terme de formation des experts et d'organisation du recueil et de l'analyse des données ;
- la 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 ces familles).

Les applications légales de l'autopsie psychologique en France passent par le recours à l'expertise judiciaire. L'expert psychiatre, qui doit avoir validé une formation universitaire à l'expertise psychiatrique, est volontaire et dépose une candidature examinée par une commission de magistrats. Si cette dernière est acceptée, le médecin prête serment et est susceptible d'être sollicité pour des missions d'expertise. L'inscription sur les listes d'experts est prévue par l'article 2 de la loi du 29 juin 1971 (69), valable en matière pénale et civile.
Les conditions d'inscription prévues par le décret du 31 décembre 1974 sont les suivantes (70) :

- faire la demande d'inscription ;
- ne pas avoir été condamné pour des faits contraires à l'honneur, à la probité, aux bonnes mœurs ;
- ne pas avoir été frappé de faillite personnelle ;
- avoir exercé pendant un temps suffisant ;
- 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 pouvant être utilisée dans le cadre d'une expertise judiciaire.

Si la France se dotait d'une institution analogue à celle des *coroners*, la question se poserait différemment pour les administrations sanitaire et pénitentiaire (par exemple) dans la question du suicide. Elles disposeraient d'une enquête conduite par un enquêteur extérieur, rôdé à l'exploration de la causalité dans tous ses domaines. De ce fait, les administrations auraient seulement à se préoccuper de la mise en œuvre des recommandations qui leur sont faites, et ne seraient pas à la fois juge et partie. En souhaitant à la fois rechercher ce qui s'est réellement passé (sans oser mettre à jour réellement le potentiel de prévention et protéger les acteurs et les institutions) la mission devient impossible.
Personne ne peut adopter simultanément ces postures sans le risque de n'atteindre aucun objectif totalement. (3)

- *Nécessité d'une articulation fine entre médecine légale et psychiatrie*

Dans l'imaginaire collectif, le médecin légiste est celui qui « fait parler les morts ». Les services de médecine légale constituent un lieu d'observation sans équivoque des morts violentes, dès lors que leur mission ne se cantonne pas à éclairer la justice mais à s'inscrire dans une démarche de santé publique. Mis en réseaux, ils pourraient valablement constituer un véritable observatoire des morts violentes. (71)
Dans la situation du suicide, le médecin légiste peut bien évidemment déterminer quels sont les mécanismes physiques et physiologiques ayant conduit à la mort, au

sens de l'arrêt des fonctions vitales. Elle permet également de discriminer avec une finesse certaine le caractère suicidaire d'un décès en écartant, selon l'examen, la possible intervention d'un tiers. Cette étape semble indispensable pour pouvoir prolonger les investigations. La question essentielle qui se pose dans le cas du décès par suicide reste de comprendre quels sont les déterminants du passage à l'acte, tant pour les proches qui sont dans une volonté de savoir et de pouvoir faire leur deuil, que pour les instances de Santé Publique pour établir des données sur les facteurs déterminants de passage à l'acte. L'avancement des connaissances en suicidologie gagnerait à la mise en place d'un registre national des suicidés, comportant tous les éléments médico-socio-administratifs.
Ainsi, les éléments recueillis à la fois au décours de l'autopsie médicolégale et de l'autopsie psychologique permettraient d'établir des données extrêmement complètes concernant les décès par suicide.

De manière générale, l'Inserm préconise de nombreux partenariats à développer afin d'affiner au mieux nos connaissances et la recherche en matière de suicide, mettant en avant de nombreux acteurs :

- Services de médecine légale qui pratiquent des examens *post-mortem* afin d'obtenir un retour d'information exhaustif après enquête médicolégale sur les causes médicales du décès en direction du CépiDc ;
- Service médical d'assurance maladie, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ;
- Hôpitaux, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), services médico-psychologiques régionaux (SMPR), unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ;
- Haute autorité de santé (HAS) ;
- Médecins généralistes et spécialistes ;
- Conseil de l'ordre ;
- Services d'urgences, SAMU, pompiers, police, gendarmerie ;
- Ministère des transports, Direction de la sécurité et de la circulation routières (DSCR), SNCF, Métro, RATP… ;
- Ministère de la Justice et Parquets ;
- Ministère du Travail ;

- Etablissements publics scientifiques et techniques (EPST), Universités ;
- Comités d'éthique ;
- Ecoles de formation en santé, facultés de psychologie… ;
- Associations de familles ;
- Inpes ;
- Assureurs, mutuelles ;
- Juristes ;
- Rectorats.

- *Responsabilité médicale*

L'Inserm précise en 2008 que les recherches dans le domaine de la santé utilisant l'autopsie psychologique sont à déconnecter des recherches de responsabilité. (3)
Cependant, lorsque l'autopsie psychologique est utilisée comme outil permettant d'apporter des éléments de réponse à une enquête judiciaire, la responsabilité civile d'un médecin peut être amenée à être remise en question. (38)

d. Intérêts secondaires de l'autopsie psychologique

- *Familles endeuillées*

Une comparaison de la perception du deuil chez les personnes endeuillées par suicide ou une autre mort traumatique datant de 2015 affirme que les personnes endeuillées évoquent le suicide comme une mort différente, stigmatisée. Le choc et la brutalité de la mort sont liés à la fois aux circonstances de la mort et aux conséquences qui en découlent pour l'acceptation sociale des manifestations publiques de deuil. (72)
Une comparaison de l'apparition d'un deuil compliqué chez les personnes endeuillées par suicide par rapport aux autres causes de décès rapporte que les personnes présentant un deuil compliqué suite à un suicide présentent des taux plus

élevés de dépression au cours de leur vie, d'idées suicidaires, de pensées dévalorisantes, de troubles de l'adaptation au travail et au niveau social. (73)
Une revue de la littérature de 2017 concernant les interventions proposées pour les personnes endeuillées par suicide expose que l'adaptation à la perte d'un être cher par suicide peut être compliquée par des sentiments de culpabilité, de honte, de responsabilité, de rejet et de stigmatisation. Les personnes endeuillées par le suicide sont particulièrement vulnérables au développement d'un deuil compliqué, et présentent un risque accru de comportement suicidaire. Les thérapies de deuil doivent être adaptées et évaluées dans cette population. La prévention du deuil compliqué peut réussir chez des populations de personnes à risque élevé. (74)
Au cours d'une enquête évaluant le deuil des adolescents touchés par le suicide d'un pair, il ressort que le soutien social semble avoir une influence bénéfique sur les attitudes face au suicide et au deuil, et permet des attitudes plus optimistes face au suicide. (75)

Il est notable que plusieurs expériences publiées dans la presse médicale rapportent un effet bénéfique des entretiens sur les informants. On pourrait même envisager que, selon la qualité des contacts entre l'équipe médicosociale en charge de l'autopsie psychologique et les proches du suicidé, les entretiens puissent évoquer une démarche de « postvention » (mesures à prendre à la suite d'un suicide). (3)
Une étude de 2015 a déterminé que les personnes intervenant dans la recherche des causes du décès, dans le cas de suicide ou d'homicide, peuvent aider les familles tout au long des premières étapes du deuil dans l'enquête sur le décès. (76)
L'Organisation Mondiale de la Santé recommande un soutien de postvention aux personnes endeuillées ou touchées par le suicide. Les interventions destinées aux personnes endeuillées ou touchées par le suicide ont pour objectif de soutenir ces personnes pendant le travail de deuil et de réduire le risque d'imitation des comportements suicidaires. Il peut s'agir de postvention à l'école, axée sur la famille ou bien communautaire. Tendre la main aux familles et aux amis après un suicide passe par un recours accru aux groupes de soutien, composés y compris de personnes endeuillées, et permet ainsi de réduire la détresse émotionnelle immédiate comme la dépression, l'anxiété et le désespoir. (1)
Les résultats de notre enquête montrent de manière significative que les psychiatres appréhendent la prise en charge des proches d'un sujet suicidé en accord avec les

recommandations citées plus haut, alors que la sensibilisation des médecins légistes interrogés semble à ce jour insuffisante (Tableau 4).

- *Prévention du suicide*

Selon une étude menée dans les services médicolégaux de Saint Etienne et Lyon entre 2003 et 2004, évaluant l'état de santé des suicidés au cours des six mois précédant le geste suicidaire, il ressort que la mortalité suicidaire reste une complication de la psychopathologie suivie médicalement, mais pas toujours par un psychiatre. La prévention du geste doit donc passer par une meilleure adéquation entre les soins et l'état clinique, tout en considérant que dans un grand nombre de cas, le suivi médical ne suffira pas à lui seul à prévenir le passage à l'acte mortel.
La prévention suppose la mobilisation et une meilleure coordination entre l'ensemble des acteurs intervenants dans la vie et les soins des sujets à risque de suicide : entourage familial, social, médical… (71)

Rappelons l'intérêt porté par P. Légeron en 2008 concernant l'autopsie psychologique pour les suicides survenant au travail et leur intérêt dans le développement de mesures de prévention par l'analyse du rôle de l'environnement et des conditions de travail dans la survenue de ces suicides. (59)

Une autre étude de janvier 2019 (77), a proposé une réflexion autour du risque suicidaire en prison et des dispositifs de prévention à mettre en place. En effet, le taux de décès par suicide en prison et 7 fois supérieur à celui de la population générale. Les principaux facteurs de risque identifiés étant l'isolement physique en détention, les antécédents de troubles psychiatriques et les antécédents de tentative de suicide. Selon les auteurs, seule la recherche en épidémiologie ne suffit pas à établir des propositions de prévention du risque suicidaire, et ces derniers soulignent la nécessité de travaux basés sur la méthodologie de l'autopsie psychologique pour améliorer les programmes de prévention. En milieu libre, un dispositif de veille nommé Vigilans a été créé, combinant les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité en matière de réduction du nombre de récidives suicidaires : carte de crise, contact téléphonique et envoi régulier de cartes postales. Les auteurs proposent

donc une adaptation du dispositif à la population carcérale, du fait des contraintes du milieu pénitentiaire, avec notamment la proposition d'ouverture d'un numéro vert pour joindre une équipe composée de professionnels de santé mentale (à l'instar de ce qui est déjà existant pour d'autres thématiques comme VIH, hépatites, addictions…). La confidentialité des correspondances n'étant pas garantie en prison, l'équipe propose que les cartes postales soient remises en main propre, par les soignants des unités sanitaires, directement à l'intéressé. Il est prévu que ce dispositif soit prochainement testé dans le nord de la France.

V. LIMITES

Ce travail comporte plusieurs limites, essentiellement d'ordre méthodologique.

On identifie un potentiel biais de recrutement du fait de la majorité de répondants travaillant en milieu hospitalier, ayant possiblement une meilleure connaissance et application des recommandations quant à la prévention du suicide et la prise en charge des familles endeuillées. On remarquera également que très peu de médecins légistes (douze) ont répondu au questionnaire par rapport aux psychiatres (quatre vingt). Cependant, cela semble coïncider avec la démographie médicale actuelle.

La méconnaissance de l'outil présenté participe également à la constitution des limites de l'étude.

Nous n'avons retrouvé que très peu de résultats significatifs, mais la démarche de l'étude n'était pas de rechercher des différences, mais plutôt d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles à propos de la prise en charge du suicide dans les deux spécialités médicales étudiées.

CONCLUSION

S'il faut accepter l'idée qu'il y aura toujours des suicides, la part de ceux qui sont considérés, à posteriori, comme évitables devrait se réduire.

L'autopsie psychologique a alors toute sa place, tant en matière de recherche que dans le domaine de l'expertise psychiatrique, pour enrichir les connaissances actuelles sur le suicide, ses facteurs de risque, ses déterminants et sa prévention.

Dans le cadre de la recherche, les deux synthèses successives de l'Inserm ont permis d'établir des recommandations de bonnes pratiques ouvrant ainsi le champ à l'utilisation de l'autopsie psychologique dans ce domaine en France.

Dans le cadre judiciaire et médicolégal, la validité scientifique de l'outil est reconnue à l'échelle internationale, et utilisée de manière courante dans différentes zones géographiques (Etats-Unis, pays anglo-saxons…). L'autopsie psychologique, de par son analyse clinique argumentée, a donc toute sa place dans le cadre d'une expertise judiciaire.

Dans l'ensemble, psychiatres et médecins légistes semblent aborder la question du suicide de manière similaire. Cependant, nous avons relevé une hétérogénéité quant à l'attribution de l'expertise de chacun dans l'explicitation du phénomène suicidaire.
Une meilleure coordination entre les différentes institutions, notamment entre médecine légale et psychiatrie, et de nombreux partenariats semblent à développer de manière prioritaire.

Enfin, il est important de souligner l'effet bénéfique des entretiens rapportés par les proches de sujets suicidés, argument supplémentaire en faveur du développement de l'outil sur le territoire français.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Prévention du suicide [Internet]. WHO. [cited 2019 Feb 9]. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/fr/

2. Observatoire National du Suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2019 Feb 14]. Available from: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence

3. Autopsie Psychologique : Mise en œuvre et démarches associées [Internet]. [cited 2019 Jan 7]. Available from: http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/79

4. Observatoire National du Suicide. L'Observatoire national du suicide (ONS) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2019 Feb 14]. Available from: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons#Creation-de-l-Observatoire-national-du-suicide

5. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

6. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2019 Feb 14]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/

7. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010 – édition janvier 2014 [Internet]. [cited 2019 Feb 14]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-edition-janvier-2014

8. Ministère de la Justice. Direction de l'administration pénitentiaire [Internet]. [cited 2019 Feb 14]. Available from: http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/direction-de-ladministration-penitentiaire-10025/

9. Durkheim E. Le Suicide. 1987.

10. Jodelet D. Les représentations sociales [Internet]. 2003 [cited 2019 Feb 14]. Available from: https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656.htm

11. Abric JC. Méthodes d'étude des représentations sociales [Internet]. 2005 [cited 2019 Feb 14]. Available from: https://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238.htm

12. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. Suicide Life Threat Behav. 2013 Aug;43(4):406–17.

13. Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. Am J Prev Med. 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S235-243.

14. Goethe. Les Souffrances du jeune Werther. 1774.

15. Phillips DP. The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. Am Sociol Rev. 1974;39(3):340–54.

16. Sudak HS, Sudak DM. The media and suicide. Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. 2005 Dec;29(5):495–9.

17. Queinec R, Beitz C, Contrand B, Jougla E, Leffondré K, Lagarde E, et al. Copycat effect after celebrity suicides: results from the French national death register. Psychol Med. 2011 Mar;41(3):668–71.

18. Mozart. La flûte enchantée (Die Zauberflöte). 1786.

19. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. Br J Psychiatry. 2010 Sep;197(3):234–43.

20. Goldney RD, Davis AT, Scott V. The international association for suicide prevention: the first 50 years. Crisis. 2013;34(2):137–41.

21. Kaess M. Suicide prevention. BMJ. 2012 Aug 31;345:e5779.

22. Müller Rörich T. Patient Perspective on Suicide and Suicide Prevention in the Context …. Bipolar Disord [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 14]; Available from: https://fr.slideshare.net/ISBD/patient-perspective-on-suicide-and-suicide-prevention-in-the-context-of-depression-and-barriers-in-the-health-care-system

23. Shneidman E. Autopsy of a suicidal mind. Oxford; 2004.

24. Dionne F, Réal L. A propos de la souffrance et du suicide: la théorie d'edwin S. Shneidman. Rev Québécoise Psychol. 2005;

25. Debout M. La France du suicide. Stock. 2002.

26. Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention [Internet]. [cited 2018 Dec 20]. Available from: http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/62

27. Glasofer DR, Brown AJ, Riegel M. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). In: Wade T, editor. Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2015 [cited 2019 Jan 23]. p. 1–4. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-981-287-087-2_80-1

28. LESAGE AD, BOYER R, GRUNBERG F, VANIER C, MORISSETTE R. Suicide and mental disorders: a case control study of young men. Am J Psychiatry. 1994;

29. TURECKI G, ZHU J, TZENOVA J, LESAGE A, SEGUIN M, et coll. TPH and suicidal behaviour: a study in suicide completers. Mol Psychiatry. 2001;

30. BRENT DA. The psychological autopsy method: methodological considerations for the study of adolescent suicide. Suicide Life Threat Behav. 1989;

31. SEGUIN M. Trajectoire de vie et résilience des personnes suicidaires. Rev Front. 1994;

32. CASPI A, MOFFIT T, THORNTON A. The life history calendar: a resaerch and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. Int J Methods Psychiatry Res. 1996;

33. 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;

34. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies des Troubles Mentaux et Troubles du Comportement. Masson; 1996.

35. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2013.

36. Ger S, V GL, G PP. Quick Personality Assesment Schedule.

37. Moran. Standardised Assesment of Personnality - Abreviated Scale.

38. Desaive P. L'autopsie psychologique : applications cliniques et juridiques. Cah Psychol Clin. 2016 Sep 16;n° 47(2):75–94.

39. Abondo M, Masson M, Le Gueut M, Millet B. L'autopsie psychiatrique. L'Encéphale. 2008 Sep 1;34(4):343–6.

40. Cavanagh T, Carson A, Sharpe M, Lawrie S. Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review. Psychol Med [Internet]. 2003 [cited 2019 Feb 10]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/10798556_Psychological_Autopsy_Studies_of_Suicide_A_Systematic_Review

41. Duberstein PR, Conwell Y, Caine ED. Age Differences in the Personality Characteristics of Suicide Completers. Psychiatry. 1994 Aug 1;57(3):213–24.

42. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;155–165.

43. Chiu H, Yip P, Chan S, Tsoh J, Kwan C, Li S, et al. Elderly suicide in Hong Kong - a case-controlled psychological autopsy study. Acta Psychiatr Scand. 2004;

44. Pitkälä K, Isometsä ET, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Elderly suicide in Finland. Int Psychogeriatr. 2000 Jun;12(2):209–20.

45. Carney SS, Rich CL, Burke PA, Fowler RC. Suicide over 60: the San Diego study. J Am Geriatr Soc. 1994 Feb;42(2):174–80.

46. Rich CL, Sherman M, Fowler RC. San Diego Suicide Study: the adolescents. Adolescence. 1990;25(100):855–65.

47. Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. J Affect Disord. 1988 Dec;15(3):227–33.

48. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996 Apr 1;53(4):339–48.

49. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15–24: a psychological autopsy study. J Affect Disord. 2001 Mar 1;63(1):159–70.

50. Koplin B, Agathen J. Suicidality in children and adolescents: a review. Curr Opin Pediatr. 2002 Dec;14(6):713.

51. Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Isometsä ET, Lönnqvist JK. Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995 Oct;34(10):1297–307.

52. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. Am J Psychiatry. 2003 Jun;160(6):1093–9.

53. Hietanen P, Lönnqvist J, Henriksson M, Jallinoja P. Do cancer suicides differ from others? Psycho‐Oncology. 1994 Oct 1;3(3):189–95.

54. Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. J Affect Disord. 1995 Dec 24;36(1):11–20.

55. De Leo D, Hickey PA, Meneghel G, Cantor CH. Blindness, fear of sight loss, and suicide. Psychosomatics. 1999 Aug;40(4):339–44.

56. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. Am J Psychiatry. 2002 Jun;159(6):909–16.

57. Owens C, Booth N, Briscoe M, Lawrence C, Lloyd K. Suicide outside the care of mental health services: a case-controlled psychological autopsy study. Crisis. 2003;24(3):113–21.

58. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. Am J Psychiatry. 2003 Apr;160(4):765–72.

59. Légeron P. Ne tuons pas l'autopsie psychologique du suicide au travail ! J Thérapie Comport Cogn. 2008 Dec 1;18(4):125–6.

60. Terra J-L. Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention.Rapport de mission remis au garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. 2003;235.

61. Terra J-L. Prévenir le suicide en abordant la souffrance psychique. Prat En Santé Ment. 2004;

62. Proulx F, LESAGE A, Grunberg F. One hundred in-patients suicides. Br J Psychiatry. 1997;

63. Appelby L, Shaw J, Amos T, McDonnel R, Harris C. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. BMJ. 1999;

64. Désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte". 2001 [cited 2019 Feb 9]; Available from: http://psydocfr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/seguin1.html

65. Krug E, Powell K, DAHLBERG L. Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle- income countries | International Journal of Epidemiology | Oxford Academic. Int J Epidemiol [Internet]. 1998 [cited 2019 Feb 9]; Available from: https://academic.oup.com/ije/article/27/2/214/703504

66. Terra J-L. Fabriquer de la prévention pour lutter contre un destin tragique: stratégie nationale et premières applications. In: Le suicide et sa prévention Emergence du concept, actualités des programmes. 2005.

67. Hernetkoski K, Keskinen E. Self-destruction in Finnish motor traffic accidents in 1974-1992. Accid Anal Prev. 1998 Sep;30(5):697–704.

68. Lam LT, Norton R, Connor J, Ameratunga S. Suicidal ideation, antidepressive medication and car crash injury. Accid Anal Prev. 2005 Mar;37(2):335–9.

69. Loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires.

70. Décret n°74-1184 du 31 décembre 1974 relatif aux experts judiciaires. 74-1184 Dec 31, 1974.

71. Bonne E. La santé des suicidés: à propos de 308 patients suicidés recensés dans le service de médecine légale de Saint-Etienne et de l'Institut de médecine légale de Lyon entre le 1er mai 2003 et le 31 octobre 2004. [Thèse de médecine]. St Etienne; 2005.

72. Chapple A, Ziebland S, Hawton K. Taboo and the different death? Perceptions of those bereaved by suicide or other traumatic death. Sociol Health Illn. 2015;37(4):610–25.

73. Tal I, Mauro C, Reynolds III CF, Shear MK, Simon N, Lebowitz B, et al. Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. Death Stud. 2017 Jun 5;41(5):267–75.

74. Linde K, Treml J, Steinig J, Nagl M, Kersting A. Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. Virgili G, editor. PLOS ONE. 2017 Jun 23;12(6):e0179496.

75. Abbott CH, Zakriski AL. Grief and Attitudes Toward Suicide in Peers Affected by a Cluster of Suicides as Adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2014;44(6):668–81.

76. Baumann R, Stark S. The role of forensic death investigators interacting with the survivors of death by homicide and suicide. J Forensic Nurs. 2015 Mar;11(1):28–32.

77. Eck M, Scouflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse Médicale [Internet]. 2019 Jan 23 [cited 2019 Feb 9]; Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075549821830455X

INDEX

BAAC : Bordereaux d'Analyse des Accidents Corporels

CépiDc : Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSCR : Délégation à la Sécurité et à la Circulation Routières

DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

ICD : International Classification of Diseases

Inpes : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MDMA : méthylènedioxyméthamphétamine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

SCID : Structured Clinical Interview for DSM-IV

SDT-U : Soins à la Demande d'un Tiers - Urgent

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

UCLA : Université de Californie à Los Angeles

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

ANNEXES

Annexe A

Questionnaire de thèse : autopsie psychologique dans le suicide.

1. Quelle est votre spécialité d'exercice ?
   - Psychiatrie
   - Médecine légale

2. Quel est votre mode d'activité ?
   - Interne
   - Hospitalier
   - Libéral

3. Connaissez-vous l'autopsie psychologique ?
   - Oui
   - Non

4. Avez-vous déjà été confronté au suicide dans votre vie personnelle ?
   - Oui
   - Non

5. Avez-vous déjà été confronté au suicide dans votre vie professionnelle ?
   - Oui
   - Non

6. Le suicide est-il accessible à des mesures de prévention ?
   - Oui
   - Non

7. Si oui, lesquelles ?
   - Réponse :

8. Quels adjectifs utiliseriez vous pour qualifier le suicide ? (Plusieurs réponses possibles)
    - Pathétique
    - Superficiel
    - Immoral
    - Courageux
    - Irresponsable
    - Embarrassant
    - Noble
    - Stupide
    - Lâche
    - Dévoué
    - Solitaire
    - Perdu
    - Autre :
    - Aucun

9. Quelle(s) affirmation(s) vous semble(nt) juste(s) à propos du suicide ? (Plusieurs réponses possibles)
    - La plupart des gens qui se suicident sont psychotiques
    - Parler de suicide à une personne augmente systématiquement son risque de passage à l'acte
    - Une personne suicidaire le sera toute sa vie, et entretiendra constamment des pensées suicidaires
    - Toutes les personnes qui se suicident ne le programment pas à l'avance
    - S'ils étaient évalués par des psychiatres, toutes les personnes qui se donnent la mort seraient diagnostiquées dépressives
    - Les personnes qui parlent de suicide se suicident rarement
    - Une personne qui veut se suicider peut changer d'avis rapidement

On estime en France une sous évaluation du taux de suicide annuel de 20%, du fait du manque d'information concernant les décès au moment du remplissage du certificat de décès.
Dans les cas de mort suspecte ou violente, le certificat de décès prévoit que l'on coche « obstacle médico-légal ». Si ce dernier est suivi d'une autopsie, un troisième volet médical est alors à remplir par le médecin légiste afin de mieux préciser les causes de la mort.

10. L'autopsie médico-légale a une utilité dans le suicide :
    - Optimale
    - Indispensable
    - Limitée
    - Insuffisante
    - Obsolète
    - Nulle

11. Selon vous, remplir le troisième volet du certificat de décès pourrait-il avoir un intérêt pour déterminer l'origine suicidaire d'un décès ?
    - Oui
    - Non

12. Argumentez, décrivez les limites de l'outil:

Selon l'INSERM, l'autopsie psychologique est un outil clinique et un outil de recherche susceptible d'éclaircir les circonstances d'un décès dans les cas de suicide, d'homicide ou de mort suspecte.
Elle se focalise sur les aspects psychologiques de la survenue du décès. Son objectif est de comprendre tant les circonstances que l'état d'esprit de la victime au moment de son acte.

13. Quelle(s) personne(s) peuvent apporter des éléments de réponse pour expliquer le geste suicidaire ? (plusieurs réponses possibles)
    - Psychiatre traitant
    - Médecin traitant
    - Médecin légiste
    - Entourage personnel
    - Entourage professionnel

14. En cas de suicide, avez-vous déjà contacté certaines des personnes précédemment citées pour obtenir davantage d'informations ?
    - Oui
    - Non

15. Si oui, qui ?

16. Dans quelles mesures peut-on proposer une prise en charge aux familles endeuillées par le suicide d'un proche ?
    - Pas de nécessité de prise en charge
    - Suivi nécessaire systématiquement
    - Entretiens de débriefing
    - Prise en charge par des associations
    - Prise en charge par le psychiatre traitant du sujet suicidé

17. A quelle période est-il préférable de rencontrer les proches pour réaliser un recueil d'informations autour du suicide du défunt ?
    - Immédiatement après le décès
    - Entre 1 et 3 mois après le décès
    - Entre 3 et 6 mois après le décès
    - Au moins un an après le décès
    - Au moins 5 ans après le décès
    - Jamais

18. Pensez-vous que la responsabilité médicale d'un médecin ayant pris en charge un sujet suicidé doit être engagée :
    - Jamais
    - Systématiquement
    - Dans certains cas précis

19. Dans quelles situations estimez-vous que l'autopsie psychologique s'avère indiquée ?

Annexe B : Cas cliniques

Cas 1

Monsieur N., 33 ans, a été hospitalisé en service intersectoriel d'hospitalisation de semaine suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire au BROMAZEPAM (LEXOMIL ®).

- *Biographie :*

Le patient travaille comme gérant de sa société de serrurerie.
Il est séparé depuis peu de son épouse, avec une procédure de divorce en cours, suite à 11 ans de vie commune et 4 ans de mariage.
Il n'a pas d'enfant.

- *Antécédents :*

- Psychiatriques : notion de suivi dans l'enfance pour trouble des conduites.
- Médico-chirurgicaux : péricardite depuis une semaine.
- Toxiques : consommation de cannabis, héroïne et alcool à l'adolescence durant deux ans, sevré depuis.
- Traitements en cours : aucun.

- *Histoire de la maladie :*

En mars de l'année précédente, alors enceinte, l'épouse de Monsieur N. fait une fausse couche spontanée.
En mai, la femme du patient lui annonce brutalement sa décision de se séparer de lui. Selon la volonté de Monsieur N., le couple consulte un thérapeute de couple pendant trois mois mais décide finalement d'ouvrir une procédure de divorce en décembre.
Le patient suspecte ensuite une relation extra-conjugale, avec surveillance des SMS de sa femme, puis se retrouve devant le fait accompli le 21 janvier.

- *Anamnèse des faits :*

Le 27 janvier, le patient, après envoi d'un SMS d'adieu à son ex-épouse, réalise un passage à l'acte scénarisé et planifié par surcharge médicamenteuse volontaire en benzodiazépines (vingt-huit comprimés de BROMAZEPAM) puis tente de se planter un couteau en région cardiaque, sans succès du fait de la sédation induite.
Suite à la réception du SMS, son ex-femme se rend à son domicile, et prévient les pompiers à la découverte du patient inconscient.
Il est transféré aux urgences somatiques pour prise en charge, puis aux urgences psychiatriques dans la nuit du 27 au 28 janvier lorsque son état clinique le permet.

- *Première évaluation :*

Aux urgences psychiatriques, l'importante sédation médicamenteuse péjore l'évaluation, mais il est tout de même constaté un contact froid, des idéations suicidaires toujours présentes sans critique du passage à l'acte.
La présentation clinique du patient est en faveur d'un épisode dépressif caractérisé de sévérité importante.

- *Proposition de prise en charge :*

Une prise en charge en hospitalisation de semaine en unité intersectorielle a été proposée, initialement acceptée.
Le diagnostic retenu aux urgences psychiatriques est confirmé, avec élimination d'éléments de mixité ou de composante maniaque, ainsi que d'éléments délirants ou de parasitage dissociatif. La critique du geste reste très superficielle.
Le patient décide rapidement de ne pas poursuivre la prise en charge proposée.
Un entretien est alors réalisé en présence de ses deux parents, avec délivrance d'une information claire, loyale et appropriée sur la nécessité de la poursuite de la période d'évaluation et d'observation, ainsi que sur les différents projets de soins possibles. Une solution consensuelle de retour au domicile le 28 janvier au soir sous la surveillance des parents est consentie par les médecins, le patient et sa famille.

- *Evolution :*

Le patient se présente à nouveau dans le service le lendemain, en demande d'hospitalisation.

L'évolution clinique est rapidement marquée par une critique d'allure authentique du geste auto-agressif avec inscription dans une démarche de soins active permettant l'introduction d'un traitement antidépresseur et le renforcement de l'anxiolyse.
Cette évolution clinique favorable et la qualité de l'étayage familial permettent une sortie en permission de week-end le 31 janvier au domicile des parents.
Le 3 février, le père de Monsieur N. téléphone au médecin en charge des soins de son fils pour l'informer du suicide de son fils par précipitation le samedi soir à son domicile.
Le passage à l'acte a eu lieu de manière solitaire, avec une lettre laissée à l'adresse de ses parents.

Les parents de Monsieur N. ont pu bénéficier d'une première rencontre avec le médecin responsable de la prise en charge et son chef de service pour reprendre la situation, dans le cadre d'un entretien de soutien familial.
Ce premier entretien a été suivi d'un second, permettant à la famille d'accepter le geste de leur proche, et ainsi faire son travail de deuil.

➔ Discussion

Dans le cas de Monsieur N., plusieurs éléments sont en faveur de l'intérêt de l'autopsie psychologique pour mieux connaître les raisons du passage à l'acte.
Premièrement, l'objectif principal de l'autopsie psychologique est de tenter de comprendre ce qui a pu conduire au geste suicidaire, d'identifier et expliquer les raisons du suicide. Dans la situation de Monsieur N., nous ne disposons que de très peu d'informations à la lecture du dossier médical, son contact seulement très récent avec la psychiatrie n'ayant pas permis de reprendre de manière exhaustive son histoire globale.
Ensuite, un autre objectif de l'outil présenté est d'évaluer les facteurs de risque suicidaire que présentait la personne. Bien que des événements stressants aient pu être identifiés de prime abord, peut-être ne sont-ils pas les seuls à avoir contribué au mal-être et à la détresse de Monsieur N. Une étude plus approfondie de son histoire de vie et de sa personnalité, de son environnement et fonctionnement psycho-social, ainsi que la recherche de diagnostic antérieur de trouble de l'humeur y aurait

contribué. En effet, plusieurs sphères de développement de la trajectoire de vie de Monsieur N. demeurent inconnues ou incomplètes, notamment la notion d'épisodes de difficultés personnelles, des facteurs de protection, une éventuelle recherche de service. L'autopsie psychologique aurait pu permettre d'identifier des facteurs de risque propres à Monsieur N. et éventuellement de faire de la postvention auprès des proches. De plus, le choix du médecin traitant comme informant supplémentaire aurait pu mettre le jour sur des éléments que le patient aurait pu taire auprès de ses proches.

Un autre objectif de l'autopsie psychologique est de disposer d'un outil thérapeutique permettant d'aider les survivants d'un suicide. Dans le cas présent, la famille s'est montrée dans une alliance forte avec l'équipe médicale, remerciant la prise en charge proposée à leur proche, mais aussi l'accompagnement dont elle a bénéficié après le suicide. Ils ont pu ainsi verbaliser que leur travail de deuil ne nécessitait pas forcément de connaître les raisons précises du passage à l'acte, ni même d'en trouver un élément responsable. En effet, l'acceptation du décès est pour eux passée par la qualité de la prise en charge proposée et l'investissement des équipes. Ces derniers éléments vont à l'encontre de la réalisation d'une autopsie psychologique, protocole lourd et coûteux humainement (tant pour l'enquêteur que pour l'informant), dans un contexte où la famille n'éprouverait pas le besoin d'aller plus loin dans la compréhension du geste.

Cas 2

Monsieur A., patient de 22 ans, pris en charge pour trouble bipolaire de type I par le service psychiatrique de secteur.

- *Biographie :*
    - *Famille :*

Les parents de Monsieur A. sont divorcés, le lien est maintenu avec les deux.
Le patient a un frère jumeau homozygote.

    - *Cursus universitaire :*

Monsieur A. a fait une première terminale L puis a été titulaire d'un Bac ES avec mention.
A la rentrée 2014, il débute des études en STAPS, qu'il interrompt 2 mois après la rentrée.
A la rentrée 2015, Monsieur A. entame une première année d'Arts Appliqués.

    - ***Professionnel :***

Monsieur A. a travaillé comme barman aux Philippines durant un mois et demi au début de l'année 2015.

    - *Mode de vie :*

Monsieur A. vit chez sa mère avec son frère jumeau, qui déménage ensuite en Bretagne.
Il est célibataire sans enfant.
Il est sportif de haut niveau en voile.

- *Antécédents :*
    - *Antécédents médico-chirurgicaux :*

Aucun.

    - *Antécédents familiaux :*

- Trouble bipolaire de type I chez le frère jumeau homozygote (premier épisode postérieur à Monsieur A.), présentant un profil de métabolisme ultra-rapide du cytochrome CYP1A2 (retrouvé chez les deux frères).
- Dépression chez une tante paternelle.

  - *Antécédents toxiques :*

En 2015, Monsieur A. allègue des antécédents de consommations ponctuelles de MDMA, cocaïne, metamphétamine, champignon hallucinogène.

    - Cannabis :

2014-2015 : Monsieur A. rapporte une consommation active durant 6 mois, sevrée en avril 2015.
La consommation redevient quotidienne depuis fin 2015, sans sevrage depuis.

- *Bilans paracliniques :*
- ECG juin 2015 : normal.
- ECG janvier 2016 : normal.
- Bilan biologique janvier 2016 : rhabdomyolyse qui se normalisera en quelques jours.
- Scanner cérébral février 2016 : normal.
- IRM cérébrale février 2016 : normale.
- Phénotypage du cytochrome CYP1A2 : profil de métaboliseur ultra-rapide (voie métabolique majeure).
- Génotypage du cytochrome CYP2D6 : activité normale.
- Génotypage du cytochrome CYP2C19 : absence d'allèles CYP2C19*2 et CYP2C19*17 ne permettant pas d'obtenir d'information sur l'activité des produits codés.

- *Histoire de la maladie :*
  - *Année 2014*

Monsieur A. présente un début de fléchissement thymique en début d'année avec franche aggravation au mois de septembre, caractérisée par une perte des centres d'intérêts, des difficultés sociales et affectives.

- *Année 2015*
  - Avril 2015

On identifie un premier contact avec la psychiatrie à l'âge de 20 ans.
Monsieur A. consulte un psychiatre de ville puis un addictologue hospitalier suite à une prise de psychostimulants (crystal métamphétamine) lors d'un séjour professionnel d'un mois et demi aux Philippines. Cette consommation aurait entraîné une aggravation de la symptomatologie dépressive présentée depuis la fin d'année précédente.
Le psychiatre de ville est consulté quelques jours après son retour suite à un épisode de déréalisation, et prescrit un traitement par :

- CYAMEMAZINE (TERCIAN®) 25 mg : un comprimé par jour ;
- CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE (TRANXENE®) 10 mg : 4 comprimés par jour ;
- MIRTAZAPINE (NORSET®) 15 mg : 2 comprimés par jour.

L'entretien ne met pas en évidence de syndrome de manque physique ou psychique. En revanche, est au premier plan une symptomatologie clinique d'allure dépressive avec ruminations anxieuses.
Un suivi ambulatoire mensuel est proposé.

Le traitement par neuroleptique et benzodiazépine est interrompu spontanément par le patient dans les quinze jours qui suivent la première consultation.

  - Juin 2015

Le suivi ambulatoire constate une persistance de la symptomatologie clinique anxio-dépressive, accompagnée d'un isolement social avec vécu persécutoire des relations sociales (sentiment de trahison) et une faible estime de soi.
Une prise en charge psychologique adjuvante est proposée.

Par ailleurs une évaluation en hôpital de jour d'addictologie est réalisée, posant un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé avec pour comorbidité un abus d'alcool.

La conscience du trouble dépressif n'est que partielle.

- Octobre 2015

Le patient est revu en consultation d'addictologie après une rupture de suivi de plusieurs mois. Le traitement antidépresseur a été interrompu par son psychiatre de ville au mois d'août.
Il a présenté un épisode d'alcoolisation massive en juillet avec passage en garde à vue.
Le patient a repris ses études avec une formation en Arts Appliqués.
Un suivi mensuel est à nouveau proposé ainsi qu'une psychothérapie.

- *Année 2016*
  - Janvier 2016 – Avril 2016 : première hospitalisation

Le patient se présente au service d'addictologie suite à une rupture de suivi depuis octobre 2015. Il est orienté vers les urgences devant une demande de prise en charge en clinique formulée par la famille.

Monsieur A. est adressé par les pompiers à la demande de son frère et de sa tante aux urgences psychiatriques le 27 janvier pour des troubles du comportement évoluant depuis deux jours.
A son arrivée, il présente un état de souffrance et d'agitation anxieuse tel qu'il lui est impossible de faire part de son vécu. Il est dans une ambivalence extrême.
Le psychiatre traitant ainsi que les proches rapportent des propos délirants, non retrouvés à l'entretien du fait du mutisme du patient.
Le patient est hospitalisé sous contrainte en SDT-U, son frère rédigeant la demande de tiers.
Le lendemain, devant une mise en danger permanente du patient, une désorganisation psycho-comportementale, une labilité thymique et une impossibilité de mener un entretien de qualité, le patient est pris en charge en chambre d'isolement thérapeutique.
Il est transféré des urgences en service d'hospitalisation psychiatrique de secteur.
Le patient est admis dans l'unité en chambre d'isolement thérapeutique.
Sur le plan thymique, on caractérise une symptomatologie maniaque : l'humeur est exaltée avec hypertrophie du moi, désinhibition, familiarité. Il a un sentiment de bien-

être intense avec une insomnie quasi-totale sans fatigue. On note également un amaigrissement depuis plusieurs semaines par absence d'appétit et désorganisation.

Les symptômes thymiques s'associent à des éléments psychotiques avec un délire mégalomaniaque et messianique congruent à l'humeur. Il ne décrit pas d'hallucinations acoustico-verbales mais un phénomène de l'ordre de l'intuition, de l'hypersyntonie et une hypersensibilité aux stimuli de son environnement. Ces idées s'associent à un sentiment de déréalisation. Les idées délirantes sont mal structurées, la participation affective est majeure et l'adhésion totale. Il présente également un état dissociatif idéo-comportemental et une désorganisation majeure. L'appétence pour les toxiques est intense, le patient associant le cannabis à un traitement qui « ralentit quand ça va trop vite ».

Son évolution sera alors marquée par la nécessité de prise en charge en chambre d'isolement thérapeutique durant un mois devant une absence de modification de l'état clinique malgré un traitement thymorégulateur par DIVALPROATE DE SODIUM (DEPAKOTE®) et anti-psychotique par OLANZAPINE (ZYPREXA®) à posologie maximale.

Le patient a été un temps sous quadrithérapie LITHIUM (TERALITHE®) – DIVALPROATE DE SODIUM (DEPAKOTE®) – OLANZAPINE (ZYPREXA®) – QUETIAPINE (XEROQUEL®), permettant ainsi une régression symptomatique et une sortie progressive de chambre d'isolement thérapeutique.

L'état clinique se stabilise sous bithérapie QUETIAPINE (XEROQUEL®) – LITHIUM (TERALITHE®). Les traitements symptomatiques sédatifs n'ont été que peu efficaces, au prix d'effets secondaires contre-indiquant l'utilisation de LOXAPINE (LOXAPAC®).

L'hospitalisation a été marquée par la nécessité de retour en chambre d'isolement thérapeutique quelques jours suite à une recrudescence symptomatique au moment des premières permissions de weekend et lors d'un passage à l'acte auto-agressif par scarification au couteau sur les bras et le torse dans un contexte de frustration.

Les permissions ont pu se dérouler à partir de la mi-mars avec la réalisation d'un programme de soins.

Un événement familial très perturbant est également survenu quelques semaines avant la sortie : l'hospitalisation sous contrainte de son frère jumeau pour un premier accès maniaque, sur un autre secteur.

L'alliance thérapeutique a été difficile à obtenir du fait de l'absence de reconnaissance des troubles et d'idées de persécution.
Au moment de la sortie, Monsieur A. parvient à mettre à distance les idées délirantes qui persistent mais ne péjorent pas son fonctionnement à l'extérieur. L'insight est alors bon concernant les troubles thymiques. Le patient se montre volontaire dans la participation à ses soins et accepte de participer à un programme de psychoéducation et de préparation à la sortie d'hospitalisation au centre médico-psychologique.
Il quitte l'hospitalisation le 6 avril et sera suivi en ambulatoire par un psychiatre du secteur, avec une levée de la mesure de soins sous contrainte.
Son traitement est alors le suivant :

- QUETIAPINE (XEROQUEL®) 800 MG le soir
- LITHIUM (TERALITHE®) 800 MG le soir
- DIAZEPAM (VALIUM®) 10 MG le soir
- CYAMEMAZINE (TERCIAN®) 25 MG le matin, 50 MG le soir

- Avril 2016 – Mai 2016 : soins ambulatoires

14 avril 2016 : Le patient est vu en entretien par son psychiatre suite à un appel de sa mère expliquant sa défection aux deux dernières séances du programme de psychoéducation et d'accompagnement à la sortie et consommation de toxiques.
Le patient est euthymique à l'entretien, ne présente pas de tension interne anxieuse. Il décrit une consommation de toxiques contrôlée, à visée anxiolytique du fait d'un manque d'efficacité et d'une iatrogénie handicapante des traitements psychotropes. Il semble alors prendre conscience du danger d'une consommation de toxiques et identifie bien le potentiel décompensogène. La consommation serait d'un joint de cannabis le soir, du fait d'une anxiété vespérale depuis la sortie dans un contexte de réadaptation plus difficile selon lui que prévue. Monsieur A. ne rapporte pas d'idées dépressives, ni d'idéations morbides ou suicidaires mais un sentiment d'inutilité vis-à-vis de sa maladie.

A sa consultation du 19 avril 2016, Monsieur A. présente un état clinique stable comparativement à sa précédente évaluation.

A la consultation du 3 mai 2016, Monsieur A. présente un état clinique stable dans l'ensemble, mais évoque des phases, à l'emporte-pièce, où il présente des idées étranges qu'il est alors capable de critiquer. Il mentionne également une difficulté à tolérer la frustration. Par ailleurs, une sédation iatrogène est objectivée en entretien, justifiant une diminution de la posologie des traitements anxiolytiques avec surveillance attentive.

- Mai 2016 : hospitalisation

Monsieur A. est admis aux urgences psychiatriques le 8 mai, adressé par les urgences somatiques suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire massive survenue 48 heures auparavant. Il aurait ingéré jusqu'à 60 comprimés de QUETIAPINE (XEROQUEL®) et une boîte complète de LITHIUM (TERALITHE®).

L'entretien aux urgences est difficile du fait de la sédation et d'une dysarthrie iatrogène encore persistante.

Il semble cependant logorrhéique, tachypsychique, avec un discours dispersé et parfois incohérent, évoquant peu les circonstances de son arrivée et sa volonté de mourir. Ses proches évoqueront pourtant ensuite la présence d'un courrier d'adieu laissé par Monsieur A.

Une proposition d'hospitalisation aux urgences en soins libres est formulée, dans l'attente d'une chambre disponible sur son secteur, le patient accepte malgré une ambivalence quant à la nécessité des soins.

Monsieur A. décrit un passage à l'acte impulsif et à priori non prémédité en lien avec un mal être dont il date le début trois mois plus tôt. Il explique alors avoir un sentiment d'étrangeté mêlé d'incompréhension de son entourage, et générant alors une angoisse quotidienne. On retrouve par ailleurs une participation délirante, en lien avec les problèmes de santé actuels de son frère jumeau.

Le lendemain, le patient est pris en charge en hospitalisation de secteur en soins libres. A son arrivée, le contact est de qualité, le patient est calme, expliquant ne pas vouloir d'une hospitalisation prolongée, mais préférant partir quelques jours plus tard, décrivant un passage à l'acte isolé qui ne se reproduira plus.

Il justifie finalement ce geste par une explication délirante centrée autour de phénomènes de télépathie. Il n'existe à ce moment aucune critique des événements.

En plus des idées délirantes de télépathie, le patient décrit également un phénomène de vol de pensée et présente de nombreux barrages et coq à l'âne. La thymie est triste sans idées noires au moment de l'entretien mais le caractère fluctuant des symptômes impose une réévaluation très rapprochée.

Au regard des résultats des différentes explorations métaboliques pharmacocinétiques et pharmacogénétiques, un changement radical du traitement de fond est décidé, avec mise en place d'un traitement par AMISULPRIDE (SOLIAN®) jusqu'à une posologie de 400 MG par jour.

La rémission symptomatique est alors rapide, permettant un bon déroulement des permissions rapporté par les proches. Toutefois, le patient présente un syndrome thymique persistant avec une hypersyntonie franche amenant une décision d'ajouter un traitement thymorégulateur et antipsychotique adjuvant par ARIPIPRAZOLE (ABILIFY®) à une posologie de 15 MG par jour, sans iatrogénie retrouvée. Le patient reconnaît rapidement des bénéfices cliniques à la mise en place de ce traitement. Monsieur A. se verra alors proposer un traitement neuroleptique retard avec présentation de ses avantages par ABILIFY MAINTENA® 400 MG auquel il se montrera favorable.

Il quitte l'hospitalisation le 25 mai avec un suivi ambulatoire de secteur par son psychiatre et le traitement suivant :

- AMISULPRIDE (SOLIAN®) 400 MG par jour
- ARIPIPRAZOLE (ABILIFY®) 15 MG par jour.

- Juin 2016 – Janvier 2017 : suivi ambulatoire

Le suivi ambulatoire rapproché a été marqué par la persistance d'une symptomatologie dépressive au fil des mois, avec aboulie, athymormie, troubles du sommeil, thymie basse, repli et cognitions dépressives. La symptomatologie délirante s'est par ailleurs amendée. Cette symptomatologie dépressive a motivé dès la fin du mois d'août une diminution de la posologie d'AMISULPRIDE (SOLIAN®) jusqu'à 50 MG par jour.

Monsieur A. n'a plus fait part d'idées suicidaires ou morbides. En revanche, il évoque à la fin du mois de septembre une surconsommation de cannabis et de cocaïne à visée anxiolytique, une consultation spécialisée lui est alors proposée.

Au mois d'octobre, devant la persistance du syndrome dépressif, la décision est prise d'un changement du traitement thymorégulateur par AMISULPRIDE

(SOLIAN®) au profit de l'introduction de LAMOTRIGINE (LAMICTAL®), permettant ainsi une franche amélioration clinique le premier mois à la posologie de 75 MG par jour. Cependant, devant l'efficacité évidente mais seulement partielle de ce traitement, une augmentation de la posologie à 150 MG par jour est prescrite dès le début du mois de décembre.

Début janvier, le patient présente une accélération psychomotrice évidente avec tachyphémie, tachypsychie tout en parvenant à maintenir une activité orientée sans dispersion. La thymie est relativement neutre, le contact syntone sans désinhibition ni familiarité. Monsieur A. ne présente pas de recrudescence délirante. Au regard de la symptomatologie, la posologie de LAMOTRIGINE (LAMICTAL®) est diminuée. La mère est informée de la symptomatologie clinique objectivée avec l'accord du patient, ainsi que de la nécessité de surveillance attentive et la conduite à tenir.

- Janvier 2017 – Mars 2017 : hospitalisation

Le 9 janvier, Monsieur A. est accompagné aux urgences par sa mère pour recrudescence délirante. Le contact est hypersyntone, le discours décousu, le patient est dispersé. Il présente des idées délirantes de mécanisme intuitif avec mise en danger de lui-même et autrui dans le weekend, sous tendu par ces idées délirantes (incendie du sapin de Noël chez son père avec projet de s'immoler pour être réincarné). Une hospitalisation sous contrainte sous la forme de soins à la demande d'un tiers (dont la demande de tiers est réalisée par la mère) est alors décidée. Au moment du transfert sur le service d'hospitalisation de secteur, le patient fugue des urgences. Il revient dans l'après-midi, directement en service.

Une hospitalisation en chambre d'isolement thérapeutique est décidée devant la symptomatologie présentée.

Les idées délirantes sont alors au premier plan, de mécanisme intuitif et interprétatif, de thématiques essentiellement mystique et magique. On retrouve une désorganisation idéique et comportementale franche. La thymie est neutre, le patient n'évoque pas d'idée suicidaire.

Devant un trouble de l'humeur résistant avec symptômes psychotiques sévères, un traitement par CLOZAPINE (LEPONEX®) est proposé. Devant la réticence de la mère face à l'introduction de ce nouveau traitement (effets secondaires connus et stigmatisation d'un tel traitement à son âge), une dernière proposition de traitement

par RISPERIDONE (RISPERDAL®), métabolisé par le cytochrome CYP2D6, est réalisée, à une posologie initiale de 4 MG.

L'absence de trouble du comportement permet des aménagements en service en journée, ce malgré un syndrome délirant persistant, motivant une majoration de la posologie de RISPERIDONE (RISPERDAL®) à 6 MG.

Après quelques semaines d'hospitalisation, une symptomatologie thymique émerge, sur un versant maniforme avec des fluctuations et une labilité importantes.

Fin janvier, la symptomatologie délirante n'est plus objectivable, mais l'hypomanie demeure. Le caractère très fluctuant des symptômes amène à une grande hétérogénéité des présentations cliniques au fil des jours.

Devant l'absence d'efficacité de la RISPERIDONE (RISPERDAL®) malgré une posologie de 8 MG par jour, le traitement par CLOZAPINE (LEPONEX®) est finalement introduit, avec l'accord du patient et de ses proches. L'amélioration clinique permet alors une prise en charge en chambre conventionnelle à temps plein.

Le 10 février, dans un contexte d'agitation, le patient quitte le service sans autorisation, bousculant un membre du personnel qui ouvrait alors la porte. Il revient quelques heures plus tard, ramené par les pompiers, donnant une explication cohérente des événements et évoquant un vécu difficile du cadre strict et rigide de son hospitalisation.

L'amélioration clinique permet l'organisation de permissions accompagnées, et ainsi la réalisation d'un programme de soins. Le patient présente une réponse clinique satisfaisante à une posologie de 200 MG de CLOZAPINE (LEPONEX®).

Dès lors que le patient consomme, même en quantité minime, du cannabis, on constate une dégradation clinique avec recrudescence des symptômes psychotiques qu'il critique partiellement.

Un travail psychothérapeutique est instauré durant l'hospitalisation avec la psychologue du service, et sera poursuivi en ambulatoire. Les objectifs du suivi sont de la psycho-éducation, un travail sur les cognitions et l'estime de soi.

Le 14 mars, au regard d'une thymie neutre, de l'absence de tout symptôme délirant et une stabilisation clinique, le patient quitte l'hospitalisation avec une levée de la mesure de contrainte. Son traitement de sortie est : CLOZAPINE (LEPONEX®) 200 MG par jour.

- Mars 2017 – Mai 2017 : suivi ambulatoire

Monsieur A. est suivi de manière rapprochée en consultations, permettant une surveillance clinique accrue. Par ailleurs, il bénéficie d'une poursuite du suivi hebdomadaire avec la psychologue du service. Il parvient initialement à maintenir un sevrage total en toxiques durant plusieurs semaines et élabore un nouveau projet professionnel.

Début avril, il est revu en urgence suite à un arrêt brutal de ses traitements pendant deux jours à l'occasion d'une visite rendue à son frère, expliquant ne pas avoir voulu mélanger une consommation d'alcool et de médicaments, entraînant une résurgence anxieuse et délirante sensible. Le patient a repris seul son traitement à posologie habituelle. Au niveau clinique, on retrouve un trouble du cours de la pensée avec désorganisation, persévérations, ruminations délirantes avec syndrome de référence. Monsieur A. présente des capacités de décentrage et un insight réels mais est rapidement débordé. Il n'y a cependant pas de décompensation caractérisée sur le versant thymique. Il sera revu quelques jours plus tard en consultation, avec une disparition des idéations subdélirantes et une formulation de projets adaptés avec une critique de sa situation.

Fin avril, à l'occasion d'un séjour de son frère dans le sud, les jumeaux consomment du cannabis et son frère décompense sur un versant maniaque lors de son retour à sa formation en Bretagne où il est alors hospitalisé sous contrainte. Depuis l'événement, le patient consomme très régulièrement du cannabis avec fatigue physique et morale, crises de larmes, apathie, majoration anxieuse, idées noires et de culpabilité, questionnements stériles.

Début mai, une franche amélioration clinique est constatée, la consommation de cannabis est limitée à un joint par jour, cette diminution ayant une conséquence positive sur la thymie, l'organisation idéique et entraîne une disparition des parasitages délirants. L'insight est en revanche toujours fluctuant avec une bonne capacité à élaborer sur la situation de son jumeau mais toujours de grandes difficultés à appliquer ses conclusions à sa propre situation.

Fin mai, le patient présente une résurgence de ruminations anxieuses sur la situation de son frère, des incertitudes sur l'avenir, mais des questionnements adaptés sans dispersion idéique ou rumination stérile. Devant une plainte quant à une sédation matinale, la posologie de CLOZAPINE (LEPONEX®) est diminuée à

150 MG par jour avec une prescription symptomatique adjuvante par CYAMEMAZINE (TERCIAN®).
Le 1er juin 2017, le patient se présente à son rendez-vous hebdomadaire avec sa psychologue qui objective une recrudescence de la symptomatologie délirante, avec des coqs à l'âne et une thymie triste. L'évaluation ne met pas en évidence d'idée suicidaire élaborée. Monsieur A. parvient toutefois à élaborer des projets à court et moyen terme. En considération de la dégradation clinique, la psychologue prévient le psychiatre référent du patient, qui propose de le rencontrer, ou bien d'accompagner le patient aux urgences. Devant le refus du patient d'un nouvel entretien le même jour, et en accord avec ce dernier, la mère du patient est contactée pour information sur la situation et le rendez-vous médical est avancé quelques jours plus tard, avec la possibilité de revenir en urgence si nécessaire.
Alors que son frère est hospitalisé pour une décompensation thymique sur le versant maniaque avec composante délirante, Monsieur A. se suicide par pendaison au domicile de sa mère le soir du 1er juin.

Un entretien est alors proposé aux parents du patient, en vue d'un accompagnement psychologique dans ce contexte, que ces derniers déclinent.
Des mesures de prévention et de précaution vis à vis du risque suicidaire sont par ailleurs mises en place pour son frère jumeau hospitalisé.

➔ Discussion

Dans la situation de Monsieur A., la lecture du dossier médical apporté déjà de nombreuses informations concernant l'histoire de la maladie, l'évolution, le parcours de soins du patient, permettant d'établir un diagnostic psychopathologique précis. De plus, de par la jeunesse du patient lors de son premier contact, et des informations qui ont pu être fournies, la reconstruction de la trajectoire de vie est relativement complète à partir de l'adolescence. Différents éléments permettent d'identifier des événements et symptômes, qui, cumulés, pourraient laisser comprendre un tel geste.
La famille, respectueuse de la prise en charge, demeurait toutefois distante des équipes de soin, et avait refusé la proposition d'accompagnement après le décès de

leur proche. Distance pouvant s'expliquer par plusieurs facteurs : souffrance, inquiétude quant au frère jumeau, désir de ne pas être en contact avec les personnes n'ayant pas réussi à sauver leur fils… L'intervention d'un interviewer n'étant pas intervenu à dans la prise en charge d'un de leur fils, aurait pu, via une lecture de la situation autre que par le dossier médical, permettre de faire le jour sur d'autres éléments sources de souffrance, ou bien sur des événements de vie antérieurs, n'ayant pas été mentionnés durant les soins. Par ailleurs, l'intervention d'un enquêteur tiers, extérieur à la prise en charge, aurait peut-être permis à la famille d'effectuer une démarche de postvention et ainsi d'être accompagnée dans son travail de deuil. Il aurait également pu être intéressant pour les parents de Monsieur A. de mettre en évidence les différents facteurs protecteurs ayant pu apparaître au cours de sa vie, d'une part pour accepter la mort de leur fils et ne pas se blâmer de ne pas avoir pu le sauver, mais aussi pour les mettre en avant dans l'accompagnement de son frère. Mais la famille aurait cependant pu refuser également cette intervention, peut-être trop coûteuse pour des parents supportant la double peine de perdre un enfant et devoir prévenir un éventuel suicide de son frère jumeau également malade.

L'autopsie psychologique aurait permis de mieux définir l'état mental du patient au moment de sa mort.

De plus, les résultats de l'autopsie médicolégale auraient pu permettre d'évaluer le dosage pharmacologique de ses traitements, afin d'éliminer ou de mettre en évidence une rupture thérapeutique, ou bien un surdosage ayant pu altérer le discernement de Monsieur A. au moment de son geste.

Les connaissances actuelles en matière de prévention du suicide et d'identification de facteurs de risque, provenant en partie d'études menées à partir d'autopsies psychologiques, ont cependant permis de prendre certaines mesures vis-à-vis du frère de Monsieur A. afin de prévenir tout risque suicidaire chez lui.

Cas 3

Un corps est adressé par la justice à l'Institut Médicolégal en vue de la réalisation d'une autopsie médicolégale.
Il s'agit de Monsieur F., 34 ans, dont l'autopsie a été requise pour déterminer les causes de la mort dont l'origine supposée est un suicide.

- *Biographie :*

Les éléments apportés par l'officier de Police Judiciaire nous informent :

- de l'identité du défunt : Monsieur F. 34 ans ;
- de sa profession : gendarme en activité ;
- de son statut conjugal : marié, deux enfants.

- *Antécédents :*

Selon les informations recueillies par les enquêteurs auprès de ses proches, Monsieur F. ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers, ni d'antécédent psychiatrique ou de prise de toxiques.
Il n'a pas de traitement en cours.

- *Histoire de la maladie :*

Aucun élément recueilli à ce jour par les services de police ne permet de mettre en évidence des symptômes d'allure psychiatrique dans l'histoire du défunt.

- *Anamnèse des faits :*

Monsieur F. s'est rendu la veille de l'examen médicolégal au stand de tir pour son entraînement habituel.
D'après les informations recueillies auprès des témoins et énoncées par l'officier de police judiciaire, durant la séance de tir, Monsieur F. aurait pointé l'arme contre sa tête et aurait tiré avec son arme.
Une lettre à l'adresse de ses parents a pu être retrouvée dans ses effets personnels, évoquant une situation que le défunt ne supportait plus ainsi qu'une suspicion d'adultère de sa femme.

- *Autopsie médicolégale :*

L'examen a permis de mettre en évidence un orifice d'entrée d'arme à feu au niveau temporal droit, avec un orifice de sortie pariétal gauche, et un trajet lésionnel intracérébral expliquant le décès immédiat. Des traces de poudre sont retrouvées sur la main droite.

Par ailleurs aucune lésion de défense n'est retrouvée, permettant d'argumenter l'hypothèse principale du suicide.

➔ Discussion

C'est dans ce dernier cas clinique que l'autopsie psychologique prend tout son intérêt. En effet, nous sommes ici dans une situation de suicide, chez un sujet supposé « sain » de tout trouble psychiatrique, sans aucun antécédent de tentative de suicide d'après les premiers éléments de l'enquête.

Seuls le courrier laissé par Monsieur F. et les témoignages de ses collègues présents lors du passage à l'acte permettent d'affirmer avec certitude le caractère suicidaire du décès.

Tout d'abord, la rencontre avec les proches aurait pu permettre une évaluation diagnostique au travers de la psychopathologie du défunt et sa trajectoire de vie, ainsi qu'au moyen des outils diagnostiques tels que la SCID, afin de définir si Monsieur F. souffrait ou avait souffert d'un trouble mental au cours de sa vie, et s'il avait déjà présenté des antécédents de tentative de suicide, de conduite à risque, de consommation médicamenteuse, etc.

Dans le cas d'un suicide sur le lieu de travail, l'évaluation des conditions de travail et de leur retentissement aurait également pu être pertinente.

L'autopsie psychologique aurait alors pu renseigner sur plusieurs points, objectifs primaires de l'outil : identifier et expliquer les raisons du suicide, évaluer les facteurs de risque de suicide que présentait Monsieur F., comprendre son choix, permettre à la recherche d'aider à la compréhension et à la prévention du suicide, disposer d'un outil thérapeutique permettant d'aider les proches de Monsieur F. En effet, devant la brutalité de ce décès pour les proches, sans aucun signe avant-coureur évident, l'autopsie psychologique aurait pu constituer cet outil thérapeutique permettant

d’accompagner les survivants de ce suicide dans la compréhension du geste mais aussi dans leur travail de deuil.

Il apparaît ici indispensable de pouvoir bénéficier du discours du médecin traitant, et éventuellement du psychiatre (dont la prise en charge pourrait être inconnue des proches) en tant qu’informant afin de réaliser une enquête diagnostique et étiologique plus fine, notamment au sujet d’antécédents médicaux, suicidaires, psychiatriques personnels et familiaux, ainsi que des différentes prises médicamenteuses au cours de sa vie.

Ce cas clinique illustre une situation fréquemment rencontrée en médecine légale, où de nombreuses autopsies ont lieu pour des décès par suicide, chez des sujets n’ayant aucune histoire psychiatrique connue, aucun antécédent identifié, entraînant un choc d’une brutalité extrême pour les familles. Dans ce contexte, la réalisation de l’autopsie psychologique aurait grand intérêt à être développée, tant dans la compréhension du suicide en lui-même, que pour l’accompagnement des familles et la recherche.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 patients 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(e) 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 moeurs.

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.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre