Autopsie psychologique : mise en oeuvre et démarches associées

Rémy Badoc, Agnès Batt, Frank Bellivier, Michel Debout, Benoît Delatte, Françoise Facy, Claude Got, Eric Jougla, Odile Spreux-Varoquaux, Jean-Louis Terra

▶ **To cite this version:**

Rémy Badoc, Agnès Batt, Frank Bellivier, Michel Debout, Benoît Delatte, et al.. Autopsie psychologique : mise en oeuvre et démarches associées. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale(INSERM). 2008, 156 p., références bibliographiques, tableaux, graphiques. hal-01570633

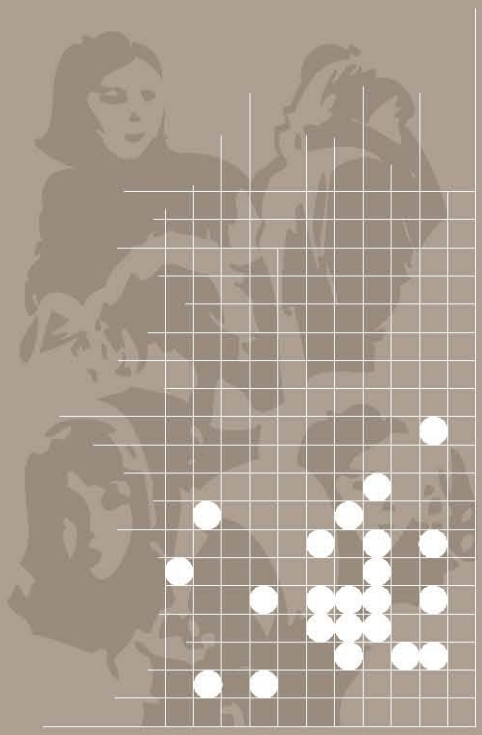
HAL Id: hal-01570633

https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570633

Submitted on 31 Jul 2017

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

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



Autopsie psychologique

Mise en œuvre et démarches associées

Expertise opérationnelle

Instituts thématiques

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Autopsie psychologique

Mise en œuvre et démarches associées

Autopsie psychologique
Mise en œuvre et démarches associées

ISBN 978-2-85598-864-0

© Les éditions Inserm, 2008 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris

Dans la même collection

- Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risques et quelle prévention ? 2000
- Dioxines dans l'environnement. Quels risques pour la santé ? 2000
- Hormone replacement therapy. Influence on cardiovascular risk ? 2000
- Rythmes de l'enfant. De l'horloge biologique aux rythmes scolaires. 2001
- Susceptibilités génétiques et expositions professionnelles. 2001
- Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. 2001
- Alcool. Effets sur la santé. 2001
- Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? 2001
- Asthme. Dépistage et prévention chez l'enfant. 2002
- Déficits visuels. Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. 2002
- Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2002
- Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. 2003
- Hépatite C. Transmission nosocomiale. État de santé et devenir des personnes atteintes. 2003
- Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver. Expertise opérationnelle. 2003
- Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. 2003
- Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. 2004
- Psychothérapie. Trois approches évaluées. 2004
- Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. 2004
- Tuberculose. Place de la vaccination dans la maladie. 2004
- Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005
- Cancer. Approche méthodologique du lien avec l'environnement. 2005
- Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. 2005
- Cancers. Pronostics à long terme. 2006
- Éthers de glycol. Nouvelles données toxicologiques. 2006
- Déficits auditifs. Recherches émergentes et applications chez l'enfant. 2006
- Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. 2006
- La voix. Ses troubles chez les enseignants. 2006
- Dyslexie, dysorthographie, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. 2007
- Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. 2007
- Croissance et puberté. Évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques. 2007
- Activité physique. Contextes et effets sur la santé. 2008

DANGER
LE PHOTOCOPILLAGE TUE LE LIVRE

Ce logo rappelle que le code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants-droits.
Le non-respect de cette disposition met en danger l'édition, notamment scientifique.

Toute reproduction, partielle ou totale, du présent ouvrage est interdite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

Couverture: conception graphique © Frédérique Koulikoff, DISC Inserm

Autopsie psychologique

Mise en œuvre et démarches associées

Expertise opérationnelle

Instituts thématiques

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Cet ouvrage présente les travaux du groupe de travail réuni par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise opérationnelle pour répondre à la demande de la Direction générale de la santé (DGS) concernant l'autopsie psychologique, sa mise en œuvre et les démarches associées. Il constitue un prolongement et un complément de l'expertise collective publiée en 2005, intitulée « Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention ».

Le Centre d'expertise collective de l'Inserm a assuré la coordination de cette expertise opérationnelle.

Groupe de travail et auteurs

Rémy BADOC, SEPIA (Suicide, écoute, prévention, intervention auprès des adolescents), Mulhouse

Agnès BATT, Département de santé publique, Faculté de médecine, Université de Rennes 1, Rennes

Frank BELLIVIER, Neurobiologie et psychiatrie, Unité Inserm 513, Créteil

Michel DEBOUT, Institut médicolégal, Hôpital Bellevue, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne

Benoît DELATTE, Hôpital psychiatrique du Beau Vallon, Saint-Servais, Belgique

Françoise FACY, Psychopathologie et pharmacologie des comportements, Inserm XR 302, Le Vésinet, UMRESTTE, Lyon

Claude GOT, Conseil national de sécurité routière, Saint-Nom-La-Bretèche

Éric JOUGLA, CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès), Inserm, Le Vésinet

Odile SPREUX-VAROQUAUX, Service de biologie, Unité de pharmacologie-toxicologie, Centre hospitalier de Versailles et Faculté de médecine Paris-Île de France Ouest, Université Versailles-St Quentin

Jean-Louis TERRA, Laboratoire santé, individu, société EA 4129, Centre hospitalier Le Vinatier, Bron, Université Lyon 1

Ont présenté une communication

Monique SÉGUIN, Université du Québec en Outaouais, Département de psychologie, Québec ; Groupe McGill d'étude sur le suicide, Université McGill – Hôpital Douglas, Verdun, Québec ; Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Université de Montréal, Montréal

Michel DEBOUT, Institut médicolégal, Hôpital Bellevue, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne

Coordination scientifique, éditoriale, bibliographique et logistique

Fabienne BONNIN, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Catherine CHENU, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Jean-Luc DAVAL, chargé d'expertise, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Jeanne ÉTIEMBLE, directrice, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Cécile GOMIS, secrétaire, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Anne-Laure PELLIER, attachée scientifique, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Chantal RONDET-GRELLIER, documentaliste, Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris

Sommaire

Avant-propos XI

Analyse

1. Connaissance des décès par suicide 1
2. Conditions et pré-requis de l'autopsie médicolégale : aspects pratiques et juridiques 7
3. Principes et méthodologie de l'autopsie psychologique 11
4. Bonnes pratiques cliniques et aspects psychologiques 21
5. Considérations méthodologiques et éthiques appliquées à l'analyse des corrélats biologiques 29
6. Estimation des besoins de formation pour la réalisation d'autopsies psychologiques 37
7. Application de l'autopsie psychologique aux suicides survenus en détention 47
8. Application de l'autopsie psychologique aux suicides au cours d'hospitalisations 55
9. Application de l'autopsie psychologique aux suicides sur route et dans les transports 63

Principales lignes directrices pour l'application de l'autopsie psychologique en recherche 71

Communications 75

Méthode de l'autopsie psychologique : étude réalisée au Nouveau-Brunswick 77

État de santé des suicidés au cours des six mois précédant le geste suicidaire 103

Annexes 113

Prélèvements en vue des études biologiques et génétiques 115

Intérêt de certains paramètres neurobiologiques 119

Liste des services de médecine légale pratiquant des examens *post mortem* 123

Évaluation budgétaire de l'étude au Nouveau-Brunswick 131

Avant-propos

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

Une stratégie nationale d'actions face au suicide a été mise en place en 2000 par la Direction générale de la santé pour la période 2000-2005. Cette politique publique a été construite autour de 4 axes d'intervention prioritaires :
- favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires ;
- diminuer l'accès aux moyens létaux ;
- améliorer la prise en charge ;
- améliorer la connaissance épidémiologique.

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

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

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

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

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

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

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

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

1

Connaissance des décès par suicide[1]

La base de données nationale sur les causes médicales de décès produite par l'Inserm-CépiDc permet d'élaborer des indicateurs essentiels à la connaissance épidémiologique du suicide en France. Les données sont exhaustives et couvrent la période 1968 à 2005 (dernière année validée, mais des études peuvent être réalisées sur les fichiers provisoires correspondant à des années plus récentes). L'analyse des données permet de caractériser les principales tendances dans le temps, les disparités géographiques (régionales, départementales, communales) et les caractéristiques socio-démographiques. Des procédures homogènes d'enregistrement (modèles de certificat de décès, modalités de codage médical…) permettent d'effectuer des comparaisons internationales et de situer la fréquence du suicide en France par rapport à celle observée dans d'autres pays.

Les données de l'année 2005 conduisent ainsi à un effectif annuel de 10 713 décès par suicide en France. Le nombre de suicides est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 829 et 2 884), ce qui correspond à des taux de décès standardisés par âge de 26,3 et 8,4 pour 100 000 habitants (taux de décès multiplié par 3,1 chez les hommes). Les taux de décès augmentent fortement avec l'âge (7,2 entre 15 et 24 ans et 43,7 après 84 ans). En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 14,8 % du total des décès et constitue la 2^{e} cause de décès après les accidents de la circulation. Pour les sujets de plus de 65 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès. Les taux de décès ont tendance à baisser dans le temps : entre 1990 et 2005, ils ont diminué de 14 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes. Cette baisse concerne davantage les populations âgées que les jeunes. Les taux de décès varient fortement selon les régions françaises (année 2004). Les taux les plus élevés s'observent en Bretagne, puis viennent le Limousin, la Basse-Normandie, le Poitou-Charente, de nombreuses régions du nord-ouest ainsi que la Bourgogne, l'Auvergne et la région Centre. Ces

1. À partir de la statistique nationale des causes médicales de décès : CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) ; Site Internet http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/

disparités régionales s'observent pour les hommes et les femmes. Les modes de décès les plus fréquents sont les pendaisons (46 %), les armes à feu (15 %), la prise de médicaments (15 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, les modes les plus utilisés sont la pendaison (52 % des suicides) et les armes à feu (20 %). Pour les femmes, deux modes sont prépondérants avec une même fréquence : la pendaison (32 %) et la prise de médicaments (30 %). Les modes de décès varient selon les régions (la pendaison est plus fréquente dans le nord et l'utilisation d'armes à feu dans le sud). Parmi les pays d'Europe de l'Ouest, la France se situe dans le groupe des pays européens à fréquence élevée de suicide (avec la Finlande, la Belgique et l'Autriche).

Dans le cadre de recherches en santé publique et sur la base d'un accord préalable de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés), des enquêtes complémentaires sur le contexte d'un décès précis sont possibles. En effet, même si le nom de la personne décédée ne figure pas sur le certificat de décès reçu par l'Inserm, les données du fichier national sont indirectement nominatives. En utilisant un certain nombre de variables (date de naissance, date de décès, commune du domicile, commune du décès), on peut identifier la cause de décès d'une personne donnée. Cette procédure permet alors de préciser les caractéristiques du décès ou d'étudier l'histoire clinique d'une maladie en contactant le médecin qui a certifié le décès et en lui adressant un questionnaire d'enquête. Ce type d'investigations a récemment été réalisé par le CépiDc sur le sida, les décès liés à la pratique anesthésique ou les décès dus aux hépatites B et C. L'objectif final de ces études est souvent d'évaluer le caractère « évitable » de chaque décès. De telles procédures d'enquêtes pourraient s'appliquer au suicide dans le contexte de la mise en place de protocoles d'autopsie psychologique. Cependant, une investigation menée sur la base d'autopsies psychologiques se distingue de l'approche générale décrite précédemment dans la mesure où cette méthode nécessite une rupture du secret médical sur la cause d'un décès auprès des parents ou proches de la victime. Dans les exemples précédents, l'enquête réalisée restait dans un cadre hospitalier et ne nécessitait pas la connaissance de l'identité de la personne décédée. De tels protocoles de recherches impliqueraient ainsi des autorisations plus spécifiques de la Cnil. Ce type d'autorisation a déjà été obtenu précédemment, par exemple dans le cas d'une enquête sur la mort subite du nourrisson.

Les certificats de décès reçus par l'Inserm peuvent contenir une information médicale insuffisante ou imprécise sur la cause médicale du décès ou même, dans certains cas, ne pas du tout inclure la cause médicale (le décès est connu de la statistique mais sans cause documentée). Ces situations sont plus fréquentes pour les morts violentes, et en particulier pour les décès par suicide que pour les autres causes de décès. Des études menées par le CépiDc (Jougla et coll., 2001, 2002a et b ; Péquignot et coll., 2004) font ainsi état d'une sous-estimation d'environ 20 % de la connaissance des suicides à

partir de la base nationale des causes de décès. En appliquant cette proportion, on passerait ainsi en 2005 d'un nombre annuel de décès de 10 713 à un effectif corrigé de 12 856 décès. Cette sous-estimation s'explique par deux facteurs principaux. Le premier, qui a le plus grand poids, est lié au manque de retour d'informations après enquête médicolégale. Certains instituts médicolégaux (IML) ne renvoient aucune information au CépiDc (pas de certificat médical rempli). Le décès est alors codé en cause inconnue. Le deuxième facteur concerne les cas de morts violentes rapportées sur le certificat médical de décès sans information sur l'origine de l'acte (chute d'un lieu élevé sans autre indication…). Ces cas sont codés en morts violentes de causes indéterminées quant à l'intention. À cet égard, un certain nombre de chercheurs souhaiteraient l'élaboration de critères précis permettant de conclure d'une manière fiable à un diagnostic de suicide (par exemple, nécessité de retrouver une trace écrite de la décision de passage à l'acte ou existence d'un état dépressif documenté). La méthode de l'autopsie psychologique est souvent évoquée en tant qu'aide à l'établissement du diagnostic du décès dans ces cas indéterminés.

Un premier indicateur permettant de mesurer « indirectement » l'impact de l'absence de retour d'informations à la suite d'une enquête médicolégale est le nombre et la proportion de décès de causes inconnues dans la statistique ainsi que leur distribution dans différents sous-groupes de population (par sexe, âge, lieu géographique de décès…). En 2005, le nombre total de causes inconnues dans la statistique nationale était de 10 400 (5 700 chez les hommes et 4 700 chez les femmes). Rapportées à l'ensemble des décès (527 000), les causes inconnues représentent ainsi 2,0 % des décès (2,1 % chez les hommes et 1,8 % chez les femmes). Mais cette proportion varie sensiblement selon l'âge des sujets. Elle est nettement plus élevée chez les jeunes : 6 % avant 24 ans et 8 % entre 25 et 44 ans, alors qu'elle représente moins de 2 % des décès après 65 ans. Cette différence s'explique par le poids important des décès par morts violentes chez les jeunes. La proportion de causes inconnues diffère également fortement selon le lieu de décès (régions, départements, grandes villes…). Elle atteint un maximum à Paris : 10 % pour la population tous âges et 39 % pour les 25-44 ans.

Les informations précédentes sur les biais potentiels qui affectent les données de la statistique nationale sur le suicide doivent être précisément prises en compte préalablement à l'élaboration de protocoles visant la mise en place de procédures d'autopsie psychologique fondées sur ces données (échantillonnage des cas…). Elles devront être également prises en compte lors de l'élaboration des recommandations issues de la présente expertise. Ainsi, un meilleur retour d'informations de la part de certains IML constituerait une avancée importante rendant plus efficace le type d'investigations envisagées.

Les données définitives issues de la base de données nationale sur les causes médicales de 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 des conduites violentes…

Les analyses épidémiologiques régulièrement effectuées indiquent cependant une stabilité des caractéristiques démographiques et géographiques de la mortalité par suicide en France (Facy et coll., 2006 ; Mouquet et coll., 2006). Ceci permet de définir a priori la constitution d'échantillons suivant le niveau de représentativité souhaité et de construire des plans d'observation entre cas et témoins, en contrôlant certains paramètres. La base de données des causes médicales de décès apparaît alors essentielle pour fixer les bases d'échantillonnage avant l'organisation des recueils de données et, par la suite, pour l'extrapolation des résultats de recherches en fonction des populations.

Depuis l'année 2007, le CépiDc, avec l'appui de la Direction générale de la santé (DGS), met en place un système de certification électronique des causes médicales de décès. Les médecins peuvent transmettre les causes de décès par Internet à partir d'un ordinateur. Les objectifs de ce nouveau système sont l'amélioration de la qualité des informations et la réduction des délais de connaissance des décès. Une retombée importante est la possibilité de suivre au jour le jour la survenue de certaines pathologies et morts violentes (par exemple, grippe, infections spécifiques…). Le suicide est une des causes de décès dont l'amélioration de la connaissance et du suivi pourra bénéficier du nouveau système. On pourra ainsi avoir connaissance de sa survenue pratiquement en temps réel. Les protocoles envisagés concernant la mise en place d'autopsies psychologiques devront intégrer cette évolution technologique essentielle du système de collecte des causes médicales de décès en France.

À cet égard, le groupe de travail recommande qu'après enquête médicolégale, un certificat de décès indiquant les causes du décès soit rempli et systématiquement transmis au CépiDc de l'Inserm.

BIBLIOGRAPHIE

FACY F, DEBOUT M, LE TESSIER C. Mesures et indicateurs : quelles sont les spécificités en suicidologie ? *In* : Acteurs et chercheurs en suicidologie. FACY F, DEBOUT M (eds). Édition EDK, Paris, 2006 : 64-86

JOUGLA E, ROSSOLIN F, NIYONSENGA A, CHAPPERT JL, JOHANSSON LA, PAVILLON G. Comparability and quality improvement of European causes of death statistics - Final report. European Commission, DG Sanco, july 2001 : 191p

JOUGLA E, PÉQUIGNOT F, CHAPPERT JL, ROSSOLIN F, LE TOULLEC A, PAVILLON G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Rev Epidémiol Santé Publique* 2002a, **50** : 49-62

JOUGLA E, SALEM G, GANCEL S, MICHEL V, KURZINGER ML, et coll. Atlas de la mortalité dans l'Union européenne. Commission Européenne, Statistiques de la santé, Eurostat, Thème 3, Population et conditions sociales, 2002b : 119p

MOUQUET MC, BELLAMY V, CARASCO V. Suicides et tentatives de suicide en France. Études et résultats, Drees, 488, mai 2006

PÉQUIGNOT F, LE TOULLEC A, BOVET M, MELLAH M, JOUGLA E. Données sur la mortalité par arme à feu en France. Convention d'étude Inserm-Dgs (6-22/11/02), mars 2004 : 74p

2

Conditions et pré-requis de l'autopsie médicolégale : aspects pratiques et juridiques

La France dispose d'un double circuit d'informations concernant les morts violentes – donc celles liées au suicide (Debout, 2002) – un circuit médical (épidémiologique) 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 : il peut être le médecin traitant habituel de la personne décédée, le praticien hospitalier en cas de mort à l'hôpital, un médecin urgentiste intervenant dans un cadre privé (SOS Médecin) ou public (SAMU) appelé sur les lieux d'un accident ou de la découverte d'un cadavre.

Circuit médical

Après avoir examiné le corps de la personne défunte, le praticien doit faire à la fois le diagnostic positif de l'état de mort ainsi que le diagnostic étiologique concernant la cause de ce décès, avant d'établir le certificat de décès.

Le certificat de décès est une pièce administrative qui a 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 ;
• la partie anonyme pour le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm (via la Ddass) renseigne à la fois sur les causes immédiates de la mort, sur les pathologies associées, sur certaines circonstances de survenue du décès (sur le lieu de travail, à l'hôpital, au domicile…), et sur certaines données personnelles (âge, sexe, grossesse…). Cette deuxième partie du document servira à connaître la mortalité et la morbidité des Français ; elle a une utilité essentielle pour la politique de santé publique.

Cette procédure est relativement simple et précise, mais elle suppose que le médecin soit toujours en état de définir la cause de la mort. Si ce n'est pas le cas, du fait de circonstances problématiques de la survenue du décès,

de l'absence d'antécédent médical de la personne…, il doit considérer que la mort est d'origine indéterminée. Dans cette situation, le médecin doit indiquer sur la partie nominale du certificat qu'il y a un obstacle médicolégal à l'inhumation, ce qui entraîne *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.

C'est dans cette catégorie que l'on trouve les personnes décédées à domicile sans indices explicatifs particuliers, et pour lesquelles aucune pathologie connue ne permet d'envisager la survenue d'une complication létale. Dans un tel cas, une éventuelle intoxication doit toujours être recherchée, provoquée volontairement ou involontairement par la personne elle-même ; l'hypothèse du suicide doit obligatoirement être évoquée, et seule l'enquête médicolégale permettra de la confirmer.

Il en va de même pour toutes les morts violentes. La mort violente se définit comme celle provoquée par l'intervention d'un agent extérieur à l'organisme, que cet agent soit physique (un coup, un projectile, l'eau, le feu…) ou chimique (intoxication médicamenteuse, toxique domestique, industriel…). Dans la plupart des cas, l'intervention de cet agent laissera des marques sur le corps qui permettront d'orienter le diagnostic. Dans toutes ces situations, le médecin devra indiquer que la nature du décès entraîne un obstacle médicolégal à l'inhumation.

Circuit judiciaire

Sur le plan judiciaire, les morts violentes sont classées en trois catégories :
- criminelle, qui impose la recherche de l'auteur et sa poursuite ;
- accidentelle, qui met en cause d'éventuelles responsabilités d'un tiers ;
- suicidaire, qui entraîne alors, selon la formule consacrée, « l'extinction des poursuites pénales ».

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

Cette pratique judiciaire repose non seulement sur le Code de procédure pénale[2] (qui la valide parfaitement), mais plus encore sur l'idée qu'il s'agit de la pratique la moins coûteuse :

2. Articles 60 et 74

• moins coûteuse financièrement puisqu'il n'y aura pas à engager des frais de justice pour payer les différents experts concourant à l'autopsie médicolégale. Dans une période d'encadrement strict des dépenses de justice, il s'agit là d'une pression forte ;
• moins coûteuse humainement car beaucoup de magistrats ont la conviction que la réalisation d'une autopsie constitue toujours une épreuve pour les proches qu'il est préférable de leur éviter chaque fois que faire ce peut. C'est une idée répandue que l'autopsie constitue un traumatisme s'ajoutant à celui de la mort, et qu'en dehors des cas où la recherche de responsabilité s'impose, les familles doivent être « épargnées » de l'effraction médicale du corps de leur défunt.

Tous les médecins légistes, qui pratiquent les autopsies et qui ont l'habitude de rencontrer les familles, savent qu'au contraire beaucoup d'entre elles – surtout quand il y a eu suicide – ont un immense besoin de savoir ce qui s'est réellement passé, dans quel état se trouvait leur parent au moment où il s'est donné la mort ; seul un examen médical approfondi (autopsie mais aussi recherche toxicologique et tous autres examens appropriés) permet de donner des explications face à un questionnement qui envahit souvent la vie émotionnelle et affective de ceux qui restent. C'est pourquoi la réalisation d'une autopsie, même si elle peut choquer les proches surtout au moment où le décès est survenu, leur sera finalement très utile lorsqu'ils commenceront à réaliser le travail de deuil.

Cependant, tout concourt aujourd'hui pour que l'on ne s'intéresse pas véritablement aux morts par suicide, comme si le suicide effaçait toute nécessité de mieux connaître, de mieux inventorier, de mieux comprendre.

Nécessité d'un protocole médico-judiciaire

Depuis des années, des programmes de recherche, mis en œuvre notamment par la Police et la Gendarmerie Nationale, ont permis de préciser non seulement des causes directes d'accidents de voies publiques, mais aussi indirectes (état de santé du conducteur, consommation de médicaments, de drogues, ou encore événements de vies difficiles…) qui ont débouché sur des politiques préventives aux effets indiscutables. La mort violente par accident de la route intéresse la justice, la police et les médecins.

Il est nécessaire qu'il en soit de même pour la mort violente liée au suicide. Cela suppose trois obligations en direction des médecins, des magistrats et des enquêteurs :
• tous les médecins (quel que soit leur mode d'exercice, y compris en zone rurale) amenés à constater la mort par suicide d'une personne ou évoquant cette cause pour expliquer le décès doivent mentionner « un obstacle médicolégal à l'inhumation » sur le certificat de décès, ceci quelles que soient les pressions

qu'ils puissent subir, venant parfois des enquêteurs eux-mêmes (« puisque le suicide est évident, il n'est pas nécessaire de poursuivre les investigations ! ») ;
• tous les procureurs informés d'un suicide ou de l'hypothèse d'un suicide doivent confier le corps à un service de médecine légale pour qu'un examen approfondi soit réalisé, le plus souvent l'autopsie avec dans tous les cas les recherches toxicologiques appropriées ;
• la mise en œuvre des fiches précisant, de la part des enquêteurs (policiers, gendarmes), les données personnelles et sociales du défunt ; de la part du médecin légiste la cause médicale du décès, l'état de santé de la personne décédée, et son statut toxique.

Ce dernier point est essentiel pour mieux comprendre les situations que l'on place parfois dans la rubrique des suicides « impulsifs » afin de connaître si oui ou non ils sont facilités par la prise de certaines substances psychoactives et/ou médicaments, à quelles doses, et pour préciser les rôles facilitateurs *versus* protecteurs de la chimiothérapie dans la survenue de passage à l'acte mortel.

Le groupe de travail recommande pour la mise en œuvre de ce protocole, 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 aux fins de définir un plan national de prise en compte médico-judiciaire des morts par suicide. Ceci permettrait de déboucher sur des recherches multidisciplinaires et multicentriques, en particulier la réalisation d'autopsies psychologiques.

En conclusion, la France dispose à la fois d'un circuit médical et judiciaire concernant les morts violentes par suicide. La mise en place d'un protocole médico-judiciaire sur lequel les travaux de recherche pourraient s'appuyer serait d'une grande utilité. Il pourrait déboucher sur un certain nombre de propositions utiles à une meilleure connaissance de la réalité du suicide et une meilleure information des familles. Il permettrait entre autres :
• de préciser le rôle pivot du Procureur de la République qui met en œuvre les examens médicaux à la suite d'un décès par suicide. La recherche toxicologique doit être considérée comme un des éléments majeurs de cet examen médical même si le suicide n'est pas directement lié à une intoxication ;
• de rappeler que les familles peuvent avoir accès aux dossiers médicolégaux et rencontrer à cette occasion le médecin légiste qui donnera toutes les explications utiles. Le praticien pourra proposer à la famille de participer à une autopsie psychologique en en précisant l'intérêt et la méthodologie ;
• d'établir après l'examen médicolégal et les recherches complémentaires, notamment toxicologiques, la partie du certificat de décès destinée au CépiDc de façon à améliorer la connaissance statistique et épidémiologique des morts par suicide.

Bibliographie

DEBOUT M. La France du Suicide. Édition Stock, 2002

3

Principes et méthodologie de l'autopsie psychologique

Dès le milieu du XIX^{e} 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 de dépasser le simple recours aux données de mortalité, muettes sur ces facteurs, et de formuler les principes d'une méthode issue de celles auxquelles faisaient appel les *medical officers* aux États-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.

Principes de l'autopsie psychologique

La méthode a été développée aux États-Unis, puis dans quelques pays principalement nordiques (Inserm, 2005). À 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 Schneidman que l'on attribue l'utilisation, en 1961, des termes d'« autopsie psychologique », procédé dont l'intérêt pour la recherche en France a été souligné par le Professeur Védrinne (1989), psychiatre à l'Institut médicolégal (IML) de Lyon.

Au cours de ces entretiens, de très nombreux domaines peuvent être abordés :
- les circonstances de l'acte (préparation, préméditation, moyens utilisés, rédaction de lettres d'adieu…) ;
- l'histoire familiale depuis l'enfance ;
- l'environnement social (le monde relationnel, le support social récent ou l'isolement) ;
- le parcours de vie ;
- la santé physique et/ou mentale ;
- les événements de vie négatifs ou positifs ;
- les conditions de travail ;
- les antécédents de conduites suicidaires ;

• les éventuels contacts avant le geste suicidaire (avec les services de soins ou d'aide avant le passage à l'acte) ;
• la réaction des proches au suicide.

L'objectif 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.

Méthodologie

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. Le schéma utilisé améliore la connaissance des situations de suicide et permet leur quantification et la mesure des associations entre facteurs individuels et environnementaux.

Différentes étapes doivent être franchies. Elles peuvent être synthétisées en deux sous-groupes :
• en premier lieu, il faut avoir connaissance des cas de suicide ou de morts suspectes sur lesquels porteront les investigations, dans la mesure où les familles donneront leur accord. À partir de là, il est nécessaire de préciser l'objectif de l'autopsie psychologique et de choisir entre l'explication au niveau individuel ou au niveau d'une population plus large, entre une étude de cas ou une étude cas-témoins ; ces choix conditionneront le type d'équipe d'investigations et/ou de recherche à mettre en place ;
• une fois les options précédentes décidées, l'équipe constituée (plus ou moins importante selon l'option choisie) met en place une procédure pour le choix puis le repérage des proches. La procédure pour contacter ces derniers (délai après le geste et choix du moment des entretiens) ne diffère pas sur le principe, selon qu'il s'agit d'une étude de cas ou cas-témoins ; la procédure globale sera simplement plus lourde dans la seconde situation. Le type de questionnaire envisagé est dépendant des choix précédents. Il est hautement souhaitable qu'un service de soutien aux personnes qui conduisent les entretiens soit mis en place, car celles-ci peuvent rencontrer des situations éprouvantes.

Repérage des cas

Il 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. À ce stade, il n'y a pas de contacts directs entre les familles et les intervenants.

Étude de cas *versus* étude cas-témoins

Le choix entre ces deux options dépend des objectifs de l'équipe qui mène la recherche. Il est clair que l'une et l'autre ne répondent pas à la même question. Dans l'étude de cas, le plus souvent, le questionnement est d'ordre clinique, mais peut aussi répondre à des questions portant sur l'environnement sociologique de la personne décédée. Les études cas-témoins se fixent pour objectif un gain de connaissances sur le suicide dans une zone géographique donnée en agrégeant les données provenant d'un grand nombre de cas, de manière à tenter de comprendre ce qui se passe au niveau d'un ensemble de sujets – population en termes d'épidémiologie – et non pas seulement au niveau individuel. Les études cas-témoins sont les plus difficiles et les plus coûteuses à mettre en œuvre car, idéalement, à chaque cas doit être apparié un témoin, voire deux témoins qui seront interrogés selon un protocole identique.

Le cas-témoin est un sujet qui présente des caractéristiques communes avec le cas étudié. Le plus souvent, l'appariement se fait sur le sexe, l'âge, le lieu de résidence, la situation matrimoniale et/ou la catégorie socioprofessionnelle.

Toutefois, dans le cadre d'enquêtes dans des milieux spécifiques, les variables d'appariement peuvent être plus spécifiques :
• recours à un moyen particulier (arme à feu, accident sur la voie publique, précipitation dans le métro ou sous un train, saut d'un lieu élevé, surtout s'il est un lieu « remarquable » dans la région) ;
• type de condamnation pour des sujets incarcérés, ancienneté de la condamnation ;
• type de problèmes mentaux pour des sujets hospitalisés en milieu psychiatrique ou souffrant de troubles psychiatriques, ancienneté des troubles.

Il est crucial de réaliser que la position du sujet témoin et celle du cas ne sont pas symétriques : dans la grande majorité des études, les sujets témoins sont vivants, ce qui veut dire qu'ils sont en mesure de répondre à un questionnaire sur leur propre vie. Il est clair que l'investigateur ne doit pas céder à la tentation de la facilité et que, dans un but d'homogénéité de son travail, il devra interroger des proches de la personne témoin, comme pour la personne décédée. Une certaine asymétrie demeure, car si le sujet témoin n'est là que pour répondre aux objectifs de l'enquête, il n'en reste pas moins un vivant, qui a pu orienter les enquêteurs vers ses proches. Toutefois, rien n'empêche, comme c'est le cas dans certains travaux, de prendre des sujets témoins décédés (par exemple, des sujets décédés par homicide ou de mort violente autre que le suicide, des personnes décédées de maladies somatiques graves…) ; tout dépend de l'objectif fixé par la recherche.

Équipe d'investigation

Selon l'objectif, 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. La taille de l'équipe est fonction de la taille de l'échantillon et du rythme que l'équipe de recherche se propose d'adopter. Il est clair qu'aucun enquêteur ne peut faire passer des entretiens à plein temps, tous les jours de la semaine. Souvent, les enquêteurs sont des étudiants en psychologie, psychiatrie ou sociologie et ce type d'enquête peut même être intégré dans leur cursus universitaire, moyennant une formation spécifique à l'entretien ainsi que sur le deuil et les contacts avec les familles.

Une fois définis les objectifs et l'équipe constituée, cette dernière peut aborder le repérage des proches du sujet décédé. Cette procédure est cruciale pour des raisons de déontologie et demandera sans doute, en France, à être précisément définie pour des raisons juridiques.

Aspects juridiques de la procédure de contact avec les proches

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 sait 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 Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Cette procédure impliquera alors un partage de l'information entre médecin, juridiction et chercheurs.

Aspects déontologiques et éthiques de la rencontre avec les proches

Dans les études inventoriées dans le cadre de la première phase de l'expertise (Inserm, 2005), les contacts étaient le plus souvent établis avec la famille à son domicile, par téléphone ou par courrier. Les entretiens peuvent avoir lieu au domicile de la famille ou dans un lieu plus neutre.

Le temps écoulé entre le suicide, le premier contact et les contacts ultérieurs doit être fixé pour une enquête donnée car, selon sa durée, il inclut la période de deuil et/ou une reconstruction de l'histoire, dans laquelle les proches cherchent à « expliquer » ce qui s'est passé, soit en trouvant un « responsable », soit en cherchant des causes immédiates (perte d'un être cher, problèmes socioéconomiques ou événement de vie) ou plus éloignées (psychopathologie, antécédents familiaux…).

Dans la littérature, on relève 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. D'autre part, la date du contact doit être soigneusement choisie : par exemple, il est souhaitable de ne pas contacter les proches à une date chargée de signification

affective (anniversaire du sujet décédé, date anniversaire du suicide, ou encore occasion de réunion familiale telle que Noël).

Les problèmes éthiques sont liés aux modalités de contact, au moment et au lieu où s'établit le contact ainsi qu'aux personnes avec lesquelles est noué ce contact. 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.

Il est souhaitable que la mise en place d'une telle recherche soit soumise à l'agrément d'un comité de protection des personnes.

Conduite des entretiens

Les entretiens sont menés en face à face au domicile de la personne ou au cabinet d'un professionnel, participant à l'enquête et agréé par un comité d'éthique (comprenant différentes sensibilités : généraliste, psychologue, psychiatre, sociologue…). L'intervenant peut s'aider d'un questionnaire mais il est préférable que celui-ci soit mémorisé et non rempli devant la personne interrogée (tableau 3.I).

Cette étape est particulièrement critique – les familles doivent avoir traversé la période de deuil avant de pouvoir s'exprimer – et elle pourrait, de surcroît, être jugée comme très intrusive. Or, il est notable que plusieurs expériences publiées dans la presse biomédicale rapportent un effet bénéfique des entretiens sur les informants. On peut 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 ».

Les questions posées par le mode de prise de contact et la conduite des entretiens avec les proches du sujet témoin sont du même ordre.

Biais de mémoire

Par définition, les études d'autopsie psychologique sont rétrospectives. Or, on sait que dans ce type d'études, le chercheur se trouve confronté aux 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 et la passation de celui-ci.

Instruments d'évaluation

Parmi les instruments disponibles, certains questionnaires élaborés pour une évaluation directe auprès des informants peuvent être transposés pour une évaluation indirecte afin de recueillir les informations auprès des proches du

sujet suicidé. Par ailleurs, en fonction des objectifs spécifiques de la recherche, de nouveaux instruments peuvent être créés afin de répondre aux besoins, mais ceux-ci nécessiteront d'être validés.

Tableau 3.I : Exemples d'instruments utilisés dans l'autopsie psychologique et validés en France

Champ d'investigation	Questionnaires	Sources
Activité socioéconomique	*Social Network index* (Berkman, 1983) *Activity of daily living and Physical of self maintenance scale* (Lawton et Brody, 1969 ; Elley et Irving, 1976)	Hawton et coll., 2001 Conner et coll., 2003
Fonctionnement	*Global Assessment of Functioning scale* (GAF) (axe V du DSM-IV) *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE) (Jorm, 1994)	Harwood et coll., 2001 Forman et coll., 2004
Événements de vie	*Social readjustment rating scale* (Holmes et Rahe, 1967 ; Brugha et Cragg, 1990) *Interview for recent life events* (Paykel et coll., 1971) *Louisville Older Persons Events scale* (Murrell et coll., 1983) *Life History Calendar* (Caspi et coll., 1996) *ALPHI-Adult Life Phase Interview* (Bifulco et coll., 2000)	Duberstein et coll., 1994 Lesage et coll., 1994 Hawton et coll., 2001 Conner et coll., 2003
Trouble mental	DSM-III-R et/ou DSM-IV et/ou CIM-10 SCID (Spitzer et coll., 1986) *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children* (SADS) (Chambers et coll., 1985)	Lesage et coll., 1994 Conwell et coll., 1996 Alexopoulos et coll., 1999 Hawton et coll., 2001 Conner et coll., 2003 Forman et coll., 2004
Dépression	*Hamilton Rating scale* (Hamilton, 1960) *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (Asberg et coll., 1976)	Duberstein et coll., 1994 Lynch et coll., 1999 Forman et coll., 2004
Troubles de la personnalité	*NEO-Personality inventory, Personality Assessment Schedule* (PAS) (Tyrer et coll., 1988) *Structured assessment of personnality* (Mann et coll., 1981) *Personality Assessment Schedule* (PAS-R)	Duberstein et coll., 1994 Hawton et coll., 2001
Profil psychologique	*Diagnostic Interview for children and adolescents* (Herjanic et Campbell, 1977)	Shafii et coll., 1988
Impulsivité Agressivité Hostilité	Questionnaire d'Eysenck (Eysenck et Eysenck, 1977) Échelle de Barratt (BIS-10) (Barratt, 1985 ; Baylé et coll., 2000) Plutchik et van Praag, 1986 Brown et coll., 1979 et 1982 Buss et Durkee, 1957	Hawton et coll., 2001
Intention suicidaire, Idéation	*Suicide Intention Scale* (SAS) (Beck et coll., 1974) *Suicide ideation* *Diagnostic Interview Schedule* (DIS)	Lesage et coll., 1994 Conwell et coll., 1996 Lynch et coll., 1999 Forman et coll., 2004
Utilisation du système de soins	*Cumulative Index Rating Scale* (Karnofsky et Burchenal, 1949 ; Linn et coll., 1968)	Karnofsky et Burchenal, 1949 Linn et coll., 1968

En conclusion, la procédure d'autopsie psychologique apparaît comme un outil de choix pour améliorer la connaissance des situations de suicide, permettre leur quantification et appréhender les associations entre facteurs individuels et environnementaux. Cependant, pour être pertinente, elle doit s'appuyer sur une approche méthodologique appropriée qui prend en compte les objectifs de la recherche. Ceci implique, pour chaque étude, de définir précisément les différentes étapes inhérentes à la procédure, en tenant compte de la spécificité de l'étude, et en prenant soin de respecter le cadre méthodologique adopté.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXOPOULOS GS, BRUCE ML, HULL J, SIREY JA, KAKUMA T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1999, **56** : 1048-1053

ASBERG M, TRÄSKMAN L, THORÉN P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976, **33** : 1193-1197

BARRATT ES. Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. *In* : Motivation, emotion, and personality. SPENCE JT, IZARD CE (eds). North-Holland, Elsevier Science, 1985

BAYLÉ FJ, BOURDEL MC, CACI H, GORWOOD P, CHIGNON JM, et coll. Factor analysis of french translation of the Barratt impulsivity scale (BIS-10). *Can J Psychiatry* 2000, **45** : 156-165

BECK AT, SCHUYLER D, HERMAN I. Development of suicidal intent scales. *In* : The prediction of suicide. BECK AT, RESNICK HLP, LETTIERI DJ (eds). Md. Charles Press, 1974 : 45-56

BERKMAN LF. The assessment of social networks and social support in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1983, **13** : 743-749

BIFULCO A, BERNAZZANI O, MORAN PM, BALL C. Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000, **35** : 264-275

BROWN GL, GOODWIN FK, BALLENGER JC, GOYER PF, MAJOR LF. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Res* 1979, **1** : 131-139

BROWN GL, EBERT MH, GOYER PF, JIMERSOM DC, KLEIN WJ, et coll. Aggression, suicide and serotonin: relationships to CSF amine metabolites. *Am J Psychiatry* 1982, **139** : 741-746

BRUGHA T, CRAGG D. The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life event questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 1990, **82** : 77-81

BUSS AH, DURKEE A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol* 1957, **21** : 343-348

CASPI A, MOFFITT T, THORNTON A. The life history calendar : A research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1996, **6** : 101-114

CHAMBERS WJ, PUIG-ANTICH J, HIRSCH M, PAEZ P, AMBROSINI JP, et coll. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 696-702

CONNER KR, BEAUTRAIS AL, CONWELL Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: Analyses of Canterbury suicide project data. *J Stud Alcohol* 2003, **64** : 551-554

CONWELL Y, DUBERSTEIN PR, COX C, HERRMANN JH, FORBES NT, CAINE ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996, **153** : 1001-1008

DUBERSTEIN PR, CONWELL Y, CAINE ED. Age differences in the personality characteristics of suicide completers: preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry* 1994, **57** : 213-224

ELLEY WB, IRVING JC. Revised socio-economic index for New Zealand. *New Zeal J Educ Stud* 1976, **11** : 15-36

EYSENCK SB, EYSENCK HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 1977, **16** : 57-68

FARBEROW N, SCHNEIDMAN E. The Cry for Help. McGraw-Hill, New-York, 1961

FORMAN EM, BERK MS, HENRIQUES GR, BROWN GK, BECK AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatr* 2004, **161** : 437-443

HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960, **25** : 56-62

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, **16** : 155-165

HAWTON K, HARRISS L, SIMKIN S, BALE E, BOND A. Social class and suicidal behaviour: the associations between social class and the characteristics of deliberate self-harm patients and the treatment they are offered. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001, **36** : 437-443

HERJANIC B, CAMPBELL BW. Differentiating psychiatrically disturbed children on the basis of a structured interview. *J Abnorm Child Psychol* 1977, **5** : 127-134

HOLMES TH, RAHE RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967, **11** : 213-218

INSERM. Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Collection Expertise Collective Inserm, Éditions Inserm, Paris, 2005 : 199p

JORM AF. A short form of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychol Med* 1994, **24** : 145-153

KARNOFSKY DA, BURCHENAL JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *In* : Evaluation of chemotherapeutic agents. MACLEOD CM (ed). Columbia University Press, New York, 1949 : 191-205

LAWTON MP, BRODY EM. Assessment of older people : self maintenance and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969, **9** : 179-186

LESAGE AD, BOYER R, GRUNBERG F, VANIER C, MORISSETTE R, et coll. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1063-1068

LINN BS, LINN MW, GUREL I. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc* 1968, **16** : 622-626

LYNCH TR, JOHNSON CS, MENDELSON T, ROBINS CJ, RANGA K, et coll. New onset and remission of suicidal ideation among a depressed adult sample. *J Affect Disord* 1999, **56** : 49-54

MANN AH, KENKINS R, CUTTING JC, COWEN PJ. The development and use of a standardised assessment of abnormal personnality. *Psychol Med* 1981, **11** : 839-847

MURRELL S, HIMMERFARH S, SCHULTE P, NORRRIS F. Pretest of candidate measures: Result and final decisions. Working paper University of Louisville Urban studies center, 1983

PAYKEL ES, PRUSSOFF BA, UHLENHUTH EH. Scaling of life events. *Arch Gen Psychatry* 1971, **25** : 340-347

PLUTCHIK R, VAN PRAAG HM. The measurement of suicidality, aggressivity and implusivity. Clinical neuropharmacology, 1986. Vol 9, Suppl 4. Raven Press, New York

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, **15** : 227-233

SPITZER RI, WILLIAMS JBW, GIBBON M. Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). New York State Psychiatric Institute, Biometrics research, New York, 1986

TYRER P, ALEXANDER J, FERGUSSON B. Personality assessment schedule (PAS). *In* : Personality disorder: diagnosis, management and course. TYRER P (ed). Butterworth/Wright, London, 1988 : 140-167

VÉDRINNE J, ELCHARDUS J-M, GAUD A. Autopsie psychologique et réactions de deuil précoce de l'entourage des personnes décédées par suicide. *Act Méd Inter-Psychiatrie* 1989, **6** : 26-28

4

Bonnes pratiques cliniques et aspects psychologiques

Dans le contexte de la prévention du suicide, les résultats issus d'une autopsie psychologique doivent s'appuyer sur une méthodologie de base rigoureuse, d'autant que cette méthode se trouve au confluent des champs de la recherche et de la clinique.

Approche méthodologique

À ce jour, il n'existe pas de protocole standardisé pour mener une autopsie psychologique. Cependant, il existe des éléments essentiels que doit prendre en compte, définir précisément et appliquer le protocole d'autopsie psychologique (tableau 4.I).

Tableau 4.I : Éléments essentiels d'une autopsie psychologique (d'après Younger et coll., 1990)

Définition des hypothèses primaires
Délimitation de la zone de recrutement dans le temps et l'espace
Définition précise de ce qui sera considéré comme un suicide
Description des qualifications cliniques et de la formation des interviewers
Protocole d'entretien standardisé, avec outil statistique
Discussion détaillée sur la manière de concilier des informations contradictoires
Avertissement sur le nombre de cas où les données sont manquantes ou insuffisantes pour en tirer une conclusion
Référence de l'outil diagnostique utilisé, si l'étude aborde la question d'un diagnostic
Sélection d'un ou plusieurs groupes témoins
Définition de ce qu'est un « bon » informant
Définition du nombre minimum d'informants par cas
Description de la manière dont les informants sont contactés puis avertis de la nature de l'étude

Hypothèses primaires

Pour réaliser une autopsie psychologique, des hypothèses primaires doivent être clairement définies. Elles constitueront l'épine dorsale de l'étude.

L'angle d'attaque devra être défini en fonction d'un objectif se définissant par exemple comme la recherche des difficultés psychosociales ou celles d'un aspect plus biologique ou encore celles des recherches d'aide pour les proches endeuillés (tableau 4.II).

Tableau 4.II : Principaux objectifs primaires de l'autopsie psychologique

Identifier et expliquer les raisons du suicide (Jacobs et Klein-Benheim, 1995)
Évaluer les facteurs de risque suicidaire que présentait la personne décédée (Jacobs et Klein-Benheim, 1995)
Comprendre pourquoi une personne a choisi de se suicider (motivation, psychologique ou philosophique)
Accumuler des données pour mieux comprendre le comportement suicidaire, dans une démarche de prévention (Ebert, 1991)
Évaluer l'implication d'un tiers dans le processus suicidaire (Jacobs et Klein-Benheim, 1995)
Disposer d'un outil de recherche pour aider à la compréhension et à la prévention du suicide (Jacobs et Klein-Benheim, 1995)
Disposer d'un outil thérapeutique afin d'aider les survivants d'un suicide (Ebert, 1987 ; Spellman et Heyne, 1989 ; Jacobs et Klein-Benheim, 1995 ; Delatte, 1999)

Dans le même temps, il paraît important de définir quels seront les objectifs secondaires. S'agit-il de diminuer la fréquence des suicides ? S'agit-il d'améliorer les services offerts aux proches ? Ces divers aspects requerront un matériel et des moyens différents. Afin d'orienter les objectifs primaires et secondaires, il est bon d'évoquer le constat sur lequel l'autopsie psychologique se fonde.

Délimitation de la zone de recrutement dans l'espace et dans le temps

Comme tout protocole de recherche, une autopsie psychologique délimite une zone géographique destinée à l'analyse. Celle-ci doit se révéler « pertinente » et « cohérente ». Elle se fonde sur une délimitation de type bassin de soins, département ou région géographique, par exemple. Dans la même optique, la recherche arrêtera une période de recrutement (6 mois-1 an ou plus).

Les moyens humains et financiers détermineront largement ces deux paramètres de recrutement.

Définition de ce qui sera considéré comme suicide

Il est primordial de définir ce que serait précisément considéré comme un suicide. Au travers de cette définition, cela permet de constituer une population homogène. Il importe également de définir quel sera le profil de la personne qui procédera au recrutement avec certainement une centralisation du processus de recrutement.

Description des qualifications cliniques et de la formation des interviewers

Une attention toute particulière sera portée au choix des chercheurs qui seront à même de mener l'étude. Dans ce cadre, il y a lieu de faire une description des qualifications cliniques et de la formation des interviewers.

En référence à l'expertise collective Inserm « Suicide - Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention » (Inserm, 2005), la plupart des études emploient des psychologues ou des psychiatres comme interviewers, d'autres des travailleurs sociaux ou des infirmier(e)s.

Lorsque des données psychiatriques et sociales sont collectées, il paraît utile d'effectuer des entretiens conjoints, c'est-à-dire avec un intervenant psychiatre expérimenté et un scientifique ayant une expérience des méthodes de recherches.

L'interviewer doit avoir une expérience dans le champ clinique et connaître en profondeur le champ social. Il doit être capable d'empathie sans être sujet à trop d'investissement émotionnel de la situation. Ainsi, l'interviewer devrait pouvoir bénéficier d'une supervision régulière, auprès d'un superviseur chevronné, pour gérer l'aspect émotionnel qu'induit ce type de recherche.

La notion de travail en équipe est essentielle dans le déroulement d'une étude de la sorte. Il apparaît qu'un soutien technique sur les aspects de recherche doit être apporté aux chercheurs, tout comme un soutien psychologique important doit être assuré. Ainsi, il y a peut-être lieu de mettre en place deux réseaux de soutien pour réaliser ce support psychologique : d'une part au niveau du chercheur en proposant une supervision individuelle ou en équipe, et d'autre part au niveau de l'informant pour un travail en collaboration avec un centre de santé mentale afin de proposer à cet informant, en cas de demande, les coordonnées d'une personne apte à l'accompagner individuellement.

Partenaires

Pour mener à bien la recherche dans un domaine aussi complexe, où les dimensions émotionnelles et psychologiques se mêlent à des données plus objectives (socio-démographiques, biologiques…), le choix des partenaires est primordial et s'entourer de différents pôles de compétences apparaît indispensable. Dans ce cadre, le pôle de compétence que représentent les universités semble incontournable. En effet, ces dernières offrent, sur un même site, les possibilités de rencontrer différents experts dans le domaine psychologique mais également dans les domaines biologique et statistique ; la rencontre avec le milieu de la santé et de la justice par leurs organes officiels est nécessaire. L'élaboration d'un programme de recherche en matière d'autopsie psychologique devrait également faire appel aux compétences

d'experts indépendants, voire également de services de soutien, d'aide aux experts ou aux personnes interrogées que l'on pourrait trouver dans les différents centres de santé mentale.

Protocole d'entretien standardisé, avec outil statistique et référence de l'outil diagnostique utilisé

L'autopsie psychologique comme outil de recherche devrait bénéficier d'un protocole d'entretien standardisé avec un outil statistique adapté pour augmenter notamment la fidélité inter-juges car celle-ci s'avère une des faiblesses de ce processus.

Chaque étude devrait pouvoir proposer une référence de l'outil diagnostique utilisé si l'étude aborde cette question du diagnostic.

Dans de nombreuses études, les auteurs ne spécifient pas la classification diagnostique utilisée ; l'évaluation de la présence d'un trouble psychiatrique est réalisée grâce à des systèmes de diagnostic tels que l'*International Classification of Diseases* (ICD) ou le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

Dans le recrutement, le recueil des informations auprès de plusieurs sources est impératif car il augmente l'exactitude, mais il peut se révéler couteux. Un aspect de bonne pratique clinique est également de confier la relecture et l'analyse des données à un chercheur indépendant. Ceci augmente certainement le coût et le temps dans le processus de recherche. Dans ce cas, il peut également s'agir d'une évaluation à partir d'un support audio. Une alternative est de mener l'entretien avec deux ou plusieurs informants séparément puis d'examiner la concordance des informations recueillies. Parfois, certaines équipes décident de mener un second entretien auprès du même informant avec un autre chercheur afin de recouper les informations déjà reçues. Dans les études princeps, l'entretien est mené par deux chercheurs simultanément qui alternent les rôles d'investigateur et d'évaluateur en cours d'entretien.

Dans tous les cas, il importe d'élargir au maximum les échantillons pour ne pas constituer des groupes trop peu représentatifs.

Discussion détaillée sur la manière de concilier des informations contradictoires

Après la collecte des informations, une discussion détaillée est nécessaire sur la manière de concilier les informations contradictoires. Un avertissement devrait être porté sur le nombre de cas où les données sont manquantes ou insuffisantes pour en tirer une conclusion. Il est difficile d'apprécier certains « problèmes » auxquels a dû faire face la personne avant son

suicide et d'établir s'ils y ont contribué. Dans ces cas, le recours à un consensus ou à des évaluations indépendantes sur la base des informations disponibles est préconisé. On évaluera s'il s'agit d'un problème particulier (problème relationnel, perte d'emploi par exemple) qui est apparu et s'il a pu contribuer au suicide. Il est important que les chercheurs retracent la séquence chronologique du suicide et son articulation avec la pathologie psychiatrique. Une telle approche ouvrira également de nouvelles voies de connaissance sur le processus suicidaire, et permettra d'élaborer des stratégies préventives.

Sélection d'un ou plusieurs groupes témoins

Dans les recherches fondées sur l'utilisation de l'autopsie psychologique, il est souhaitable de faire appel à un groupe témoin. L'étude précisera la sélection d'un ou plusieurs groupes témoins.

La constitution d'un groupe témoin doit se fonder sur les hypothèses de la recherche. Si les hypothèses de base de l'étude portent sur la maladie mentale et les facteurs liés à la personnalité, le groupe témoin devrait être constitué de personnes non sélectionnées. À l'inverse, si l'influence des facteurs sociaux est l'objectif de l'étude, il sera alors nécessaire d'apparier un groupe témoin composé de personnes présentant une maladie mentale. Cette pratique comporte toutefois le risque de voir les groupes se superposer et donc d'atténuer la capacité de dégager des variables exploratoires.

Certaines études nécessitent plusieurs groupes témoins afin de vérifier plusieurs hypothèses simultanément.

La question se pose de savoir si les sujets témoins doivent être en vie ou décédés. Ce choix sera orienté par les hypothèses de la recherche. Par exemple, une recherche menée sur les risques associés au suicide dans une population avec un diagnostic spécifique nécessitera des sujets témoins en vie, tandis que des sujets décédés seront indispensables pour une étude portant sur les besoins de proches endeuillés par un suicide.

Définition de ce qu'est un « bon » informant

Lors de l'élaboration du protocole de recherche, il devra être mentionné les caractéristiques de ce qu'on considère être un « bon » informant dans le cadre de l'étude. De quel proche s'agit-il ? Pour recueillir des informations pertinentes, jusqu'à quel lien familial va-t-on ? Interroge-t-on les amis, les collègues de travail, les voisins, le médecin traitant ?

En raison de la diversité des sources d'information (enquête judiciaire, constatations médicolégales, données médicales provenant du médecin traitant ou de praticiens hospitaliers), la source principale devra provenir de

l'entretien avec les proches de la personne suicidée. Cette approche de recherche est la clé de cette méthode, mais elle n'en demeure pas moins chargée de questions méthodologiques et pratiques.

Définition du nombre minimum d'informants par cas

Il faut également définir le nombre minimum d'informants par cas. S'appuyer sur un informant par cas peut parfois se révéler insuffisant et apporter des imprécisions voire des inexactitudes au niveau des données récoltées.

Comme le principal biais est lié au rappel (biais de mémoire), du fait de la nature complexe du processus de deuil dans le décours d'un suicide, tout comme du souvenir des moments et émotions vécus, le rappel de ces souvenirs peut être altéré. Certains aspects peuvent être enjolivés, exagérés ou encore oubliés. L'information donnée par les proches peut également se révéler inexacte pour de multiples raisons : méconnaissance de certains événements (par exemple des parents peuvent ignorer la prise de toxiques de leur fils ou ne pas avoir connaissance de difficultés liées à son orientation sexuelle inavouée), rétention volontaire de certains éléments (particulièrement ceux qui pourraient faire apparaître la personne suicidée sous un mauvais jour), reconstruction d'une histoire familiale de la personne suicidée.

Afin de minimiser ce type d'erreur, il est important de bénéficier de plusieurs informants par cas.

Manière dont les informants sont contactés puis avertis de la nature de l'étude

D'emblée, il apparaît que les recruteurs des informants doivent faire preuve d'indépendance par rapport au processus même de l'étude. Les modalités que sont la lettre envoyée aux proches de la personne suicidée suivie d'un appel téléphonique et ensuite du contact avec les chercheurs constituent la méthode la plus souvent employée et recevant le plus de suffrages dans les différentes autopsies psychologiques déjà réalisées. Nous l'avons d'ailleurs mentionné dans le premier ouvrage d'expertise collective sur l'autopsie psychologique (Inserm, 2005).

Il importe également de décrire dans le protocole d'étude quelles seront les manières dont les informants seront contactés puis avertis de la nature de l'étude, comment ils auront la possibilité d'adhérer ou de refuser de participer à l'étude, tant à son début qu'à tout autre moment.

L'autopsie psychologique est avant tout un travail de recherche. Elle doit allier une démarche méthodologique répondant aux principes de bonne pratique clinique à un travail direct avec les proches. En ce sens, les chercheurs

devront faire face aux réactions immédiates après le deuil. Les interviewers comme les chercheurs seront à même de vivre des mécanismes de défense et de projection sur la société via ces représentations, ce qui interférera certainement avec la collecte des informations. L'informant, tout comme les chercheurs, ne sera jamais neutre et démuni d'histoire personnelle. Pour ces raisons, le groupe de travail recommande que la formation des intervenants soit particulièrement prise en compte et privilégie, en plus de l'aspect de recherche, un versant clinique solide.

BIBLIOGRAPHIE

DELATTE B, PIRSON O, DE CLERCQ M. Repercussions of suicide on the family – an analysis of 50 consecutive suicides. *In* : Emergency Psychiatry in a Changing World. Elsevier Science, Amsterdam, 1999 : 533-539

EBERT B. Guide to conducting a psychological autopsy. *Prof Psychol Research Practice* 1987, **18** : 52-56

EBERT B. Guide to conducting a psychological autopsy. *In* : The handbook of medical psychotherapy. ANCHOR K (ed). Hans Huber/Hogrefe, New York, 1991 : 249-256

INSERM. Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Collection Expertise Collective Inserm, Éditions Inserm, Paris, 2005 : 199p

JACOBS D, KLEIN-BENHEIM M. The psychological autopsy: a useful tool for determining proximate causation in suicide cases. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995, **23** : 165-182

SPELLMAN A, HEYNE B. Suicide? Accident? Predictable? Avoidable? The psychological autopsy in jail suicides. *Psychiatric Quaterly* 1989, **60** : 173-181

YOUNGER SC, CLARK DC, OEHMIG-LINDROTH R, STEIN RJ. Availability of knowledgeable informants for a psychological autopsy study of suicides committed by elderly people. *JAGS* 1990, **38** : 1169-1175

5

Considérations méthodologiques et éthiques appliquées à l'analyse des corrélats biologiques

La méthode d'autopsie psychologique est aujourd'hui une technique d'investigation scientifique pour l'identification des indicateurs de susceptibilité au comportement suicidaire en se fondant sur l'analyse rétrospective des caractéristiques du sujet décédé et des circonstances psychologiques et sociales du suicide.

Parallèlement, la démonstration de l'intervention de facteurs de vulnérabilité génétique dans l'étiopathogénie des conduites suicidaires a suscité le développement d'un axe de recherche extrêmement dynamique visant à identifier ces facteurs. Les conduites suicidaires sont des pathologies multifactorielles complexes, le poids des facteurs génétiques paraît relativement faible mais variable d'un sous-type de conduites suicidaires à un autre. Ainsi, les conduites suicidaires violentes et marquées d'une létalité importante ont depuis longtemps été identifiées comme un sous-groupe d'intérêt pour l'analyse de la composante génétique. Pourtant, très peu d'études génétiques ont été conduites chez des patients décédés par suicide.

L'analyse de la composante génétique d'entités aussi hétérogènes, complexes et multifactorielles que les conduites suicidaires doit impérativement s'appuyer sur une description phénotypique la plus complète possible. Ainsi, l'étude des facteurs de vulnérabilité génétique dans une population de sujets décédés par suicide ne se conçoit qu'assortie d'une caractérisation phénotypique pour laquelle les outils de l'autopsie psychologique sont indispensables.

L'ensemble de ces considérations méthodologiques s'applique également à l'analyse des corrélats biologiques dans les conduites suicidaires létales.

À côté de facteurs de variabilité classiques tels que l'âge, le sexe ou le délai d'analyse *post mortem*, de nombreux éléments sont indispensables pour l'interprétation des données : la spécificité des troubles psychiatriques (surtout dépressifs), l'état ou non de rémission clinique, le degré de violence de l'acte suicidaire, la notion d'usage de substances psychoactives (notamment

le degré de tabagisme), de traitements pharmacologiques, leur durée, les comorbidités, la connaissance de la localisation hémisphérique des échantillons cérébraux étudiés, la méthodologie expérimentale. Une documentation précise de ces différents points est très précieuse pour l'interprétation des résultats des études biologiques et génétiques *post mortem*.

Une évaluation diagnostique psychiatrique standardisée et validée identique à celle utilisée dans les essais cliniques et appliquée aux sujets décédés par suicide et aux témoins, permettrait de dégager des sous-groupes cliniques, notamment dans les troubles dépressifs (épisode dépressif majeur, trouble bipolaire, dysthymie). Le recueil de toutes ces variables est un préalable indispensable pour l'identification des facteurs biologiques et génétiques associés au suicide.

Les modalités pratiques de ces études biologiques, neurobiologiques et génétiques sont décrites dans les annexes 1 et 2.

Considérations éthiques et cadre légal

La mise en œuvre de recherches biologiques et génétiques chez des sujets décédés pose plusieurs questions d'ordre éthique et légal.

Loi de bioéthique

S'agissant de la législation concernant le versant éthique :
• un prélèvement de tissus biologiques, qu'il s'agisse de sang, cheveux, peau, liquide céphalo-rachidien (LCR) ou cerveau, est-il autorisé chez un sujet décédé par suicide et n'ayant pu donner un consentement ?
• la législation relative aux prélèvements de tissus à visée thérapeutique (non connaissance d'une opposition de la part du sujet décédé, avant sa mort) s'applique-t-elle à ce type de recherches ?
• pour ces études biologiques, la plupart des prélèvements (sauf les cheveux) doivent être réalisés dans des délais courts (atteignant 8 h). Si le consentement des proches est nécessaire pour réaliser un prélèvement biologique, ce consentement pourrait-il intervenir a posteriori (c'est-à-dire une fois le prélèvement réalisé avec destruction du prélèvement en cas de non-obtention du consentement) ? Cette question se pose-t-elle de manière différente pour les différents tissus concernés (sang, LCR, cheveux, cerveau) ?
• que se passe-t-il en l'absence de proches ?
• cette situation de recherche correspond-elle à un vide juridique ?
• existe-t-il un obstacle éthique à ce que des apparentés de sujets décédés par suicide soient sollicités pour des recueils d'informations concernant la personne décédée ?

La loi de bioéthique a évolué en ne faisant plus la distinction entre prélèvement à visée thérapeutique et à visée scientifique. Les prélèvements à visée scientifique sont prévus dans la loi de bioéthique par différents articles.

Pour un prélèvement d'organe chez un sujet majeur, l'article L1232-1 du Code de la santé publique (CSP) prévoit :
• la nécessité de consulter le registre national automatisé des refus ;
• si cette recherche est négative, les proches familiaux du sujet doivent être consultés afin de savoir s'ils ont connaissance d'une opposition à un prélèvement d'organe, exprimée par le sujet de son vivant. L'esprit de la loi insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un consentement demandé aux proches. Plus encore, le point de vue des proches sur la réalisation des prélèvements ne doit pas être pris en compte. En revanche, la loi prévoit que les proches soient informés de la finalité des prélèvements ;
• pour un mineur ou un sujet majeur sous tutelle (article L1232-2), la signature écrite des deux détendeurs de l'autorité doit intervenir ;
• le médecin qui constate la mort et celui qui mène la recherche doivent être deux personnes obligatoirement différentes ;
• les projets de recherche dans le cadre desquels des prélèvements à visée scientifique sont envisagés doivent avoir été soumis et autorisés par l'Agence de la biomédecine.

Pour le prélèvement de tissus à visée scientifique, l'article L1241-6 renvoie aux textes relatifs aux prélèvements d'organes sus-cités et la procédure est identique :
• le recueil du consentement a posteriori n'est pas prévu par la loi et n'est pas dans l'esprit de la loi. Cependant, les décrets d'application de la loi de bioéthique modifiée ne sont pas encore parus. Les impératifs méthodologiques et scientifiques (les prélèvements réalisés trop tard étant inexploitables) pourraient-ils être pris en compte pour des assouplissements dans ce cas particulier ?
• article L1211-2 alinéa 3 : seule exception au consentement présumé, les autopsies en cas de « besoin impérieux pour la santé publique ». Bien que le suicide fasse partie des priorités de santé publique, l'étude des patients décédés par suicide ne semble pas pouvoir entrer dans ce cadre ;
• par ailleurs, l'Agence de la biomédecine doit être avisée de tout prélèvement à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Au total, la question de la réalisation de prélèvements biologiques en urgence à des fins de recherche associée à une autopsie psychologique a fait l'objet d'une saisine du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) par le groupe de travail en décembre 2005. À cet égard, le CCNE a auditionné le Dr Frank Bellivier le 19 Janvier 2006. Un avis a finalement été rendu le 12 octobre 2006, stipulant que « la réalisation de ces prélèvements avant tout consentement est en contradiction absolue avec la loi. La situation du suicide ne permet pas de dérogations à la loi ».

Code de procédure pénale

Aucun accès n'est possible ni aux familles, ni aux corps, tant que l'enquête n'est pas close. Il ne semble pas exister de possibilité d'assouplissement du Code de procédure pénale pour rendre cet accès possible. Cependant, cette interdiction est limitée au temps de l'enquête. Les médecins légistes, qui sont associés à l'enquête, tout en restant tenus au secret de cette enquête, pourraient utilement collaborer à des protocoles scientifiques, en s'impliquant :

- dans la réalisation précoce des prélèvements ;
- dans la détermination des causes et des circonstances du décès.

Il apparaît qu'aucun moyen dédié à la recherche n'existe aujourd'hui au sein des instituts médicolégaux, ce qui participe aux difficultés de mise en œuvre de ces recherches. Dans l'hypothèse où de telles collaborations se développeraient, il ne semble pas exister d'oppositions liées au Code de procédure pénale, dès lors que les prélèvements réalisés ne gênent pas les besoins de l'enquête. Ceci étant laissé à l'appréciation du médecin légiste et du magistrat. Un protocole de recherche peut tout à fait intégrer cette contrainte.

Ces questions, ainsi que les modalités exactes d'une collaboration entre la justice et la santé sur un tel sujet, ont fait l'objet d'un échange avec le ministère de la Justice en janvier 2006.

Stratégie pour s'appuyer sur l'autopsie psychologique en recherche biologique et génétique

L'expertise collective sur l'autopsie psychologique (Inserm, 2005) a développé les arguments indiquant le très grand intérêt scientifique qu'il y aurait à pouvoir mener des recherches biologiques et génétiques pour les patients présentant des conduites suicidaires graves, ce qui inclut les sujets suicidés.

Objectifs de la recherche

Les informations fournies par les études biologiques et génétiques sont peu contributives sans une caractérisation phénotypique la plus complète possible des sujets inclus (caractéristiques socio-démographiques et ethniques, psychologiques dimensionnelles, psychopathologiques…). Le recours aux outils de l'autopsie psychologique paraît donc indispensable pour ces recherches biologiques et génétiques chez des sujets décédés par suicide.

Les objectifs de telles recherches sont :

- identifier les facteurs de vulnérabilité génétique et les corrélats biologiques des patients ayant les conduites suicidaires les plus graves (étude de

paramètres du sang périphérique, du LCR, des cheveux, du tissu cérébral, du polymorphisme de certains gènes candidats) ;
• la caractérisation phénotypique complète de ces sujets décédés par suicide ;
• une étude de corrélation entre les caractéristiques des sujets décédés par suicide et ces paramètres biologiques et génétiques.

Ce qui est nécessaire pour répondre aux objectifs

Il est nécessaire d'avoir accès aux corps des sujets décédés par suicide dans les délais impartis en fonction de la nature des échantillons biologiques qui doivent être collectés (moins de 8 h suivant le décès pour les prélèvements de fluides biologiques – sang, LCR, urine – et de tissu cérébral ; moins de 24 h pour des prélèvements de sang en vue d'une extraction d'ADN pour les études génétiques). Le détail de ces procédures est présenté dans l'annexe 1. Un réseau de signalement et une collaboration avec les services judiciaires doivent être mis en place.

Le cadre légal dans lequel les prélèvements biologiques sont réalisés pourrait être précisé (cf. supra, en particulier beaucoup d'aspects pratiques découleront des décrets d'application de la nouvelle loi de bioéthique).

Le Code de procédure pénale concernant l'enquête qui est quasi systématiquement menée après un suicide devrait être assoupli. Des collaborations effectives entre les équipes de recherche et les instituts médicolégaux, qui reçoivent les corps, doivent être mises en place. Une banque de tissus biologiques centralisée pourrait être constituée.

Il est nécessaire de promouvoir la constitution d'une équipe multidisciplinaire de chercheurs travaillant en réseau : psychologues, psychiatres formés en suicidologie et aux techniques d'autopsie psychologique en relation avec des laboratoires de recherche en biologie, en biologie moléculaire, en anatomopathologie et en histochimie. Grâce à ce réseau, l'accès aux familles pourrait être facilité.

Ce qui est possible et disponible dès à présent

Un Réseau national de recherche en psychiatrie génétique avec centralisation des données cliniques, biologiques et génétiques est en cours de constitution. Cette structure a pour vocation de prendre en charge la logistique concernant la banque de données, la banque de tissus et l'extraction d'ADN.

La création d'une cérébrothèque de psychiatrie a déjà fait l'objet d'études de faisabilité (Frank Bellivier, Salah El Mestikawi, Inserm U 513). À ce jour, les conclusions indiquent qu'un tel projet se heurterait à de nombreuses difficultés techniques. À l'occasion de cette étude, la cérébrothèque de

neurologie (Hôpital La Pitié Salpêtrière) a cependant été identifiée comme structure qui pourrait accueillir et gérer dans d'excellentes conditions des tissus cérébraux. La réflexion concernant la création d'une logistique permettant de constituer ces banques de tissus cérébraux pour les pathologies psychiatriques doit être poursuivie. Elle nécessitera certainement des actions incitatives de la part des tutelles de recherche.

Les expertises en psychiatrie, en biologie, en biologie moléculaire, en anatomopathologie et en histochimie existent en France. Certaines équipes travaillent déjà ensemble dans le domaine de la suicidologie.

Quels sont les obstacles ?

La mise en œuvre d'études utilisant les techniques d'autopsie psychologique devra, si on en croit l'expérience canadienne, s'appuyer sur un réseau, qui aujourd'hui ne compte que quelques équipes.

Aucun accès n'est possible à ce jour aux corps et aux familles de patients suicidés en France, à l'exception des rares cas qui sont initialement hospitalisés, ce qui représente très peu de sujets. On constate une raréfaction des équipes réalisant les autopsies (en particulier le prélèvement de tissu cérébral).

Le cadre légal reste à préciser. Quelle place sera faite au cas particulier qui nous occupe : la nécessité d'effectuer la collecte d'échantillons biologiques rapidement après la mort ? Sera-t-il possible d'obtenir un consentement a posteriori ? Peut-on envisager des aménagements pour la recherche du Code de procédure pénale qui ne prévoit pas actuellement l'accès aux corps et aux familles ?

Quels sont les changements nécessaires ?

Puisque le décès par suicide entre dans le cadre des morts suspectes, cette situation déclenche automatiquement une enquête judiciaire sous la responsabilité du Procureur de la République. Un projet de recherche peut tout à fait être envisagé en collaboration avec le Parquet, en incluant des procédures visant à ne pas gêner l'enquête. Ainsi, l'enquête n'est pas incompatible avec la mise en œuvre de recherches. Cela supposerait une coordination entre les instituts médicolégaux et les équipes de recherche.

Quels sont les institutions concernées et les interlocuteurs potentiels ?

Il est d'ores et déjà possible d'identifier quelques institutions qui, par leur concours, pourraient aider à la résolution des problèmes rencontrés et à la mise en œuvre d'études associant l'autopsie psychologique et l'investigation de facteurs de vulnérabilité génétique et des corrélats biologiques :

• organismes de recherche ;
• associations rassemblant des familles endeuillées (UNPS[3], Jonathan Pierres Vivantes, Phare Enfant Parents, Unafam, Argos 2001, France Dépression…) ;
• ministères : Justice, Santé, Recherche.

Il apparaît donc clairement que dans un cadre de recherche, l'autopsie psychologique constitue une opportunité pour des études de corrélats clinico-biologiques. Cependant, ceci implique un cadre méthodologique, légal et éthique pour pouvoir mener ces travaux de manière rigoureuse. La mise en œuvre de tels travaux nécessite leur adéquation avec la loi de bioéthique et le Code de procédure pénale : avoir accès au corps dans le cadre de l'enquête pénale à des fins scientifiques, avoir la possibilité de mettre en place des collaborations scientifiques avec les instituts médicolégaux.

BIBLIOGRAPHIE

INSERM. Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Collection Expertise Collective Inserm, Éditions Inserm, Paris, 2005 : 199p

3. Union nationale pour la prévention du suicide

6

Estimation des besoins de formation pour la réalisation d'autopsies psychologiques

La mise en place de recherches utilisant les méthodes de l'autopsie psychologique suppose l'implication à des degrés divers de multiples intervenants pour lesquels des besoins d'information et de formation peuvent être identifiés. Ce chapitre vise à donner seulement une estimation des besoins de formation pour les équipes de recherche. Cette estimation se fonde sur les formations mises en place au Québec par l'équipe de recherche de Monique Séguin[4]. Les formations à réaliser en France pourront bénéficier de l'expérience québécoise.

Trois types de formations peuvent être envisagés :
• la formation des chercheurs pour recueillir les données orales et/ou écrites auprès des différents intervenants professionnels et bénévoles qui ont pu délivrer de l'aide, des conseils, ou des soins à la personne décédée ;
• la formation destinée aux interviewers qui rencontrent les informants ayant bien connu la personne décédée au cours de sa vie ;
• la formation du panel d'experts qui évalue la trajectoire de vie, de psychopathologie, d'aide et de soins au travers de l'ensemble des données recueillies.

Formation pour le recueil des données auprès des intervenants professionnels et bénévoles

En l'absence de loi sur l'analyse des causes des décès brutaux qui favorise l'accès à l'ensemble des données détenues par les différents intervenants, la formation dispensée au Québec devra subir des adaptations de contenu en

4. Groupe McGill d'étude sur le suicide, Université McGill - Hôpital Douglas, Verdun, Québec

fonction du nouveau contexte français suite à cette expertise. Pour l'instant, cet accès devrait pouvoir se construire en France davantage dans le cadre de la recherche que dans le cadre d'une enquête publique. La possibilité d'un accès aux données est un pré-requis pour conduire des recherches qui ont pour objectif d'améliorer la détection, l'évaluation clinique et la prise en charge des personnes à risque de suicide et en crise suicidaire.

La formation sera conçue en fonction des nouvelles possibilités d'accès aux données issues des décisions prises suite à ce volet de l'expertise. Les chargés de recherche qui vont recueillir ces données ne sont pas encore identifiés actuellement. Cela pourrait être les interviewers qui vont conduire les entrevues avec les proches ou encore d'autres personnes.

Les éléments ci-dessous indiquent comment est organisé l'accès aux données au Canada.

Trajectoire de soins et services reçus : procédure de recueil des données

Une ou des sections de la grille utilisée par Santé Canada 2001 sont proposées. Elles visent à retracer la trajectoire des services et de soins reçus par les personnes ayant eu recours à des services de santé mentale. La trajectoire des services reçus est examinée sous deux angles :

- la revue des dossiers des usagers ;
- l'usage des services par les usagers.

L'accès aux dossiers des services sociaux, des praticiens libéraux et des établissements publics et privés de santé représente un des points importants pour la réussite de ces recherches en France.

Revue des dossiers des usagers

L'étude des dossiers sert à documenter systématiquement les réponses données aux demandes de services des usagers. Cela consiste à identifier des changements intervenus dans les trajectoires d'utilisation des services. Les dossiers sont multiples et existent dans divers points de services, publics et privés.

Les dossiers sont scolaires, sociaux, judiciaires, médicaux et émanant de services de professionnels en pratique privée. Les demandes d'accès aux dossiers devraient être faites auprès des rectorats, des responsables judiciaires, des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Des interviews qualitatives seront effectuées auprès d'un des membres de la famille et d'un ou plusieurs professionnels, s'il y a lieu. Les réponses aux questions adressées permettront de retracer le cheminement de la recherche d'aide dans les réseaux, l'impact des difficultés rencontrées sur la demande d'aide et la réponse d'aide, la demande de services et les services reçus et enfin l'appréciation de l'aide reçue.

Les services de médecine légale auront à assurer l'examen toxicologique qui est réalisé dans tous les cas de suicide. Un dosage des antidépresseurs sera à effectuer, entre autres. L'accès au compte rendu de l'autopsie médicolégale est à prévoir pour avoir le maximum de certitude qu'il s'agit d'un suicide.

Utilisation des services par les usagers

La formation doit permettre aux chercheurs de pouvoir rédiger un texte décrivant non seulement les interventions qui ont eu lieu mais également l'information disponible quant à l'impact de celles-ci ainsi que la satisfaction de la personne telle que recueillie tant à travers le témoignage des proches que des dossiers consultés. L'histoire se complètera d'un graphique retraçant la trajectoire d'utilisation des services à vie avec une zone ciblant la dernière année et décrivant les différents services reçus dans les domaines suivants :

- consultations auprès des spécialistes de psychiatrie et de santé mentale (psychiatres, psychologues, équipe de secteur de psychiatrie) ;
- hospitalisation pour trouble physique et/ou psychiatrique ;
- consultations et admissions dans les services d'urgence ;
- séjours dans les hébergements protégés ;
- centre d'accueil pour jeunes ;
- milieu pénitentiaire ;
- médication anti-dépressive ;
- autres médications psychotropes.

Formation destinée aux interviewers

Les interviewers doivent avoir une connaissance minimale sur :

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

Les formateurs français à l'intervention de crise suicidaire constituent un potentiel important pour le recrutement des interviewers. Leur formation initiale, essentiellement en psychiatrie et psychologie, mais pas exclusivement, paraît tout à fait adaptée pour la conduite des entrevues de recherche après une formation complémentaire.

Formation

La formation rapportée ci-dessous est dispensée au Canada aux interviewers qui assurent le recueil des données auprès des informants qui ont bien connu la personne décédée.

Formation pour l'évaluation de la psychopathologie

La présence d'une psychopathologie individuelle (axe I et axe II selon le DSM-IV) est systématiquement recherchée. Les diagnostics sont établis à l'aide du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) (Spitzer et coll., 1986). Il s'agit d'un instrument clinique standardisé permettant d'établir les diagnostics actuels après le décès ainsi que les diagnostics antérieurs, avant le décès, et la chronologie de troubles selon les critères de l'axe I du DSM-IV. Le questionnaire sous sa forme auto-administrée (SCID-II-SR) permet d'établir des diagnostics selon l'axe II du DSM-IV (1987) et la chronologie des troubles. La consistance interne est excellente avec un alpha de Cronbach[5] de 0,88 (Côté et Hodgins, 1990).

Les entrevues diagnostiques se réalisent auprès des proches de la personne décédée. Dans le cadre de ces entrevues, les chercheurs administrent les questionnaires SCID aux informants en vue de déterminer s'il y avait présence, chez la personne décédée, d'une psychopathologie sur l'axe I ou II. Ces entrevues permettent de documenter l'apparition des difficultés liées aux troubles mentaux et d'y associer une date. En fait, il s'agit d'instruments capables d'établir un diagnostic en fonction du DSM-IV. Les données recueillies permettent d'établir un diagnostic actuel (6 mois) ainsi que les antécédents complets quant aux troubles psychiatriques pour la personne décédée. L'outil en question a déjà fait l'objet d'une validation dans le cadre d'études sur le suicide (Lesage et coll., 1994 ; Turecki et coll., 2001). La fidélité inter-juges pour cette méthode, dans le contexte de l'autopsie psychologique, est élevée (Brent, 1989). Le plan de formation est présenté dans le tableau 6.I.

Tableau 6.I : Plan de formation au SCID I et II

Jour 1	Présentation du SCID I : Objectifs, structure, règles et procédure
	Modules du SCID :
	Résumé
	Module A : Symptômes/épisodes de l'humeur
	Module B : Symptômes psychotiques
	Module C : Diagnostic différentiel des troubles psychotiques
	Module D : Diagnostic différentiel des troubles de l'humeur
Jour 2	Modules du SCID I (suite) :
	Module E : Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives
	Module F : Troubles anxieux
	Module G : Troubles somatoformes
	Module H : Troubles alimentaires
	Module I : Trouble de l'adaptation
	Module J : Modules optionnels (ex. : troubles durant l'enfance)
	Module K : Jeu pathologique
	Feuille sommaire

5. L'alpha de Cronbach est utilisé pour mesurer la fiabilité des différents items censés mesurer un phénomène ; il varie entre 0 et 1, et constitue un indice de « consistance » de l'échelle.

Jour 3	Modules du SCID II Résumé Les troubles de la personnalité et la codification
Jour 4	Exercices pratiques Visionnage de deux vidéos : à coter par les participants et discussion des cotes avec accord inter-juges
Jour 5	Exercices pratiques (suite) Jeux de rôle avec des patients (ou simulation d'un patient) et discussion des cotes avec accord inter-juges
Jour 6 et 7	À planifier dans le mois suivant le début des entrevues : Suivi de la formation (optionnel mais recommandé) Vérification et supervision des premières entrevues : discussion et vérification de leur codification Suivi des premières entrevues : questions, difficultés encourues lors de l'entrevue, révision… Accord inter-juges avec le formateur : visionnement des cassettes audio par le formateur en vue d'assurer le niveau adéquat d'accords inter-juges Rencontres ou supervision individuelle au besoin

Méthode pour la description des trajectoires de vie

La reconstruction de la trajectoire de vie (Séguin, 1999), inspirée du *Life History Calendar* (Caspi et coll., 1996) et du *ALPHI-Adult Life Phase Interview* (Bifulco, 2000), 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. À 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 (les agendas personnels), 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 poids du risque 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 (voir tableau V de la communication de Monique Séguin).

Panel d'évaluateurs et leur formation

Dans le cadre de l'étude, un panel d'experts doit être mis en place pour évaluer dans quelle mesure il existait un potentiel de prévention des suicides étudiés. L'analyse du panel porte sur les actions individuelles qui ont pu être apportées tant par les proches que par les intervenants des services sociaux et de santé tout au long de la trajectoire d'aide de la personne décédée.

Le panel d'experts a besoin des informations contenues dans les dossiers médicaux, scolaires, des organismes sociaux, des secteurs privé et public. Une des sources d'information est constituée par les données de l'Assurance maladie.

Composition du panel

Au Canada, le panel d'experts 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 1re et de 2e 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 « *Livings works* » en intervention de crise auprès des personnes suicidaires.

En France, la composition de ce panel devra être adaptée au système français ; il est par conséquent encore trop tôt pour la définir précisément.

Selon l'exemple canadien, les membres du panel se réunissent pour discuter de chacun des cas de la façon suivante : les chargés de recherche rédigent l'histoire du cas pour établir la présence de troubles mentaux et décrivent également l'ensemble de la trajectoire de vie de la personne ; à cela, ils ajoutent toute l'information obtenue sur l'utilisation des services par la personne au cours de sa vie, en particulier les services de psychiatrie et de santé mentale, avec une attention particulière sur ceux reçus dans l'année précédant le suicide.

Sur la base de ces informations, le panel doit estimer quel type d'action aurait également pu être entrepris par les proches et les différents intervenants. Le panel doit déterminer à ce niveau si les besoins de soins de la personne étaient couverts ou non – par exemple, si une dépression était présente, dans quelle mesure la personne recevait un traitement adéquat pour

cette dépression. À un deuxième niveau, le panel détermine les actions locales qui auraient idéalement dû être mises en place. Par exemple, la présence d'un réseau local de services de santé mentale de base qui aurait permis un accès rapide à une consultation spécialisée.

Le panel enregistre son évaluation au niveau individuel sous forme d'un court paragraphe et également à l'intérieur d'une matrice des besoins identifiant, en ordonnée, les différents problèmes éventuels (par exemple : dépression, psychose, anxiété, détresse, problèmes d'alcool, problèmes de drogue, problèmes interpersonnels, problèmes financiers, problèmes parentaux, problèmes judiciaires...) et, en abscisse, l'intervention à poser selon les catégories suivantes : proches, médecins généralistes, enseignants, services spécialisés psychiatriques, services correctionnels, centres de prévention du suicide, psychothérapeutes en privé.

Le panel est également invité à compléter une matrice des besoins au niveau local autour des entêtes suivantes en ordonnée : consultation, coordination, formation, équipe de crise, gouvernance, financement, politique ; et en abscisse : services médicaux de 1re ligne, services sociaux de 1re ligne, services spécialisés, services policiers, services correctionnels, écoles, les proches, les pairs, milieu de travail.

Sur la base de l'ensemble de cette information, le panel est finalement convié à coter sur une échelle de 1 à 5 dans quelle mesure il était possible de prévenir le suicide (voir tableau I de la communication de Monique 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.

L'ensemble des résultats obtenus par le panel est ensuite analysé par les membres de l'équipe de recherche afin d'établir, par des analyses transversales, les actions qui devraient être proposées, compte tenu de l'ampleur des déficits notés dans les actions au niveau individuel et au niveau local. Par exemple, des actions d'amélioration de la formation au niveau des professionnels seraient notées à ce niveau de même que des campagnes de sensibilisation du public au traitement de la dépression.

Formation et aspects éthiques

À tous les niveaux, la formation des équipes de recherche doit prendre en considération les aspects éthiques. Les risques associés à un tel projet de

recherche semblent minimes. Cependant, étant donnée la nature de l'étude, l'expérience montre que des informants peuvent être dans un état de vulnérabilité au moment de l'entrevue. Toutes les précautions doivent être prises en vue de leur offrir le soutien nécessaire. En cas d'urgence (risque de suicide, d'homicide ou de crise familiale), ou si le participant en deuil a besoin de psychothérapie, l'équipe aura en charge de prendre les mesures nécessaires. L'expérience antérieure avec des endeuillés par suite d'un suicide et d'accidents de la route (Séguin et coll., 1995) permet de conclure que l'entrevue de recherche répond aussi à deux besoins précis. Comme les endeuillés vivent dans un isolement assez général, l'occasion de parler à un professionnel, dans un contexte d'absence de jugement, est très bénéfique. Par ailleurs, les entrevues permettent de dépister des personnes suicidaires et d'intervenir directement. Un suivi téléphonique quelques jours après l'entrevue permet de vérifier si les personnes interrogées ont bien réagi à l'entrevue et de prendre les mesures nécessaires s'il apparaît que la personne est en crise.

Selon l'expérience canadienne, la longueur des entrevues ne semble pas poser de problèmes importants, car les instruments de recherche conduisent les personnes à converser sur leur propre expérience. Les études antérieures montrent que l'entretien dure près de quatre heures. Les interviewers sont formés à l'intervention clinique. Le rythme de l'entrevue est modulé en fonction des besoins des informants, et des moments de repos doivent être aménagés lors de l'entrevue afin de répondre aux besoins de chacun. Il est mis fin à l'entrevue si le sujet devient trop bouleversé. De même, les membres de l'équipe sont encouragés à se soutenir mutuellement suite à des entrevues particulièrement difficiles. Une formule de consentement doit être signée par les participants à l'étude. Enfin, les mesures sont prises pour assurer la confidentialité des informations relatives aux participants.

Selon l'expérience antérieure, la grande majorité des familles est très réceptive à cette composante de l'étude. Néanmoins, afin d'éviter les malentendus et de laisser les familles libres de décider si elles veulent participer au volet biologique, un formulaire de consentement distinct est utilisé pour demander l'autorisation d'utiliser les prélèvements biologiques disponibles après l'examen toxicologique.

Finalement, les trois types de formations mises en place au Québec par l'équipe de recherche de Monique Séguin devront subir des adaptations de contenu pour la réalisation d'autopsies psychologiques en France :

• la formation destinée aux chercheurs pour le recueil des données auprès des intervenants professionnels ou bénévoles sera conçue en fonction des nouvelles possibilités d'accès aux données issues des décisions prises suite à ce volet de l'expertise. Au Canada, l'accès aux données vise à retracer la trajectoire des services et de soins reçus par les personnes ayant eu recours à des services de santé mentale ; cette trajectoire est analysée sous deux angles (revue des dossiers des usagers, usage des services par les usagers) ;

• la formation destinée aux interviewers qui rencontrent les informants ayant bien connu la personne décédée au cours de sa vie doit apporter une connaissance minimale sur : les critères diagnostiques du DSM-IV, la conduite de l'entretien lors d'une entrevue diagnostique, l'intervention auprès de personnes endeuillées et potentiellement en crise suicidaire. Les formateurs français à l'intervention de crise suicidaire constituent un potentiel important pour le recrutement des interviewers. Au Canada, une formation pour l'évaluation de la psychopathologie est dispensée aux interviewers, qui s'appuie également sur une méthode pour la description des trajectoires de vie ;
• au Canada, le panel d'experts qui évalue la trajectoire de vie est constitué de trois personnes ; pour l'instant, il est encore trop tôt pour définir précisément la composition de ce panel en France.

Enfin, la formation des équipes de recherche doit prendre en considération les aspects éthiques.

BIBLIOGRAPHIE

BIFULCO A, BERNAZZANI O, MORAN PM, BALL C. Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000, **35** : 264-275

BRENT DA. The psychological autopsy method: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1989, **19** : 43-57

CASPI A, MOFFITT T, THORNTON A. The life history calendar: A research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1996, **6** : 101-114

CÔTÉ G, HODGINS S. Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1990, **18** : 271–281

LESAGE AD, BOYER R, GRUNBERG F, VANIER C, MORISSETTE R, et coll. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1063-1068

SÉGUIN M. Trajectoire de vie et résilience des personnes suicidaires. *Revue Frontières* 1999, **12** : 11-16

SÉGUIN M, LESAGE A, KIELY MC. Parental bereavement after suicide and accident : a comparative study. *Suicide Life Threat Behav* 1995, **25** : 489-492

SPITZER RI, WILLIAMS JBW, GIBBON M. Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). Biometrics research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1986

TURECKI G, ZHU J, TZENOVA J, LESAGE A, SEGUIN M, et coll. TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry* 2001, **6** : 98-102

7

Application de l'autopsie psychologique aux suicides survenus en détention

Chaque année, environ 120 personnes détenues décèdent par suicide dans les établissements pénitentiaires français (Baron-Laforet, 2001 ; Administration pénitentiaire, 2002 ; Terra, 2004a). L'opportunité de développer les méthodes de l'autopsie psychologique pour ces décès doit être examinée comme pour les autres milieux de vie et les différentes populations à risque. Parmi les arguments principaux en faveur de cette voie de recherche figurent le caractère inacceptable de la mort par suicide au cours de la détention ainsi que la volonté politique relayée par l'ensemble des professionnels et bénévoles de réduire cette mortalité. En 2001 et 2002, la crise suicidaire avait été détectée pour seulement 25 % des personnes décédées par suicide (Administration pénitentiaire, 2002). Un plan de prévention mis en place à partir de 2004 semble apporter ses premiers résultats en 2006 avec 93 décès par suicide et 96 en 2007.

Paramètres de l'autopsie psychologique

Les arguments et les limites en faveur de l'analyse de ces décès par les méthodes de l'autopsie psychologique sont examinés au regard des paramètres suivants.

Caractérisation du suicide

L'ensemble des personnes décédées de mort violente en établissement pénitentiaire fait l'objet d'une autopsie médicolégale. Cette exhaustivité permet de connaître le nombre exact de suicides (Terra, 2003a). Les comptes rendus des examens médicolégaux sont centralisés par l'administration pénitentiaire. Il existe un nombre 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 apporter un gain de con-

naissance pour améliorer cette distinction en reprenant la trajectoire de vie, de souffrance et d'aide de la personne décédée.

Représentativité

Les personnes détenues ne sont pas représentatives de la population générale (Towl, 2000 ; Terra, 2003a). C'est une population masculine pour plus de 90 % des cas, et les suicides en détention représentent moins de 1 % de l'ensemble des suicides.

Cependant, il existe certaines similitudes entre la population des personnes détenues et celles qui ont des troubles mentaux et qui font l'objet de soins spécialisés (Drees, 2002). Les enquêtes de prévalence des troubles mentaux au sein des populations carcérales indiquent des taux élevés pour la dépression, l'abus de substance, les troubles de la personnalité et la schizophrénie (Towl, 2000 ; Terra, 2003a). Ces facteurs de risque de suicide se retrouvent en population générale.

Les personnes détenues doivent pouvoir accéder aux mêmes progrès que les personnes en milieu ouvert (OMS, 2002). Il est dans cette mesure important que des recherches visent à cette amélioration (Baron-Laforet, 2001 ; Terra, 2003a).

Acceptabilité

Plusieurs travaux de recherche, notamment épidémiologiques, ont porté sur les populations détenues. L'acceptabilité n'en a jamais été dénoncée, d'autant que les résultats ont mis en évidence la fréquence des troubles mentaux qui sont le premier facteur de risque de suicide (Drees, 2002). La prise en charge psychiatrique et sociale n'a pas été étudiée, que ce soit en termes d'accessibilité aux soins ou de pertinence.

L'acceptabilité peut trouver des limites avec les familles qui sont en conflit avec l'administration pénitentiaire ou avec les autres institutions concernées. Cette situation est probablement plus fréquente que pour des suicides dans les autres milieux. La recherche pourrait être perçue comme un moyen de faire le jour sur une vérité cachée. Elle ne peut et ne doit se substituer aux procédures.

Les recherches dans le domaine de la santé utilisant l'autopsie psychologique sont à déconnecter des recherches de responsabilité.

Accessibilité des données

On dispose d'un suivi complet et détaillé quant à la situation pénitentiaire des détenus qui sont décédés par suicide mais, en contrepartie, les données ne

sont pas accessibles pour ce qui concerne le versant sanitaire (Administration pénitentiaire, 2002).

Données en détention

Les personnes détenues sont par définition dans un milieu fermé où il existe de nombreux intervenants et où de nombreuses données sont enregistrées au cours du séjour. Il existe des données communes à l'ensemble des acteurs et des données spécifiques. Des aires de confidentialité sont construites afin que les personnes détenues puissent bénéficier de leurs droits. La prévention des conduites suicidaires nécessite des interfaces pour permettre la détection, l'évaluation et l'intervention ; des zones de partage des informations ont été créées, comme les commissions de prévention du suicide (Terra, 2003a).

L'accessibilité dépend de la qualité des données et de la confiance accordée à la personne qui réalise l'investigation.

Données en milieu ouvert et autres données

Les personnes détenues passent la plupart de leur vie en dehors de la détention. L'accès aux données pertinentes nécessaires pour une autopsie psychologique pose les mêmes problèmes que pour les autres décès par suicide, sauf à considérer que des recherches portant sur les personnes détenues soient jugées comme moins acceptables. La volonté de prévention est un argument qui devrait limiter une telle perception.

Amélioration de l'analyse des décès par suicide dans les établissements pénitentiaires

Les recommandations suite aux différentes expertises et les rapports des dernières années constituent des leviers favorables pour insérer l'autopsie psychologique dans les méthodes destinées à améliorer la prévention. Ces recommandations portent en particulier sur l'amélioration de l'analyse des décès par suicide au niveau des établissements eux-mêmes et de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral (cf. les propositions du groupe de travail en fin de chapitre).

Les méthodes de l'autopsie psychologique sont recommandées comme le développement de l'analyse de la morbi-mortalité au sein des établissements de santé (cf. les propositions du groupe de travail en fin de chapitre). La mise en place de recherches dans ce domaine doit associer les établissements de santé qui ont des missions de prévention et de soins aux personnes détenues. Comme les personnes décédées par suicide en détention ont souvent des antécédents de prise en charge psychiatrique ambulatoire et/ou hospitalière, la coopération ne peut qu'apporter un meilleur accès aux données (Terra, 2004b).

Opportunités pour la recherche

Les différents professionnels exerçant dans les établissements pénitentiaires sont extrêmement sensibilisés et pour beaucoup formés à la prévention du suicide (plus de 5 000 professionnels sur un effectif total de l'ordre de 30 000). Un enseignement est dispensé en formation initiale et en formation continue pour améliorer la détection et la protection des personnes à risque (Terra, 2004a). La réalisation d'autopsies psychologiques permettrait de tirer des enseignements, notamment pour savoir si tout le potentiel de prévention disponible a pu être mis en œuvre.

Parmi les psychiatres et psychologues travaillant dans les établissements pénitentiaires, certains peuvent trouver intérêt à s'investir dans ce domaine de recherche. Nombre d'entre eux ont reçu une formation de formateurs à l'intervention lors de crise suicidaire et ont démontré leur engagement sur ce thème.

Question des populations témoins

La constitution de groupe témoin est difficile dans le cas du suicide car il s'agit d'une mort prématurée et auto-imposée. La question des points de comparaison paraît délicate. Il semble que les comparaisons avec des personnes décédées dans d'autres circonstances, comme les accidents de circulation, visent à identifier les causes du suicide tandis que les comparaisons entre des groupes de personnes décédées par suicide dans différents milieux (domicile, hôpital, maison de retraite…) visent davantage à identifier les trajectoires d'aide et de services.

Les groupes qui peuvent servir de comparaison sont :
- les décès par accident de la circulation ;
- les décès par suicide qui surviennent en milieu ouvert ;
- les décès par suicide qui surviennent à l'hôpital ;
- les décès par suicide de populations en liberté conditionnelle.

Une autre possibilité reste la comparaison avec des personnes dont la tentative de suicide n'a pas abouti. Il n'est pas certain que l'issue différente (survie *versus* décès) constitue un point de comparaison pour améliorer la prise en charge dans la mesure où la survie n'est pas forcément attribuable à la qualité de la détection et des soins.

Quoi qu'il en soit, le choix de la population témoin doit, dans la mesure des possibilités, demeurer en lien avec l'objectif initialement défini dans le protocole de recherche.

Question des référentiels de pratique

Des recherches sur les trajectoires d'aide et de service imposent de définir la pertinence des aides et soins apportés en matière de détection, évaluation et

intervention. Les différents acteurs exerçant en milieu pénitentiaire ont l'habitude de partager leurs pratiques lors de réunions ou congrès. Les recommandations de pratique contenues dans les enseignements initiaux et continus, ainsi que dans les différents rapports et expertises, constituent une base solide pour l'analyse des prises en charge réalisées (OMS, 2002 ; Terra, 2003a).

Résultats attendus

Les acteurs du milieu pénitentiaire luttent contre le suicide depuis de très nombreuses années. Ils ne disposent pas d'un système d'analyse des causes des décès par suicide pour mettre en évidence le potentiel de prévention qui aurait pu exister. La réalisation de recherches avec les méthodes de l'autopsie psychologique devrait permettre 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. Pour l'instant, la connaissance de ces trajectoires est partielle et des pans entiers des difficultés rencontrées peuvent rester obscurs (Terra, 2003a).

Propositions du groupe de travail à l'issue de l'expertise

Améliorer l'analyse des décès par suicide au niveau des établissements et de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral

Le travail de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral est actuellement centré sur les suicides. Les tentatives de suicide devraient être aussi étudiées, et surtout les cas où les personnels de surveillance ont pu intervenir pour arrêter le geste suicidaire. Il est ainsi important de se centrer sur ce qui marche et sur les éléments qui ont contribué au sauvetage.

Cette action est essentielle pour mettre à jour ce qui a pu se passer et entrevoir les pistes d'amélioration. Sans ce niveau d'analyse, la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral ne peut pas disposer d'une information de valeur pour améliorer globalement la prévention.

Objectifs

• Mieux connaître ce qui s'est passé pour les personnes décédées par suicide en détention dans une approche de recherche de causalité et non de responsabilité ;
• Déterminer le potentiel d'amélioration en l'état actuel de l'organisation de la prévention ;

• Identifier les problèmes, rechercher leurs causes puis les solutions qui peuvent servir à améliorer la prévention dans l'ensemble des établissements ;
• Diffuser les recommandations à l'ensemble des établissements.

Le traitement des anomalies importantes, c'est-à-dire les déviations par rapport aux règles établies, doit utiliser la voie hiérarchique habituelle. Toute étude approfondie d'une situation conduit à dépister des anomalies qui ont pu, ou non, jouer un rôle dans le bon fonctionnement du processus de prévention.

Méthode

Pour chaque cas, il s'agit de décrire ce qui s'est passé, et de savoir si le système de détection de protection habituel a fonctionné ou non.
• Que savait-on des facteurs de risque, et qui avait l'information ?
• Les informations pertinentes recueillies par les différents intervenants ont-elles été prises en compte ?
• Les facteurs de risque étaient-ils enregistrés ?
• Quelles actions ont été entreprises pour chacun des facteurs de risque où une intervention était possible ?
• Quel était le plan de prévention du suicide ?
• Le plan de prévention du suicide a-t-il été conçu en fonction du niveau de risque ?
• Les actions de prévention préconisées ont-elles été appliquées ?
• Quelles mesures, ou précautions, ont été réellement mises en place ?
• Dans les jours ou heures précédant le suicide, quels événements, alertes ou signaux ont été repérés et enregistrés, et par qui ?
• La personne avait-elle indiqué sous forme de signes directs ou indirects qu'elle projetait de mettre fin à ses jours ?
• Est-ce que certaines personnes avaient exprimé leur inquiétude ?
• Avait-on tenté de parler avec le détenu pour évaluer l'urgence et la dangerosité suicidaire ?
• Quelles réponses ont pu être apportées, par qui, quand et comment ?
• Ces réponses correspondent-elles au fonctionnement normal ?
• Quelles anomalies ou défaillances ont pu être identifiées ?
• Quelles actions auraient pu modifier le cours des choses ?
• Quelles recommandations ont découlé de l'analyse ?

Réalisation

Il s'agit d'organiser un recueil de données dans chaque établissement pour compléter les données déjà disponibles. Le 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. Il serait souhaitable de recueillir des informations auprès des détenus qui ont été en contact avec cette personne.

L'objectif est de poursuivre une réflexion sur le repérage des éventuels signes avant-coureurs, de leur partage entre les différentes personnes qui ont côtoyé

la personne détenue et du potentiel de prévention qui pourrait être mis à jour.

Il ne s'agit pas d'une recherche de responsabilité mais d'une recherche qui appartient au domaine du « retour d'expérience[6] » (Terra, 2003b). Cette recherche causale (causalité cyndinique, associée au risque) vise à favoriser la « fabrique de la prévention[7] » (Terra, 2005). Cette analyse doit permettre de classer les décès selon le degré de mise en œuvre du potentiel de prévention.

S'il faut accepter l'idée qu'il y aura toujours des suicides, la part de ceux qui sont considérés, a posteriori, comme évitables devrait se réduire. La proportion de ceux qui sont totalement imprévisibles devrait croître dans un contexte global de diminution des suicides. Cette analyse pourrait démontrer que les variations du suicide sont attribuables aux efforts conduits.

Reste la question difficile de la mise en œuvre d'un tel système d'analyse. Actuellement, l'administration pénitentiaire tente de porter un regard courageux sur l'ensemble des décès par suicide avec la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral. Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports doit se joindre activement à cette analyse pour apporter un éclairage sur les troubles psychiques et les actions de soins.

Cette analyse reste cependant difficile comme pour la plupart des morts inattendues et/ou violentes quel que soit le lieu de survenance (domicile, voie publique, école, entreprises, hôpitaux, maison de retraite, prison...).

Si la France se dotait d'une institution analogue à celle des *coroners*, la question se poserait différemment pour les administrations sanitaire et pénitentiaire. Elles disposeraient d'une enquête conduite par un enquêteur (officier public au Québec) extérieur, rôdé à l'exploration de la causalité dans tous les milieux.

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 à la fois 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.

6. Le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) a organisé une série de séminaires sur le thème « Retours d'expérience, apprentissages et vigilances organisationnels. Approches croisées » dans le cadre du Programme risques collectifs et situations de crise (CNRS) organisé par Claude Gilbert et Isabelle Bourdeaux, MSH–Alpes.

7. Ce concept a été le titre d'un séminaire de travail organisé par la Mire et la Drees en octobre 2000 à la Maison de la Chimie.

La mise en place d'un tel système de retour d'expérience demande des modifications importantes pour réaliser une analyse qui est de nature « interministérielle ». De ce fait, il s'agit d'une recommandation générale qui pourrait servir à l'amélioration de la prévention de l'ensemble des suicides et des autres morts violentes, objectif numéro 2 de la loi de santé publique du 9 août 2004 (Terra, 2004c).

BIBLIOGRAPHIE

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE (AP). Statistique trimestrielle au 01/01/2002 (PMJ1), rapports suicides (EMS1) en 2001-2002. Administration pénitentiaire française

BARON-LAFORET S. Repérage du suicide en prison et éléments contextuels. *In* : La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge. John Libbey Eurotext, Fédération Française de Psychiatrie, Paris, 2001 : 111-118

DREES. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. DREES-GFEP, Études et résultats 2002, **181** : 1-12

OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ). La prévention du suicide : indications pour le personnel pénitentiaire. OMS, Genève, 2002 : 22p

TERRA JL. 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 au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Décembre 2003a, 222 p

TERRA JL. La problématique de la mesure du risque dans les établissements de santé. *In* : Autour de la mesure du risque, un questionnement multidisciplinaire. Actes de la troisième séance du séminaire « Le risque de défaillance et son contrôle par les individus et les organisations dans les activités à hauts risques ». Publications de la MSH-Alpes, 2003b : 213-229

TERRA JL. Prévenir le suicide : repérer et agir. *Actualités et Dossiers en Santé Publique* 2004a, **45** : 20-25

TERRA JL. Prévenir le suicide en abordant la souffrance psychique. *Pratiques en santé mentale* 2004b, **1** : 10-16

TERRA JL. La souffrance psychique : le suicide. *In* : Traité de santé publique. BOURDILLON F, BRUCKER G, TABUTEAU D (eds). Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2004c : 324-328

TERRA JL. Fabriquer de la prévention pour lutter contre un destin tragique : stratégie nationale et premières applications. *In* : Le suicide et sa prévention. Émergence du concept, actualité des programmes. BATT-MOILLO A, JOURDAIN A (eds). ENSP, Rennes, 2005 : 81-92

TOWL GJ, SNOW L, MCHUGH MJ. Suicide in Prisons. British Psychological Society, Leicester, 2000

8

Application de l'autopsie psychologique aux suicides au cours d'hospitalisations

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. Cette part est estimée au travers de la littérature scientifique entre 4 et 5 % pour les décès qui surviennent durant le séjour et entre 10 et 15 % pour ceux qui surviennent dans les 4 semaines qui suivent la sortie de l'hôpital (Proulx et coll., 1997 ; Gelder et coll., 2001).

Pour les décès qui ont lieu exclusivement au cours de l'hospitalisation, le taux de mort par suicide est estimé entre 0,5 et 1 pour 1 000 admissions dans les établissements de psychiatrie et de 1 pour 10 000 dans les hôpitaux généraux (Terra, 2004a).

Importance du problème

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 première semaine suivant l'admission du patient à l'hôpital (23 %) et dans la période de préparation de sa sortie de l'hôpital (40 %) (Appelby et coll., 1999).

Les seules données françaises sur le sujet portent sur l'année 2002 qui a fait l'objet d'une enquête rétrospective réalisée en 2003 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos, 2003, non publié) et la Direction générale de la santé (DGS). Bien que 5 départements n'aient pas répondu et que 29 n'aient déclaré aucun décès, le nombre recensé par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) atteint 194 décès par suicide

lors du séjour hospitalier en établissement de psychiatrie public ou privé. Les autres établissements de santé n'ont pas été interrogés. Ces résultats ont été diffusés aux établissements par la voie hiérarchique. Ce nombre peut être considéré comme une estimation minimale.

Chez les patients en ambulatoire, le taux de suicide le plus élevé a été enregistré dans la première semaine suivant la sortie de l'hôpital, souvent avant le premier rendez-vous en consultation. Les suicides avaient tendance à être plus fréquents suite à des admissions de courte durée et dans les cas où les patients avaient quitté l'hôpital contre l'avis des médecins (Goldacre et coll., 1993 ; Proulx et coll., 1997 ; Lennqvist et coll., 2000). La plupart des suicides chez les patients en ambulatoire se sont produits après un contact récent avec un service psychiatrique. Le risque relatif est estimé à 100 pour les femmes et 20 pour les hommes dans les 4 semaines après la sortie d'un séjour pour soins psychiatriques (Gunnel et Frankel, 1994). Ce niveau de risque très élevé pose deux questions essentielles :

- le caractère systématique ou non de l'évaluation du risque suicidaire des personnes qui sortent d'une hospitalisation (Séguin, 2001 ; Shea, 2005) ;
- l'accessibilité aux moyens de suicide pour le patient dès son retour au domicile et tout particulièrement des armes à feu (Krug et coll., 1998 ; Terra, 2004a).

Opportunité de l'autopsie psychologique

L'opportunité de développer les méthodes de l'autopsie psychologique pour ces décès doit être examinée avec une priorité toute particulière car la prévention du suicide fait partie des missions premières des établissements de psychiatrie (Hardy, 1997). L'amélioration de la prévention du suicide dans les établissements de santé n'est documentée par aucun système d'information et d'analyse (Terra, 2003). Une meilleure connaissance des causes de décès par suicide constituerait un facteur de progrès commun à l'ensemble des professionnels du domaine.

Parmi les arguments principaux en faveur de cette voie de recherche figurent 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 (Terra, 2005). La psychiatrie publique qui doit organiser et assurer les soins aussi bien dans la communauté qu'à l'hôpital représente un champ propice pour de telles recherches, en particulier, pour l'accessibilité des données et pour l'intégration de résultats à sa pratique (Proulx et coll., 1997). La prévention du suicide qui se développe de façon importante dans les milieux ouverts doit également progresser dans les structures au sein desquelles la prévention est une préoccupation importante.

Paramètres de l'autopsie psychologique

Les arguments et les limites de l'analyse de ces décès par les méthodes de l'autopsie psychologique sont examinés au regard de plusieurs paramètres.

Caractérisation du suicide

L'ensemble des personnes décédées de mort violente en établissement de santé subit une autopsie médicolégale. Cette exhaustivité devrait autoriser à disposer du nombre exact de suicides. Les comptes rendus des examens médicolégaux ne sont pas toujours facilement accessibles aux médecins hospitaliers. Les méthodes de suicide les plus fréquemment utilisées sont la pendaison ou la strangulation. Ces moyens qui sont rarement ambigus quant à l'intention, permettent de qualifier en général assez facilement l'acte (Proulx et coll., 1997). Ceci n'est pas toujours le cas en milieu ouvert pour les noyades et les suicides utilisant un véhicule automobile.

Il existe cependant un nombre de cas où il est difficile de faire la différence entre mise en danger intentionnelle sans volonté de se donner la mort et un suicide comme dans le cas où la personne crée un départ de feu en chambre d'isolement. Les méthodes de l'autopsie psychologique peuvent apporter un gain de connaissance pour améliorer cette distinction en reprenant la trajectoire de vie, de souffrance et d'aide de la personne décédée.

Représentativité

Les personnes soignées par les établissements de psychiatrie ne sont pas représentatives de la population générale, mais parmi elles sont plus nombreuses les personnes qui décèdent par suicide. Les troubles mentaux représentent les principaux facteurs de risque de suicide, en particulier, lorsque qu'une personne souffre de plusieurs troubles simultanément (comorbidité). Les enquêtes de prévalence des troubles mentaux au sein des populations hospitalisées en psychiatrie indiquent des taux élevés pour la schizophrénie, la dépression, l'abus de substances psychoactives et les troubles de la personnalité (Amador et coll., 1996 ; Gelder et coll., 2001).

Si des autopsies psychologiques étaient réalisées pour les personnes recevant des soins psychiatriques en ambulatoire, la représentativité devrait être analysée par rapport à l'ensemble des suicides.

Acceptabilité

L'acceptabilité de l'étude par autopsie psychologique peut trouver des limites avec les familles qui sont en conflit avec l'établissement de santé suite à la

survenue du décès de leur proche. Il faut cependant noter la rareté des recherches de responsabilité en l'état actuel relativement au nombre total des décès à déplorer.

Les professionnels de psychiatrie et de santé mentale peuvent 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'analyse de la morbi-mortalité. Cette analyse procède de la même volonté de tirer enseignement de ces décès bruteaux que l'autopsie psychologique (Terra, 2005). En revanche, son périmètre d'investigation est cependant plus réduit que dans le cas de l'autopsie psychologique qui inclut une investigation sur l'ensemble de la vie.

Accessibilité des données

Les établissements de santé détiennent de nombreuses données enregistrées dans le dossier des patients au cours de leur séjour ou lors du suivi ambulatoire. Les professionnels de santé représentent une source d'information importante pour les soins reçus.

Amélioration de l'analyse des décès par suicide dans les établissements psychiatriques

L'existence de recommandations suite aux différentes expertises et rapports constitue des leviers favorables pour insérer l'autopsie psychologique dans les méthodes visant à améliorer la prévention. Ces recommandations portent en particulier sur l'amélioration de l'analyse des décès par suicide au niveau des établissements.

Les méthodes de l'autopsie psychologique sont recommandées comme le développement de l'analyse de la morbi-mortalité au sein des établissements de santé. La mise en place de recherches dans ce domaine doit associer les établissements de santé qui ont des missions de prévention.

Opportunités pour la recherche

Les différents professionnels exerçant dans les établissements sanitaires sont préoccupés par le risque de suicide. De nombreux efforts, dans le cadre de la stratégie nationale d'action face au suicide, sont conduits pour former les professionnels hospitaliers sur la base de la conférence de consensus d'octobre

2000 (Séguin, 2001). Ces références scientifiques partagées devraient favoriser la qualité du recueil des données. La réalisation d'autopsies psychologiques permettrait de tirer des enseignements, notamment pour savoir si tout le potentiel de prévention a pu être mis en œuvre.

Parmi les psychiatres et psychologues exerçant dans les établissements de santé, certains sont déjà investis dans ce domaine de recherche. Ils sont nombreux à avoir reçu une formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire et ont démontré leur engagement pour ce thème.

Question des populations témoins

Dans le cadre des établissements de soins, les groupes qui peuvent servir de comparaison sont :

- les décès par accident de la circulation ou autre accident ;
- les décès par suicide qui surviennent en milieu ouvert.

Une autre possibilité reste, comme pour la recherche en milieu pénitentiaire, la comparaison avec des personnes dont la tentative de suicide n'a pas abouti. Une telle comparaison permettrait de mettre à jour les effets positifs des interventions diverses. La personne pourrait en témoigner directement.

Question des référentiels de pratique

Les différents acteurs exerçant en milieu hospitalier ont pour l'instant peu l'habitude de partager leurs pratiques lors de réunions ou congrès. Des recommandations de pratique pourraient être rédigées suite aux enseignements issus des résultats des recherches utilisant des méthodes pluridisciplinaires dans ce domaine de prévention.

Résultats attendus

Les professionnels hospitaliers qui luttent contre le suicide depuis de très nombreuses années ne disposent pas d'un système d'analyse des causes des décès par suicide pour mettre en évidence le potentiel de prévention qui n'a pas été exploité. La réalisation de recherches avec les méthodes de l'autopsie psychologique devrait permettre 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. Pour l'instant, la connaissance de ces trajectoires est partielle et des pans entiers de leurs difficultés peuvent rester obscurs. La question de l'accès aux moyens de suicide en milieu ouvert pourrait être soulevée avec pertinence comme celui des armes à feu qui est très délaissé pour l'instant (Krug et coll., 1998).

L'amélioration de la prévention du suicide des personnes souffrant de schizophrénie constitue un objectif important. Pour ces maladies, le rôle des soins psychiatriques est essentiel pour prévenir le suicide. Eux seuls sont capables d'apporter des réponses, certes modestes et incomplètes, afin d'atténuer le processus psychotique et limiter les séquelles sociales. Plus de 10 % de l'ensemble des suicides surviennent pendant la première année de la maladie, un tiers des suicides des personnes touchées par la schizophrénie ont lieu durant l'hospitalisation, un tiers dans le mois qui suit la sortie de l'hôpital (Amador et coll., 1996).

L'amélioration de l'organisation des soins est également au premier plan des objectifs attendus. De très nombreux professionnels s'inquiètent à juste titre de la coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires. Une approche scientifique devrait éclairer sur la nature même des améliorations souhaitables.

Propositions du groupe de travail

Le groupe de travail encourage le recours à l'autopsie psychologique pour l'analyse des causes de décès par suicide survenant dans les établissements de santé. De telles recherches contribueraient indéniablement à améliorer la détection et la prévention.

Mettre en place des groupes d'analyse de la morbidité et de la mortalité dans les établissements de santé psychiatrique

Localement, la Haute autorité de santé (HAS) recommande la mise en place de ces groupes d'analyse dans chaque établissement. Les autolacérations, les tentatives de suicide et les décès par suicide survenant en milieu hospitalier doivent bénéficier d'une analyse causale par les personnels sanitaires pour apprécier si le dispositif de détection/soins/protection a fonctionné normalement. L'objectif est d'en tirer expérience pour améliorer la prévention (Terra, 2005).

Il faut également avoir une vision d'ensemble de la qualité de fonctionnement des processus de prévention du suicide. Il serait souhaitable qu'au niveau national, le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports organise un système de recueil et d'analyse de l'ensemble des suicides survenus en détention. Ce système pourrait être similaire et/ou commun avec l'analyse des décès par suicide survenant en établissement de santé. L'enquête réalisée par la Dhos (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) pour l'année 2002 est une première étape importante. Certains suicides de personnes détenues surviennent d'ailleurs au cours d'une hospitalisation. Les représentants du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

à la Commission centrale de suivi des conduites suicidaires pourraient avoir un rôle important pour l'amélioration des dispositifs de prévention en milieu carcéral et par la suite en milieu hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

AMADOR XF, FRIEDMAN JH, KASAPIS C, YALE SA, FLAUM M, GORMAN JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry* 1996, **153** : 1185-1188

APPELBY L, SHAW J, AMOS T, MCDONNEL R, HARRIS C, et coll. Suicide within 12 months of contact with mental health services : national clinical survey. *BMJ* 1999, **318** : 1235-1239

GELDER M, MAYOU R, COWEN P. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. fourth Ed, Oxford University Press, 2001, 1056 p

GOLDACRE M, SEAGROTT V, HAWTON K. Suicide after discharge from psychiatric in-patient care. *Lancet* 1993, **342** : 283-286

GUNNEL G, FRANKEL S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. BMJ 1994, **308** : 1227-1233

HARDY P. La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Références en Psychiatrie, Doin, Paris, 1997 : 1-77

KRUG EG, POWELL KE, DAHLBERG LL. Firearm-related deaths in the United-States and 35 other high- and upper-middle-income countries. *International Journal of Epidemiology* 1998, **27** : 214-221

LENNQVIST JK. Epidemiology and causes of suicide. *In* : The new Oxford textbook of psychiatry. GELDER MG, LÓPEZ-IBOR JJ JR, ANDREASEN NC (eds). chapitre 4.15.1. Oxford University Press, Oxford, 2000

PROULX F, LESAGE AD, GRUNBERG F. One hundred in-patients suicides. *Br J Psychiatry* 1997, **171** : 247-250

SÉGUIN M. Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ? Place de la prise en charge psychologique. *In* : La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge. Fédération Française de Psychiatrie. John Libbey Eurotext, Paris, 2001 : 234-262

SHEA SC. La conduite de l'entretien psychiatrique, l'art de la compréhension. Elsevier, Paris, 2005 : 721p

TERRA JL. La problématique de la mesure du risque dans les établissements de santé. *In* : « Autour de la mesure du risque, un questionnement multidisciplinaire ». Actes de la troisième séance du séminaire « Le risque de défaillance et son contrôle par les individus et les organisations dans les activités à hauts risques ». Publications de la MSH-Alpes, 2003 : 213-229

TERRA JL. Prévenir le suicide : repérer et agir. *Actualités et Dossiers en Santé Publique* 2004a, **45** : 20-25

TERRA JL. La souffrance psychique : le suicide. *In* : Traité de santé publique. BOURDILLON F, BRÛCKER G, TABUTEAU D. Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2004b : 324-328

TERRA JL. Fabriquer de la prévention pour lutter contre un destin tragique : stratégie nationale et premières applications. *In* : Le suicide et sa prévention, Emergence du concept, actualité des programmes. BATT-MOILLO A, JOURDAIN A. Éditions ENSP, Rennes, 2005 : 81-92

9

Application de l'autopsie psychologique aux suicides sur la route et dans les transports

Les études portant sur les circonstances des suicides font apparaître différents modes suicidaires ; de grandes disparités sont observées entre pays, entre régions à l'intérieur d'un même pays, entre groupes de population… (OMS, 2001).

Des situations d'isolement ou au contraire d'immersion dans des lieux de vie ordinaires, des affirmations manifestées d'intention ou au contraire des recherches de préservation d'anonymat peuvent être observées.

Au-delà de la complexité des motivations individuelles, les acteurs sociaux et les collectivités se préoccupent de l'impact de tels événements, en particulier quand la sécurité publique augmente encore le niveau d'alerte de santé publique. Un exemple est ainsi fourni par les conduites suicidaires qui se produisent sur la route, au volant de véhicules ou par des piétons. Quelques études menées en Irlande, Suède et Finlande (Hernetkoski et Keskinen, 1998 ; Lam et coll., 2005) permettent d'estimer la part des suicides dans les décès sur la route entre 3 et 7 %.

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.

Deux éléments sont établis : une baisse spectaculaire des accidents mais une relative stabilité des cas les plus graves avec une proportion stable des facteurs de risque individuels (alcool, vitesse, prises de risques multiples). Au-delà de ces constats, des questionnements sont posés par les acteurs de la sécurité routière et constituent un champ de recherches pluridisciplinaires sur « la santé de l'usager de la route », parallèlement aux

travaux à visée technique de l'équipement et des transports (Inrets-Umrestte[8]).

Objectifs de recherche

Au niveau des études épidémiologiques portant sur la santé et le comportement de l'usager de la route, la dimension du suicide est méconnue, voire ignorée. Chez les adolescents et les jeunes adultes, le suicide comme les accidents de la route sont parmi les causes principales de décès et entraînent une mortalité prématurée parmi les plus élevées en Europe (Inserm-CépiDc ; Lefèvre et coll., 2004).

Les travaux cliniques montrent des corrélations élevées entre différents comportements à risques (recherche de sensations, psychopathologies…) (Assailly, 2003).

Les principaux objectifs de recherche sont les suivants :
• 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 (de l'équipement technique, de route ou de véhicule, jusqu'aux traits de personnalité) 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. Même si la plupart des situations recensées de suicides sur la route font état de véhicules avec un seul individu impliqué, des accidents ou traumatismes impliquant plusieurs personnes demeurent suspects quant aux intentions à l'origine des événements.

Une meilleure connaissance de ces situations permettrait d'accroître l'attention portée aux usagers de la route de la part des professionnels de la sécurité routière, pas seulement dans l'optique de l'aptitude à la conduite, mais du partage de la route.

Bases d'information pour répondre aux objectifs

Pour l'ensemble des accidents mortels survenus sur la route, le système d'informations existant repose sur l'établissement de bordereaux d'analyse des accidents corporels (BAAC), dont l'exhaustivité et la fiabilité sont

8. Inrets : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité ; Umrestte : Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement

régulièrement testées par l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (2004). Ils sont remplis à partir des constats immédiats des forces de police et de gendarmerie. La notification de cas de suicides dépend de témoignages recueillis sur place ou de preuves laissées intentionnellement (lettres, messages…). La certification médicale peut être plus ou moins rapide selon les procédures de réquisition pour faire les analyses toxicologiques et les examens cliniques (cf. les Lois Gayssot et dell'Agnola, 2002-2003 ; fiches D, E, F de l'étude « SAM »[9]).

La base des BAAC peut être un point de départ intéressant pour sélectionner les cas à analyser. Les acteurs directement mobilisés en cas d'accidents peuvent faciliter les contacts avec les proches pour organiser la recherche avec la méthode de l'autopsie psychologique. Les procédures de prélèvement d'organes chez les accidentés peuvent également contribuer à constituer les banques nécessaires à la recherche biologique et génétique.

Obstacles et possibilités d'études

Les suicides peuvent être estimés rares dans l'ensemble des accidents mortels sur la route (ou dans les transports en général), et les circuits d'informations spécifiques aux lieux publics allongent le délai de certification médicale par les médecins requis ou les instituts médicolégaux (IML). Une façon de constituer un échantillonnage de cas à analyser serait de retenir un ensemble d'accidents immédiatement mortels selon les indications des forces de sécurité.

Le modèle de l'étude « SAM » (Laumon, 2005 ; Observatoire français des drogues et toxicomanies, 2005) pourrait être pris dans la succession des analyses toxicologiques et médicales, garantissant le cadre confidentiel et anonyme nécessaire pour la recherche, et les délais indispensables à la fiabilité des prélèvements.

La nécessité d'une étude nationale ne s'impose pas. Des échantillons régionaux pourraient être suffisants, au moins dans un premier temps.

Institutions concernées

Après examen de la réglementation en vigueur, entre sécurité routière et santé publique, un protocole de recherche doit être précisé, définissant les

9. Étude SAM : étude « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière » (Observatoire français des drogues et toxicomanies, 2005)

rôles et responsabilités au niveau des parquets de justice, des services de police et gendarmerie, des services de médecine légale et des équipes de recherche mobilisées autour de l'autopsie psychologique et de la recherche biologique. Compte tenu des acteurs de recherche et de prévention déjà impliqués en sécurité routière, il est nécessaire de prévoir des partenariats pour faciliter la constitution et l'exploitation de bases de données à caractères multidisciplinaires, comme l'Inrets, certains laboratoires universitaires spécialisés (à Aix, Angers par exemple) ou des associations de prévention routière qui peuvent également faciliter l'information auprès des familles pour mener la recherche.

Cas des transports publics (voie ferrée et métro)

Les mêmes questionnements sont posés à propos des suicides impliquant des accidents de la route ou des accidents de train ou de métro : quelle est l'ampleur des conduites suicidaires ? Y a-t-il des spécificités environnementales, individuelles ? L'organisation de données cliniques, toxicologiques, juridiques nécessite l'implication de différents services, mais la complexité de la tâche ne peut laisser ignorer les difficultés exprimées par les professionnels des transports face à des situations dangereuses dans le cadre de leurs missions (cf. étude RATP) (Sohier et coll., 2006) ou par les associations regroupées dans l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS).

Exemple de recherche-action dans les transports publics : l'étude RATP

Le recueil et le traitement des informations concernant les suicides et les tentatives de suicide sont particulièrement importants afin de mieux connaître les personnes suicidaires et faciliter l'organisation de la prévention.

Analyse des circuits d'information

Les données utilisées sont celles du département juridique de la RATP de 1991 à 2000 (n=1 117), mais les lacunes constatées ont conduit à faire un état des lieux des circuits de recueil et de conservation des informations concernant les accidents de voyageurs, et plus spécifiquement les suicides et les tentatives de suicide.

Une méthode de recueil d'informations fiables doit permettre de :
- préciser où et comment les informations sont collectées et restituées ;
- faire une analyse comparative des deux circuits (département juridique et département sécurité) qui reçoivent des informations différentes avec des objectifs distincts.

Tous les accidents de voyageurs ne donnent pas lieu à un rapport et le département juridique ne détient pas de façon exhaustive l'ensemble des dossiers d'accidents de voyageurs.

En 2003, seulement 41 tentatives de suicide sur 137 ont fait l'objet d'un enregistrement commun aux trois entités (juridique, sécurité et département d'exploitation) et seules 93 d'entre elles (soit 68 %) sont connues du département juridique.

Chaque entité privilégie sa mission, ce qui entraîne l'absence de dossier complet pour appréhender le phénomène du suicide et des tentatives dans le domaine de la RATP.

Expérience de prévention

Les comparaisons statistiques du suicide entre le milieu des transports et la population générale permettent de faire le point sur des moyens de prévention déjà mis en place ou étudiés par d'autres entreprises de transport urbain. À travers des enquêtes de terrain, un certain nombre de témoignages d'expériences vécues, de réactions spontanées et d'opinions sur le suicide des voyageurs et sur sa prévention sont analysés.

Les conclusions sont que les conducteurs, agents de station et agents de sécurité peuvent être affectés quand ils sont confrontés à un suicide ou à une tentative grave. Par ailleurs, ils participent à des actions de prévention du suicide mais ce n'est pas assez connu et reconnu, et de ce fait leur expérience ne peut pas servir à leurs collègues. Il est établi que les agents ont une appréciation inexacte de l'ampleur du phénomène. Le manque de compréhension de ce phénomène et de modèle d'actions nuit à la mise en place d'une prévention mieux coordonnée et soutenue par des professionnels extérieurs.

Propositions du groupe de travail UNPS-RATP

Malgré le nombre relativement faible de suicides et de tentatives dans le domaine de la RATP, l'étude et la prévention du suicide des voyageurs à la RATP présentent un intérêt certain en fonction d'un lieu bien défini et d'une entité bien structurée. L'étude pourrait servir d'exemple tant au niveau de la mise en place du circuit d'informations et de ses bases pour la prévention, qu'au niveau des actions de même nature dans d'autres domaines.

Concernant la collecte et le traitement des données, les informations recueillies à la RATP sont pertinentes pour étudier le phénomène suicidaire des usagers, mais elles sont inégalement réparties entre les différents départements (exploitation, juridique, sécurité). Il est recommandé de constituer une base de données unique dans laquelle les classifications seraient bien identifiées. Cette base de données pourrait se faire à partir d'une grille de recueil que chacun des acteurs concernés remplirait, notamment pour les informations postérieures et antérieures à l'accident qui ne pourraient être renseignées que par des acteurs extérieurs.

Actuellement, cette base ne peut être alimentée que par les informations officielles que peut se procurer la RATP. Ces informations sont factuelles (date, heure, lieu, circonstances, mode de suicide ou de la tentative…) et recueillies lors du passage à l'acte. Les autres informations (compléments sur l'identité, le domicile, le lieu de travail...), notamment celles qui sont postérieures et antérieures à l'accident (handicap, date de décès, antécédents médicaux…) ne pourraient être renseignées que par d'autres acteurs (police, pompiers, hôpitaux, institut médicolégal...).

Le concours de ces acteurs externes à la RATP devrait permettre d'améliorer la connaissance et, pour les survivants, de leur assurer une prévention efficace afin d'éviter les répétitions. On pourrait envisager, comme à Montréal, de mettre en place un suivi détaillé des personnes ayant fait une tentative de suicide à la RATP, notamment au moyen d'un entretien dans le contexte de l'urgence hospitalière afin d'essayer de comprendre les raisons qui ont poussé la personne à se rendre au métro ou au RER pour se suicider.

Si on se limite à l'amélioration de la connaissance et à l'élaboration d'une politique de prévention, une connaissance statistique suffit et, dans ce cas, l'appariement des données de diverses sources peut se faire avec des identifiants préservant l'anonymat des personnes concernées.

À ce sujet, la Direction générale de la santé indique que ces travaux pourront être utiles à la réalisation d'enquêtes de trajectoire multi-partenariale sur la base de cahiers des charges rigoureux et très précis transmis aux services concernés : Direction des hôpitaux, ministère de l'Intérieur, Préfecture de Paris, Institut médicolégal, RATP...

Ceci pourrait sans doute être fait plus facilement avec le statut d'une étude de durée limitée (2 à 3 ans) dans le cadre des dispositifs existants.

Concernant la prévention du suicide des usagers de la RATP, ces recueils de données, en permettant de mieux connaître les personnes suicidaires, facilitent l'organisation de la prévention : directement auprès des personnes en détresse, auprès des personnes atteintes de troubles de santé mentale, et en amont, auprès de l'ensemble des usagers, notamment par une communication adaptée.

Les acteurs de la prévention sont nombreux : les agents de la RATP, bien sûr, mais aussi toutes les personnes présentes sur les lieux (commerçants, musiciens, voyageurs eux-mêmes).

Par ailleurs, au niveau des installations techniques, des moyens de sécurité sont envisagés : l'installation de portes palières sur certains quais sert d'expérimentation pour des mesures de prévention de la RATP.

La nécessité d'évaluer ces actions est largement établie (cf. Institut de santé publique du Québec) et devrait mobiliser des acteurs de l'UNPS, impliqués sur les terrains, et la communauté de chercheurs en épidémiologie et sciences sociales, issus de l'Université et des établissements publics de recherche.

Les attentes sociales vis-à-vis de la recherche en suicidologie sont fortes, pour mieux établir l'importance et la diversité des situations d'une part, et pour accompagner et évaluer les actions d'autre part (Chagnon et Mishara, 2004 ; Julien, 2004). La méthode de l'autopsie psychologique peut contribuer à la poursuite de ces objectifs si elle est appliquée à des échantillons de cas reflétant des lieux de vie collectifs, qui impliquent non seulement les suicidés et leurs proches, mais également des professionnels de la sécurité et de la prévention.

BIBLIOGRAPHIE

ASSAILLY JP. Les conduites à risque des jeunes. *Revue Toxibase* 2003, **11** : 45p

CHAGNON F, MISHARA B. Évaluation de programmes en prévention du suicide. Presses Universitaires du Québec, Éditions EDK, Paris, 2004 : 192p

JULIEN M, LAVERDURE J. Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes. Institut national de la santé publique du Québec, 2004 : 45p

HERNETKOSKI K, KESKINEN E. Self destruction in Finnish motor trafic accidents in 1974-1992. *Accid Anal Prevention* 1998, **30** : 697-704

LAM LT, NORTON R, CONNOR J, AMERATUNGA S. Suicidal ideation, antidepressive medication and car crash injury. *Accident Analysis and prevention* 2005, **37** : 335-339

LAUMON B, GADEGBEKU B, MARTIN JL, SAM GROUP. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based-case – control study. *BMJ* 2005, **331** : 1371. Epub 2005 Dec 1

LEFÈVRE H, JOUGLA E, PAVILLON G, LE TOULLEC A. Disparités de mortalité prématurée selon le sexe et causes de décès évitables. *Resp* 2004, **52** : 317-328

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET TOXICOMANIES (OFDT). Étude « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière », Volet III, Méthodologie, Rapport OFDT, Saint Denis, 2005

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). État de santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. OMS Genève, Suisse, 2001

OBSERVATOIRE NATIONAL INTERMINISTÉRIEL DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE. Bilan annuel. La Documentation française, Paris, La Défense, 2004 : 240p

SOHIER M, GUINGANT B, SUTTON D, FACY F, PADIEU R, et coll. Recherche et action dans les transports publics : de l'usage des informations à la mise en place d'actions. *In* : Acteurs et chercheurs en suicidologie. FACY F, DEBOUT M (eds). Édition EDK, Paris, 2006

Principales lignes directrices pour l'application de l'autopsie psychologique en recherche

À l'issue de cette expertise opérationnelle, le groupe de travail a énoncé quelques grands principes pour mener à bien des études d'autopsie psychologique dans le cadre de la recherche en prévention du suicide en France. Ceux-ci s'appuient sur l'analyse critique des travaux précédemment réalisés dans différents pays et principalement sur l'étude conduite au Nouveau-Brunswick, coordonnée par Monique Séguin et qui a fait l'objet d'une communication devant le groupe de travail.

1- Définir les objectifs de l'étude

Quelques exemples d'objectifs :
• Améliorer les connaissances épidémiologiques de la mortalité par suicide en France et constituer une base de données pluridisciplinaires ;
• Vérifier et préciser la cause de mortalité par suicide dans une population ;
• Améliorer les connaissances sur les causes (médicales, sociales, traumatiques, psychologiques, affectives, familiales…) du suicide pour une meilleure détection et prévention ;
• Identifier le potentiel de prévention à mettre en œuvre dans un contexte spécifique (par exemple en milieu hospitalier, en milieu du travail) ;
• Analyser comment les circonstances du suicide sont vécues par l'entourage de la personne défunte dans un objectif d'aide et de prévention ;
• Identifier des événements de vie de la petite enfance et les antécédents traumatiques de personnes suicidées ;
• Identifier des facteurs de protection présents dans l'entourage et dont était dépourvue la personne suicidée ;
• Identifier les trajectoires de demandes d'aide (soins, psychologique, affective…) par la personne suicidée ;
• Rechercher le lien potentiel entre des facteurs biologiques et génétiques et les caractéristiques de la personne suicidée ;
• Rechercher des liens avec des risques professionnels (toxicologie) ;
• Sensibiliser les professionnels et le public à la recherche des causes de suicides par la méthode d'autopsie psychologique pour un meilleur repérage des risques, à l'instar des études finlandaises.

2- Définir le type d'étude répondant le mieux aux objectifs

• Étude de cas (exemple : vérification de la cause du décès et des circonstances) ;
• Étude de série de cas (exemple : identification de facteurs communs dans une série de cas ; discrimination entre contagion et imitation) ;
• Étude cas-témoins : mise en évidence de relations avec certains facteurs : âge, sexe, secteur géographique, catégorie socioprofessionnelle, types de soins reçus… ; importance du choix des témoins, par exemple vivants ou décédés ;
• Étude rétrospective : parcours de soins, événements de vie, analyse du mode de suicide… ;
• Étude prospective : par exemple pour le suivi des endeuillés ;
• Étude de comparaison historique : étude prolective, comparaison de la prévalence des circonstances du suicide à différentes époques.

3- Adapter la méthodologie au type d'étude

Recrutement des cas et éventuellement des témoins

Il doit se faire en fonction des objectifs spécifiques de l'étude :
• Délimitation dans le temps et l'espace (en population générale, en milieu carcéral ou en établissement de santé pendant une période donnée…) ;
• Critères d'inclusion et d'exclusion : âge, sexe, méthode violente, mort par suicide non objectivée ; en fonction de la qualité requise des informants : par exemple, nécessité d'interroger les parents de la victime pour explorer les caractéristiques de la petite enfance ;
• Définir le nombre et la qualité des informants en fonction de la spécificité de l'étude.

Avec prélèvements biologiques

• Selon les échantillons nécessaires et les possibilités d'obtention (prélèvements invasifs/non invasifs) ;
• Obligations de recueil des échantillons dans les 8 heures après le décès… ;
• Types de prélèvements à prévoir pour répondre aux objectifs fixés.

Outils de mesure

• Nécessité d'outils standardisés et adaptés à l'objectif de l'étude (cahier de relevé des observations) ;
• Validés dans le contexte français pour le recueil de données rapportées par des tiers ;
• Permettant le recueil des données pertinentes pour l'étude.

Outils de synthèse et calendrier de vie

• Rédaction d'un document de synthèse reprenant l'ensemble des informations recueillies ;
• Cotation en aveugle par un panel d'experts aux compétences préalablement définies ;
• Consensus des experts sur les conclusions.

Outils statistiques

• Logiciels adaptés aux objectifs ;
• Analyses séquentielles, modèles mathématiques pertinents (analyses multivariées, régressions logistiques…).

Présentation des résultats

• Dépend du type d'étude et doit rendre compte des résultats de manière objective et indépendante ;
• Anonymisation des données et des résultats.

4- Formation des intervenants

• Capacité d'intervention auprès de personnes endeuillées ;
• Formation aux instruments d'évaluation SCID-I et SCID-II ;
• Connaissance des critères diagnostiques du DSM-IV ;
• Formation à l'évaluation de l'écart entre les besoins d'aide et de soins requis et réellement délivrés ;
• Entraînement à la cotation à l'aide de bandes vidéo ;
• Réalisation de mises en situation de recherche avec un superviseur.

5- Partenariats à développer

• Services de médecine légale (annexe 3) qui pratiquent des examens *post mortem* afin, notamment, 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'urgence, 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 ;
• Établissements publics scientifiques et techniques (EPST), Universités ;
• Comités d'éthique ;
• Écoles de formation en santé, facultés de psychologie… ;
• Associations de familles ;
• Agences nationales ;
• Inpes ;
• Assureurs, mutuelles ;
• Juristes ;
• Rectorats (pour accès aux dossiers scolaires).

6- Principales populations d'intérêt

• Population générale et groupes exposés : familles endeuillées, patients souffrant de troubles mentaux, groupes professionnels particuliers… ;
• Établissements pénitentiaires ;
• Établissements médicosociaux et de santé ;
• Associations de victimes d'accidents : sur la route ; dans les transports publics…

7- Destinataires des résultats et des recommandations

• Recommandations à destination des ministères de la Santé, de la Recherche, de l'Intérieur et de la Justice ;
• Organisations professionnelles ;
• Universités et organismes d'enseignement et de formation.

8- Budget prévisionnel : exemple du Nouveau-Brunswick

À partir d'une étude populationnelle réalisée au Nouveau-Brunswick (Canada) entre 2002 et 2003, il est possible de faire une estimation du coût d'une étude d'autopsie psychologique (environ 100 cas étudiés). Ce coût peut varier en fonction de l'ampleur de l'étude. L'évaluation budgétaire de l'étude canadienne comporte à la fois le salaire des chercheurs et interviewers et les frais de fonctionnement liés à l'étude et aboutit à un total de 485 000 dollars canadiens soit environ 320 000 euros (annexe 4).

Communications

Méthode de l'autopsie psychologique : étude réalisée au Nouveau-Brunswick

Au cours des dernières années, de nombreuses études utilisant la procédure d'autopsie psychologique ont identifié une série de facteurs de risque ou encore de variables associées aux comportements suicidaires (Lesage et coll., 1994 ; Isometsa et coll., 1996 ; Proulx et coll., 1997 ; Hawton et coll., 1998 ; Brent et coll., 1999 ; Isometsa, 2001 ; Angst et coll., 2002 ; Kim, 2003). Plus particulièrement, les autopsies psychologiques ont démontré que 70 à 95 % des personnes décédées par suicide présentaient des troubles mentaux et environ 40 % des troubles de la personnalité au moment du passage à l'acte (Beskow et coll., 1990). La comorbidité mise en évidence à travers ces études est également importante. D'autres études ont identifié des éléments cliniques, dont la présence de tentatives de suicide antérieures, l'impulsivité, les antécédents familiaux de santé mentale (Brent, 1989 ; Mann et coll., 1999 ; Conner et coll., 2001 ; Arsenault-Lapierre, 2004).

En utilisant la même méthodologie, d'autres études ont rapporté des dimensions psychosociales associées au décès par suicide comme l'adversité précoce, un manque de compétence parentale, la maltraitance et l'abus physique et sexuel, l'exposition à des événements traumatiques, des échecs affectifs… (Shafii et coll., 1985 ; Brent et coll., 1994 ; Kerfoot et coll., 1996 ; Shaffer et coll., 1996). Quant à la trajectoire de demande d'aide, certaines équipes ont évalué la fréquence de consultation antérieurement au suicide (Gunnel et Frankel, 1994 ; Lesage et coll., 1996 ; Appleby et coll., 1999).

Ainsi, les études faisant appel à l'autopsie psychologique se sont avérées fiables pour identifier les facteurs de risques associés à la mortalité par suicide (Brent, 1989 ; Brent et coll., 1993 ; Kelly et Mann, 1996 ; Conner et coll., 2001).

Malgré des résultats qui révèlent le lien entre certaines variables et le décès par suicide, il est difficile de comprendre la séquence et le poids de ces variables ainsi que leur influence respective sur le processus suicidaire. D'autres champs d'investigation devront être explorés dans les études futures afin d'éclairer les dimensions étiologiques en cause. Nous ferons état ici de l'étude populationnelle réalisée au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et

mai 2003, qui illustre le type et la variabilité des dimensions possibles à investiguer et leur pertinence pour la prévention du suicide.

Contexte de l'étude

Le décès par suicide est une cause importante de mortalité au Nouveau-Brunswick et touche plus spécifiquement les hommes adultes. Il s'avère capital de pouvoir identifier les facteurs pouvant être associés au suicide. Suite à une collaboration étroite entre divers partenaires[10], une étude a été menée sur des personnes décédées par suicide. Dans ce contexte, le but de l'étude était d'identifier les circonstances, individuelles et sociales, qui ont conduit certains Néo-Brunswickois au suicide afin de pouvoir proposer des stratégies qui permettront d'améliorer les services offerts aux personnes suicidaires et à leur famille.

Les objectifs de cette étude étaient de :
• répertorier le développement des difficultés de santé mentale, placer dans une séquence temporelle l'apparition des premières difficultés et l'évolution de celles-ci à travers le temps ;
• répertorier l'accumulation de facteurs de risque psychosociaux et des facteurs associés au développement de l'individu ;
• retracer la trajectoire de recherche de soins et d'utilisation des services de santé ;
• évaluer la réponse aux besoins de services.

Informations générales sur l'étude

Cent neuf décès par suicide s'échelonnant d'avril 2002 à mai 2003 ont été répertoriés sur le territoire du Nouveau-Brunswick. Lors du premier contact réalisé par le bureau du *coroner*, 7 cas de décès n'ont pu être investigués pour plusieurs raisons : soit des considérations judiciaires qui empêchaient l'investigation, soit l'impossibilité de trouver un informant puisque la personne décédée était complètement désaffiliée socialement, ou soit la famille contestait la pertinence de l'étude. Ces 7 décès non investigués étaient tous des suicides réalisés par des hommes adultes entre 27 et 59 ans.

10. Le Ministère de la Santé et du Mieux-être, Diane Kelly (*Coroner*-en-chef), un groupe de chercheurs associé au Groupe McGill d'études sur le suicide, le Centre de recherche Fernand Séguin dont Monique Séguin (Ph.D), Gustavo Turecki (MD et Ph.D) et Alain Lesage (MD)

Procédure de recrutement

Tous les participants ont été recrutés à partir du bureau du *coroner*-en-chef du Nouveau-Brunswick avec lequel l'équipe de recherche a travaillé en étroite collaboration. Suite à une consultation avec le *coroner*-en-chef et les *coroners* régionaux si nécessaire, et avec l'accord de ceux-ci, un employé du bureau du *coroner* postait une lettre aux familles endeuillées décrivant l'étude et expliquant que leur participation était sollicitée.

Un suivi téléphonique était effectué par l'employé du bureau du *coroner* environ une semaine après l'émission de la lettre. La famille était informée de l'étude en cours et de son envergure, de la volonté du *coroner*-en-chef d'investiguer les cas de décès par suicide en vue de faire des recommandations pour une meilleure prévention du suicide.

Suite à un accord verbal avec la famille endeuillée, leurs noms et coordonnées téléphoniques étaient transmis à l'équipe de recherche. Un membre de l'équipe établissait un contact par téléphone rapidement auprès de la famille afin d'expliciter la nature de l'étude, solliciter sa participation, répondre aux questions éventuelles et apporter un soutien suite au deuil.

Une lettre expliquant le but et les objectifs de la recherche ainsi que les mesures prises pour assurer la confidentialité de sa participation était alors envoyée à la personne contactée ; cette lettre comportait des numéros de téléphone que les membres de la famille pouvaient composer afin de recevoir de l'aide s'ils le souhaitaient. Les formulaires de consentement étaient joints au courrier avec une enveloppe de retour pré-affranchie.

Lorsque la famille avait accepté de nous rencontrer pour des entrevues de recherche et dès que les membres se sentaient aptes à nous recevoir et à répondre aux questions, un premier rendez-vous était fixé, en général deux à quatre mois après le décès. Une ou plusieurs personnes de la famille connaissant bien la personne décédée étaient rencontrées à l'occasion de plusieurs entrevues d'une durée approximative de trois heures chacune. Toutes les entrevues ont été réalisées au rythme et à la convenance des participants. Ces derniers avaient l'opportunité d'y mettre fin à tout moment. Les familles recevaient le soutien de l'équipe de recherche et des interviewers. Ce soutien s'étendait au-delà de la période d'entrevues.

Suite au premier contact avec les familles, 102 d'entre elles ont donné leur accord afin que l'équipe de recherche puisse analyser les différents événements associés au suicide et recueillir des informations nécessaires pour investiguer les services reçus par les personnes décédées par suicide. En fonction du niveau d'implication de la famille dans cette étude, cette investigation a pris deux formes.

Pour la première, 54 familles ont été rencontrées afin de mener auprès d'elles différentes entrevues permettant de recueillir des informations sur l'évolution de la santé mentale de la personne décédée par suicide tout au

long de sa vie et jusqu'au passage à l'acte (principaux instruments de mesure : SCID[11] I-II, calendrier de vie), de même que pour cerner les événements significatifs de sa trajectoire de vie et la recherche de services. De façon complémentaire, une recherche dans les dossiers médicaux a été effectuée avec l'autorisation de la famille pour étayer l'information recueillie et identifier les ressources qui ont été utilisées par la personne décédée. L'organigramme suivant résume la manière dont les dossiers ont été traités (figure 1).

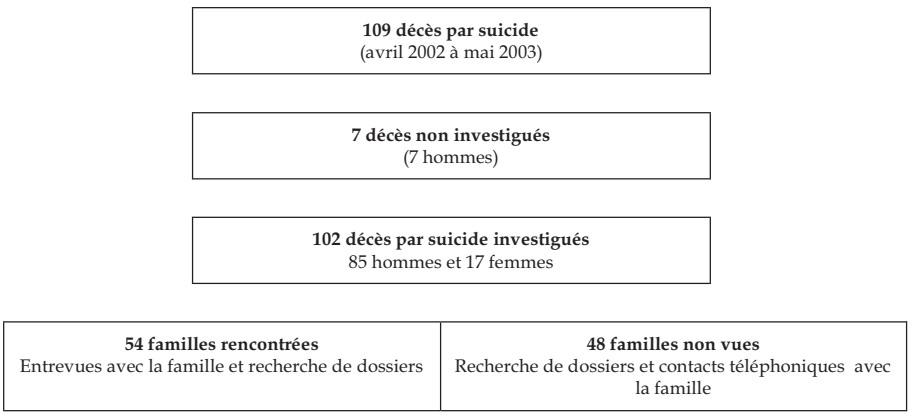


Figure 1 : Organigramme des dossiers à l'étude

Pour la deuxième forme d'investigation, la recherche d'informations dans les dossiers a été entreprise, mais le lien avec les 48 familles ne souhaitant pas de rencontre s'est traduit par divers contacts téléphoniques. Néanmoins, dans tous les cas, des questionnaires se référant aux caractéristiques sociodémographiques de la personne décédée ont été complétés par les familles et des vignettes résumant les informations recueillies sur l'histoire de vie et l'utilisation des services ont été élaborées. Ces vignettes ont ensuite été soumises à un panel d'experts afin de valider les diagnostics présents dans l'histoire de vie, déterminer quelles interventions auraient été requises, les options de création de structures et services ainsi que pour déterminer le niveau de prévention du passage à l'acte.

11. *Structured Clinical Interview Diagnostic*

Période de recueil des données

À la suite des différents contacts et lorsque la famille acceptait de participer à l'étude, la personne connaissant le mieux l'individu décédé était identifiée par l'équipe de recherche ou désignée par la famille. Cette personne était ensuite contactée par les interviewers pour convenir d'un rendez-vous afin de procéder aux entrevues. Le programme d'entrevues débutait seulement trois mois après le décès afin d'accorder une période de retrait aux personnes endeuillées qui leur donnait le temps d'entamer leur deuil. Aucune entrevue n'a été entreprise sans le consentement écrit des informants endeuillés. Deux à trois entrevues ont été réalisées avec chaque informant. Dans certains cas, le nombre d'entrevues pouvait aller jusqu'à cinq. Après chacune d'entre elles, les interviewers rappelaient systématiquement les familles et fixaient un nouveau rendez-vous pour compléter le recueil des données.

Compte tenu du temps consacré au recrutement, aux entrevues en face à face, aux relances lors de soutien téléphonique et à la rédaction de la vignette clinique, nous estimons à 30 heures en moyenne, le temps nécessaire au recueil des données pour décrire la trajectoire de vie (vignette clinique) de chaque personne décédée par suicide.

Les participants ont été vus en moyenne deux fois et chaque rencontre a duré environ trois heures, selon la capacité du participant. Chaque entretien a été enregistré pour assurer une vérification ultérieure de la consistance des entrevues. Lors de cette période, les participants devaient répondre à une série de questions semi-standardisées. L'entrevue se déroule sur le mode de la conversation, la longueur de l'entrevue a rarement posé problème.

Mesures utilisées

Les mesures suivantes ont été utilisées pour le recueil des données.

Entrevue pour déterminer les diagnostics *post mortem*

Dans le cadre de ces entrevues, les chercheurs ont administré des questionnaires *Structured Clinical Interview Diagnostic* (SCID) (Spitzer, 1992) auprès d'un membre de la famille connaissant bien la personne décédée afin de déterminer s'il y avait présence, chez cette dernière, d'une psychopathologie sur l'axe I (par exemple, dépression, toxicomanies) ou II (par exemple, troubles de la personnalité) (Brent, 1989 ; Lesage et coll., 1994 ; Turecki et coll., 2001). En réalité, il s'agit d'instruments permettant d'établir un diagnostic en fonction des critères diagnostiques du DSM-IV. Les données recueillies permettront d'établir un diagnostic courant (6 mois) ainsi que les antécédents complets quant aux troubles psychiatriques. Cet instrument de recher-

che a déjà fait l'objet d'une validation dans le cadre d'études sur le suicide par notre groupe de recherche (Lesage et coll., 1994 ; Turecki et coll., 2001). Selon différents auteurs, dont Brent (1989), la fidélité inter-juges pour cette méthode, dans le contexte de l'autopsie psychologique, est élevée.

Entrevue pour retracer la trajectoire de vie

Dans le contexte d'une entrevue semi-structurée, le participant décrivait le parcours de vie de la personne décédée par suicide afin de documenter les moments d'apparition des difficultés personnelles, familiales, sociales ou autres événements d'adversité. Ensuite, on demandait aux participants de décrire la recherche d'aide et le recours aux services de santé effectués par la personne décédée (Caspi et coll., 1996 ; Bifulco, 2002). La trajectoire d'événements de vie et de l'adversité développée au Groupe McGill d'études sur le suicide (Séguin, 1999), inspirée du *Life History Calendar* (Caspi et coll., 1996) et du *ALPHI-Adult Life Phase Interview* (Bifulco et coll., 2000), a été utilisée. À l'aide d'un calendrier, il suffit de reconstruire les grandes étapes de la vie. L'ensemble des données permet de mettre en lumière des facteurs de risque et de protection rencontrés par la personne.

Étude des dossiers des usagers

L'étude des dossiers des usagers a servi à documenter systématiquement les demandes de services en santé mentale et les réponses données par ces services.

Panel d'évaluateurs sur l'adéquation des services reçus

Un panel composé de chercheurs, de professionnels en santé, de représentants des proches et de décideurs a été constitué pour évaluer l'adéquation des services reçus par la personne décédée et apprécier dans quelle mesure les décès par suicide auraient pu être prévenus. L'analyse effectuée par le panel amenait à décrire les besoins d'actions individuelles pouvant être prodiguées tant par les proches que par les intervenants des services sociaux et de santé. Les actions au niveau local étaient celles pouvant être dispensées par des réseaux locaux de soins de 1re ligne et de services de 2e ligne spécialisés, de même que par les organismes de la communauté. Puis, sur la base de l'ensemble des évaluations faites par les membres du panel, les actions requises au niveau provincial étaient décrites. Le panel s'appuyait sur les informations amassées au niveau des dossiers médicaux d'une part, et d'autre part sur des entrevues menées avec les proches ou avec les intervenants des services sociaux et de santé du système public et privé qui ont pu intervenir. Le cadre de référence a été celui de Kovess et coll. (2001) et l'expérience avec les

outils validés d'évaluation des besoins individuels en santé mentale. Ceci a conduit à créer cinq fiches d'analyse des besoins pour tenir compte des réalités des personnes décédées par suicide et des niveaux de besoins individuels et systémiques.

Les agents de recherche ont rédigé une histoire de cas décrivant les difficultés de santé mentale ainsi que l'ensemble de la trajectoire de vie de la personne ; à cette histoire, ils ont ajouté toute l'information obtenue sur l'utilisation des services par la personne au cours de sa vie, en particulier les services de santé mentale avec une attention particulière sur ceux reçus dans l'année précédant le décès par suicide. Cette section était présentée sous la forme d'un texte décrivant non seulement les interventions mais également l'information disponible quant à l'impact de celles-ci et la satisfaction de la personne en ayant bénéficié. Ces informations ont été recueillies aussi bien par le témoignage des proches que par la consultation des dossiers.

Sur la base de ces informations, le panel franchissait cinq étapes retracées par les cinq fiches d'analyses :

• fiche 1 : services reçus à vie, dans la dernière année et le dernier mois avant le décès à différents niveaux : services médicaux de 1re ligne, services psychosociaux de 1re ligne, services spécialisés de 2e ligne en santé mentale et toxicomanies, organismes sans but lucratif dans la communauté ;

• fiche 2 : les problématiques médico-psycho-sociales de la personne dans la dernière année et les interventions reçues des différents services de 1re et 2e lignes, des proches, de l'école, des services policiers ou judiciaires, et des organismes sans but lucratif dans la communauté ;

• fiche 3 : le scénario idéal de soins que la personne aurait dû recevoir dans la dernière année et le détail des problématiques médico-psycho-sociales et des interventions qui auraient dues être posées idéalement. Cette fiche recueille les besoins ;

• fiche 4 : les interventions qui auraient dû être posées et qui n'étaient pas disponibles au niveau local, au niveau des programmes, entre les services régionaux et au niveau provincial pour soutenir les interventions individuelles identifiées dans le scénario idéal décrit dans la fiche 3. Ces services non disponibles étaient déclinés par types de besoins, par exemple en regard de la formation, des psychothérapies, de la médication, de la coordination, de la gouvernance, du financement…

• fiche 5 : le panel établissait enfin, sur la base de toutes les informations incluses dans ces fiches précédentes, si le suicide aurait pu être prévenu, le classant en une des cinq catégories suivantes : suicide totalement imprévisible ; suicide pour lequel il n'existait aucun moyen raisonnable connu de contrer les facteurs de risque ; suicide qui aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises dont on pouvait plutôt difficilement prévoir qu'elles étaient requises ; suicide potentiellement évitable si des mesures avaient été prises compte tenu du risque possible ; suicide qui aurait facilement pu être prévenu (tableau I).

Tableau I : Cinq catégories de suicide définies selon sa prévisibilité

1. Suicide totalement imprévisible
Une personne sans antécédents de problèmes émotionnels qui se suicide à la suite d'une déception amoureuse, mais sans en avoir parlé à quiconque et sans laisser les signes d'une détresse hors de l'ordinaire à quiconque.
2. Suicide pour lequel il n'existait aucun moyen raisonnable connu de contrer les facteurs de risque
Par exemple, une personne souffrant d'un trouble de personnalité limite avec problèmes graves de toxicomanie et de dépression ; les efforts raisonnables d'équipes spécialisées en psychiatrie n'ont pas réussi à apporter un soulagement. La personne est connue de l'équipe comme présentant un risque à moyen terme de suicide.
3. Suicide qui aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises dont on pouvait difficilement prévoir qu'elles étaient requises
Par exemple, un patient hospitalisé en psychiatrie ou un jeune en centre jeunesse présentant des difficultés émotionnelles et un certain risque suicidaire pour lesquels des mesures de traitement et de surveillance avaient été entreprises, cohérentes avec le risque suicidaire alors établi mais évidemment insuffisantes compte tenu de l'issue. Ou encore, une personne jugée à risque dans son milieu, ayant entrepris une thérapie potentiellement efficace, avec un risque suicidaire reconnu mais ouvertement sous-estimé compte tenu de l'issue.
4. Suicide potentiellement évitable si des mesures avaient été prises compte tenu du risque possible
La personne présentait plus d'un facteur pouvant contribuer au risque de suicide et des interventions ont pu être entreprises, mais partiellement et ne s'adressant pas nécessairement à tous les facteurs pertinents où une intervention aurait aidé.
5. Suicide qui aurait facilement pu être prévenu
Il existait des interventions potentiellement efficaces qui, si elles avaient été mises en œuvre de façon adéquate, auraient très certainement modifié les conditions prédisposant au suicide. Par exemple, une personne présentant une dépression majeure claire pour la première fois et qui est suivie par un médecin de famille qui reconnaît mal l'état dépressif et le traite avec un médicament inapproprié ou à dose insuffisante.

L'ensemble des résultats obtenus par le panel était ensuite analysé par les membres de l'équipe de recherche.

Résultats

Les principaux résultats ont finalement permis d'établir, à l'aide d'analyses transversales, les actions qui devraient être proposées au niveau provincial compte tenu de l'ampleur des déficits notés dans les actions au niveau individuel et au niveau local, ceci de manière à prévenir le suicide au Nouveau-Brunswick.

Description socio-démographique

L'échantillon regroupe 85 hommes et 17 femmes qui sont majoritairement des caucasiens (95 %). La plupart des suicides (63 %) ont eu lieu entre 30 et 59 ans ; 41 % des individus décédés par suicide étaient en couple, tandis que 37 % étaient séparés, divorcés ou veufs et 22 % étaient célibataires.

Les personnes décédées par suicide avaient un niveau de scolarité moins élevé : 37 % des gens n'ont pas obtenu un diplôme d'études secondaires ou

l'équivalent, 17 % ont obtenu ce type de diplôme alors que seulement 10 % ont fait des études post-secondaires. Toutefois, le niveau de scolarité atteint pour 36 % des personnes demeure inconnu. Nous savons que plus de la moitié des individus n'occupaient pas d'emploi au moment du décès et que près de 19 % étaient reconnus invalides.

Profil psychopathologique

La présence de problèmes de santé mentale semble être une caractéristique constante chez les personnes qui sont décédées par suicide (tableau II). En effet, 96 personnes sur 102 (94,12 %) présentaient un trouble de santé mentale et 73 personnes (72 %) souffraient de deux ou plusieurs troubles de santé mentale au moment de leur décès. On constate qu'au-delà des derniers 6 mois (« à vie » comme indiqué dans le tableau II), les troubles mentaux et de toxicomanie étaient autant présents, soulignant le caractère de longue durée de ces troubles.

Tableau II : Nombre de personnes ayant un trouble sur les axes I et II (DSM)

N=102	Derniers 6 mois (Nombre de personnes)	À vie* (Nombre de personnes)
Trouble de l'humeur	67	51
Trouble d'abus ou de dépendance	60	67
Trouble anxieux	18	19
Psychose et autres symptômes associés	7	8
Trouble de la personnalité	53	53
Aucun trouble	6	13
Un trouble unique	23	14
Comorbidité (deux et plus)	73	75
Total ayant au moins un diagnostic	96	89

* Au-delà des derniers 6 mois

On notera que le tableau donne le nombre de personnes et non les pourcentages ; puisque le groupe est de 102, le nombre de personnes est alors sensiblement le même que le pourcentage.

Chez les personnes décédées par suicide, 55 % présentaient à la fois un trouble de dépendance et un autre trouble ; 56 % des personnes présentaient un trouble de l'humeur et un autre trouble soit de toxicomanie ou trouble de personnalité ; parmi celles où un seul trouble a été identifié, c'était la dépression dans 17 % des cas, et la toxicomanie dans 7 % des cas (tableau III).

Tableau III : Combinaison des troubles sur les axes I et II

Combinaison de difficultés actuelles	Nombre de personnes
DEP, TOX, ANX, PER	5
DEP, TOX, PSY, PER	2
DEP, TOX, PER	24
DEP, ANX, PER	5
TOX, ANX, PER	1
DEP, PER, PSY	1
DEP, TOX, ANX	1
DEP, TOX	11
TOX, PER	7
DEP, PER	6
TOX, ANX	3
TOX, PSY	1
ANX, PSY	1
DEP, PSY	1
ANX, PER	1
DEP	9
TOX	7
ANX	1
PSY	1
Aucun	9

DEP : Troubles de l'humeur ; TOX : Dépendance et abus de substances ; ANX : Troubles de l'anxiété ; PER : Trouble de la personnalité ; PSY : Psychose et autres symptômes associés

En tenant compte des différents types de difficultés, les données recueillies révèlent que les troubles d'abus ou de dépendances sont très répandus parmi les personnes décédées par suicide. Ils concernent 60 % d'entre elles, un des taux les plus élevés que nous ayons rencontré dans ce type d'études, ce qui en fait un facteur de risque majeur associé au suicide. En ordre de prévalences décroissantes parmi les dépendances, les problèmes de dépendance à l'alcool, aux drogues, d'abus d'alcool, d'abus de drogue et, dans une moindre mesure, de jeu pathologique (5 %) étaient les plus courants au moment du suicide. En se référant aux prévalences à vie, ce sont les dépendances et l'abus d'alcool qui prédominent.

Pour ce qui est des autres troubles présents au moment du suicide, les troubles de l'humeur se retrouvent chez 67 personnes sur 102 (66 %). Parmi ces troubles, ce sont la dépression majeure et ensuite la dépression non spécifiée qui s'imposent. Quant à la prévalence à vie, la dépression majeure demeure importante, suivie de la dysthymie. Enfin, des troubles anxieux ont également été diagnostiqués parmi 18 personnes dans les 6 derniers mois de leur vie.

Les troubles de personnalité sont présents chez 53 personnes sur 102 (52 %). À ce niveau, ce sont les troubles de personnalité limite (*borderline*) et antisociale, ou des troubles non spécifiés de la personnalité ayant de fortes caractéristiques de ces deux troubles, qui sont clairement mis en lumière.

En résumé, nous observons un cumul de problèmes de santé mentale et de toxicomanies chez les individus décédés par suicide. Ces problèmes ne sont pas récents et prennent racine dans le parcours de vie des individus. Les interventions et les plans de traitement ne peuvent donc pas reposer sur des interventions qui visent des problèmes uniques. Les interventions doivent tenir compte de la complexité et de la multitude des difficultés et il est essentiel qu'il y ait un glissement vers des interventions multiples qui font nécessairement appel à une coordination, un suivi de la part de l'équipe soignante et d'un engagement au traitement du patient. Favoriser cet engagement au traitement est aussi la tâche de l'équipe soignante.

Événements précipitants et trajectoires de vie

Les données sur les événements précipitants et les trajectoires de vie vont étayer la manière dont les événements récents trouvent écho dans les problèmes personnels, familiaux, psychologiques et sociaux de longue date et souvent persistants durant la vie.

D'une part, cette recherche a pu identifier les événements principaux associés au décès par suicide. Nous pouvons relever pour la moitié des individus un événement souvent relié à une perte importante, qui a contribué à créer « la goutte qui a fait déborder le vase ». Des ruptures amoureuses, des difficultés de couple, des pertes tragiques dont la disparition d'un être cher, mais aussi des difficultés scolaires, professionnelles ou financières et autres situations traumatisantes (agression, crainte de maladie grave…) sont parmi les événements qui sont associés au passage à l'acte suicidaire (tableau IV). Soulignons que parmi les autres types d'événements, les pertes d'autonomie physique et la perte de liberté actuelle ou potentielle (par exemple, la crainte d'emprisonnement) sont des événements qui figurent parmi les derniers éléments de la vie des personnes décédées. Pour d'autres, ce sont les événements associés à des difficultés de santé mentale qui priment, dont la détérioration de l'état dépressif, une période d'alcoolisation sévère, un état psychotique qui s'intensifie. Ces aggravations se sont traduites par des facteurs précipitants du suicide.

Enfin, il est rare qu'aucun de ces événements ne fasse pas partie des derniers moments de vie des personnes décédées, nous avons noté qu'une seule exception.

D'autre part, cette étude nous a permis de retracer les trajectoires de vie des personnes décédées. 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'adversité, facteurs de protection, recherche de service et prise de médicaments. Nous tentions de déterminer si ces événements ont pu se produire de manière situationnelle ou permanente dans la vie de la personne décédée ; nous en notions la fréquence, la durée et l'intensité.

Tableau IV : Événement principal associé au suicide

Événement	Nombre de personnes
Aggravation des difficultés de santé mentale/toxicomanies	49
Ruptures amoureuses	13
Difficultés de couple	8
Pertes tragiques	12
Difficultés scolaires/professionnelles/financières	9
Autres types d'événements	10
Aucun événement identifié	1
Total	102

On notera que le tableau donne le nombre de personnes et non les pourcentages ; puisque le groupe est de 102, le nombre de personnes est alors sensiblement le même que le pourcentage.

Cette analyse reposait sur le rappel des événements tels que décrits par les proches, sur les écrits, les rapports médicaux, psychosociaux, les agendas personnels… Suite à ce recueil de données, chaque trajectoire de vie a été analysée individuellement. En panel d'experts, nous accordions une cote de risque pour chaque période de cinq années de vie. Cette cote de risque de 1 à 6 permettait d'identifier le degré de risque dans le développement de l'individu, selon la grille suivante (tableau V).

La compilation de tous ces facteurs par tranche de cinq années et l'attribution d'une cote spécifique de risque en fonction de la sévérité des difficultés représentent selon le jugement clinique d'experts le fardeau encouru pour la personne. Ce sont les cotes de risque qui forment la courbe de ces trajectoires, illustrée par la figure 2. L'abscisse met en lumière la sévérité des difficultés selon l'âge de la personne alors que l'ordonnée correspond à la valeur du risque. De cette analyse, quatre profils ont émergé dans lesquels des distinctions apparaissent quant à l'âge moyen de la survenue du suicide, de la moyenne des tentatives de suicide et des difficultés de santé mentale ou de toxicomanies (l'axe I) et de trouble de personnalité (l'axe II) (tableau VI).

Tableau V : Fardeau de risque

Évaluation globale	Cotation	Risques	Protection
Faible	6	Peu de difficultés	Présence de protection
	5	Quelques facteurs de risque - Sur une courte période de temps - Affectant seulement une/deux sphères	
Modérée	4	Plusieurs facteurs de risque - Sur une courte période de temps - Affectant plusieurs sphères	Plus ou moins de protection
	3	Plusieurs facteurs de risque - Sur une longue période de temps - Affectant plusieurs sphères	
Sévère	2	Multiples facteurs de risque/chaque sphère - Sur une longue période de temps - Touchant presque toutes les sphères	Peu ou pas de protection
	1	Multiples facteurs de risque/chaque sphère - Sur une très longue période de temps - Englobant toutes les sphères	Aucune protection

Dans la première trajectoire (T1), qui correspond à l'expérience de 15 % des personnes décédées, la vie a présenté, dès le commencement, plusieurs éléments d'adversité dont la négligence, la maltraitance, les conflits familiaux majeurs, les abus physiques et sexuels, qui se sont cumulés au fur et à mesure du développement de l'individu. L'ampleur d'événements de risque en bas âge s'associe à des conflits familiaux importants, des difficultés scolaires, des comportements de consommation (alcool, drogues) très précoces… C'est comme si l'individu était pris très tôt dans un parcours de problèmes où il lui devenait de plus en plus difficile d'en modifier la trajectoire. Ainsi, ce cumul de difficultés perdure tout au long de la vie. Dans la trajectoire 1, nous observons un nombre plus élevé de tentatives de suicide et de psychopathologies de l'axe I et de l'axe II. C'est aussi à travers ce type de trajectoire de vie que les individus se sont suicidés, en moyenne, le plus tôt (38 ans). Ceci illustre l'importance d'intervenir tôt dans les trajectoires de vie des familles vulnérables et à risque et d'intervenir sur les déterminants précoces de la santé.

La deuxième trajectoire (T2), qui correspond à l'expérience de 24 % des personnes décédées, regroupe les individus pour qui la vie a été difficile dès le départ, mais dont le contexte s'est amélioré au début de l'âge adulte. Il semble que la vie de l'individu s'améliore lorsqu'il quitte le milieu familial pour se retrouver dans un contexte d'autonomie et de liberté relative. Cette période correspond à une diminution des facteurs de risque et une augmentation des facteurs de protection. Cependant, il semble que l'apparition d'événements d'adversité après cette période positive concorde avec l'augmentation des difficultés familiales, la présence de conflits maritaux, et des difficultés dans l'éducation des enfants. Nous observons également le cumul

de conflits professionnels de toutes sortes, des difficultés associées à la consommation d'alcool et de drogue et des états dépressifs. Ces événements se cumulent avant le passage à l'acte. C'est comme si une certaine vulnérabilité, particulièrement au niveau de la personnalité, se serait maintenue chez ces individus pendant tout ce temps et que les difficultés personnelles, psychologiques et psychiatriques les rattrapent en milieu de vie et provoquent un effritement relationnel et un cumul de difficultés avant le passage à l'acte. Ce sont d'ailleurs ces personnes correspondant à la trajectoire 2, qui, après ceux faisant partie de la première trajectoire de vie, ont commis le nombre de tentatives de suicide (TS) le plus grand et qui présentent des taux de psychopathologies des axes I et II relativement élevés.

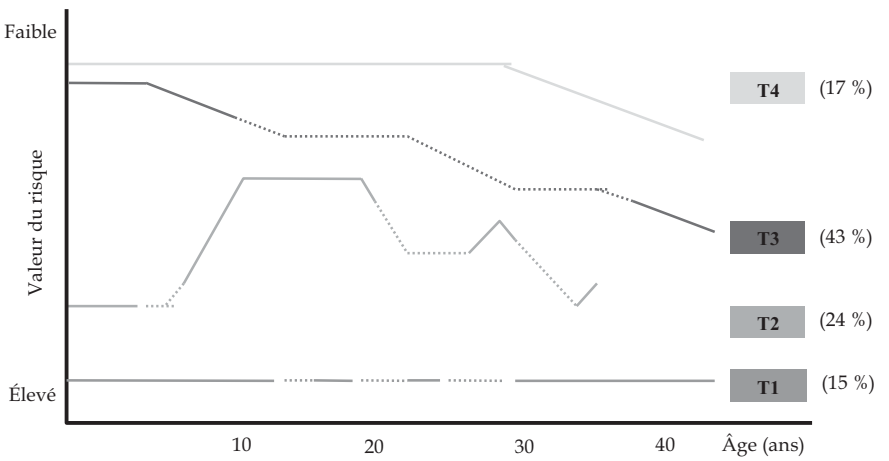


Figure 2 : Trajectoires de vie

La troisième trajectoire (T3), qui correspond à l'expérience de 43 % des personnes décédées, se caractérise par une linéarité descendante durant laquelle il semble que la vie ait bien commencé, avec au départ un minimum de facteurs de risque et de nombreux facteurs de protection. Au cours de la trajectoire de vie, des éléments d'adversité sont progressivement apparus et le contexte de vie s'est dégradé, sans jamais atteindre un niveau marqué de facteurs de risque. Les individus qui ont ce type de trajectoire présentent un plus grand nombre de psychopathologies de type clinique (axe I), plus spécifiquement des toxicomanies (alcool et drogues) et des troubles affectifs (dépression). Ces problèmes ont pu commencer tôt dans la vie et avoir été présents pendant des dizaines d'années à des intensités différentes. Ce qui caractérise le plus les individus de cette trajectoire est l'effritement relationnel et affectif qui prend une dimension importante lorsque l'on ajoute le poids des difficultés provoquées par une longue période d'alcoolisme et de dépression. En général, ces personnes ont fait peu de tentatives de suicide au

cours de leur vie et le suicide apparaît souvent dans un contexte de séparation, de perte affective importante et de cascades d'événements négatifs. Particulièrement dans le cas de cette trajectoire, les politiques sociétales qui viseraient une diminution et un traitement précoce des toxicomanies et de la dépression s'avèrent une cible primordiale.

Ce sont les suicides de la quatrième trajectoire (T4), qui correspond au vécu de 17 % des personnes décédées, qui suscitent le plus d'incompréhension, en raison de la quasi-absence de facteurs de risque et d'éléments d'adversité connus. Si les suicides survenus dans les trajectoires 1 ou 2 ou même 3 cumulent de nombreux facteurs de risque, les suicides relevant de la 4e trajectoire sont ceux qui demeurent les plus difficiles à prévoir. Mentionnons que ce sont les individus de cette trajectoire qui se sont suicidés le plus tardivement, en moyenne à 52 ans. Ces décès apparaissent souvent lors d'une situation de perte importante, souvent lorsqu'il y a une dimension d'humiliation ou de perte ayant un caractère publique réel ou perçu.

Tableau VI : Distribution de problèmes de psychopathologie et de tentative de suicide (TS) en fonction des trajectoires de vie

Trajectoire de vie	Âge moyen (ans)	Moyenne de TS	Moyenne de diagnostics Axe I	Moyenne de diagnostics Axe II
4	52	0,3	1,4	0,6
3	41	0,6	2,5	0,6
2	51	2,0	2,7	1,2
1	38	2,5	4,0	1,8

En résumé, ces trajectoires montrent d'abord qu'il n'y a pas un profil unique de personnes décédées par suicide et que les troubles mentaux clairement identifiés ne surviennent généralement pas dans un *vacuum*, mais au contraire se manifestent plus particulièrement chez des personnes ayant souvent connu des trajectoires personnelles, familiales, psychologiques et sociales difficiles depuis l'enfance. D'autres trajectoires de vie se dégradent après une amélioration, ou encore certaines trajectoires peuvent être associées à une lente chute accompagnée et amplifiée par les troubles mentaux. Ces effritements ont en commun des situations de dépendances aux substances psychoactives, associées aux échecs des tentatives personnelles pour y remédier, qui augmentent le sentiment de perte d'estime de soi, de désespoir avant la cascade finale où tous ces éléments deviennent indissociables et intolérables pour la personne vulnérable. Chacune de ces quatre trajectoires-types fait appel à des événements plus distants, au-delà de la dernière année, et des situations plus récentes, dans la dernière année.

Ces trajectoires peuvent permettre de mieux appréhender les différents sous-groupes de personnes décédées par suicide. Il sera peut-être plus facile

d'y greffer des facteurs de risque distincts et ainsi mieux évaluer et mieux saisir l'importance relative des différents facteurs de risque dans chacune de ces trajectoires. Chacune d'entre elles peut faire appel à des mesures spécifiques, qui peuvent s'adresser à des périodes différentes dans le temps. Par exemple, la mise en place de mesures qui peuvent être plus proximales du moment critique et qui permettraient une accessibilité accrue quant aux traitements coordonnés des toxicomanies et des troubles mentaux. D'autres mesures qui visent ces mêmes problèmes pourraient être également mises en place dans une période plus en aval qui cible les difficultés émergentes de toxicomanies ou de dépression et pouvant être atténuées par des interventions efficaces. D'autres mesures pourraient être prévues encore plus tôt afin d'éviter le développement de ce type de comportements : des mesures de promotion de la santé mentale par l'augmentation de la résilience des enfants et adolescents et du soutien social, en passant par des campagnes préventives pour contrer la toxicomanie et agir sur les déterminants de la santé.

L'établissement des mesures proximales, dans la dernière année, va reposer sur l'analyse de l'utilisation des services et sur un panel d'experts qui va statuer sur leur adéquation et la prévisibilité du suicide en tenant compte de toute l'information obtenue (troubles mentaux, trajectoires de vie, événements, utilisation des services à vie et dans la dernière année).

Utilisation des services publics, privés et communautaires

Au cours de leur vie, presque toutes les personnes décédées par suicide auront contacté les services spécialisés en santé mentale et/ou en toxicomanie(s), et les services médicaux de 1re ligne ; plus de la moitié aura consulté les services psychosociaux de 1re ligne et le tiers des services bénévoles. Ce qui frappe dans l'année précédant le suicide, c'est une forte tendance à avoir recours aux services spécialisés privés ou publics suivis de près par des services de 1re ligne médicale. Concernant le service reçu au cours du dernier mois de vie, les services spécialisés privés ou publics demeurent relativement utilisés (34,3 % des personnes). Ce sont les intervenants des centres de santé mentale soit les psychologues, les travailleurs sociaux, le personnel infirmier qui sont le plus consultés au cours du mois précédant le suicide (18 % ; dernière année, 26 %), suivis des médecins psychiatres (12 % ; dernière année, 32 %), et des urgences (8 % ; dernière année, 24 %) ; toutefois, les services de toxicomanies avaient été moins utilisés, seulement 3 % au cours du dernier mois et 4 % dans la dernière année. Il faut noter le suivi par les services professionnels de la santé et des services sociaux de 1re ligne, qui sont consultés par 18,6 % des personnes dans le dernier mois, et les services de la 1re ligne médicale dont les généralistes sont consultés dans une proportion de 17,6 %. Parmi les services de 1re ligne, nous avons noté que les personnes décédées par suicide ont côtoyé

les services policiers, respectivement 4 % et 9 % dans le dernier mois ou la dernière année (17 % à vie). On note que les services bénévoles ou sans but lucratif sont beaucoup moins utilisés que les autres services par les personnes décédées par suicide (8 %). Les services consultés dans une proportion plus importante sont les Alcooliques Anonymes et le clergé, alors que les lignes d'écoute ont été peu utilisées (respectivement 1 % et 2 % dans le mois et l'année précédant le décès) par les personnes décédées par suicide (tableau VII).

Tableau VII : Synthèse des services reçus au cours du dernier mois, de la dernière année et à vie

	Nombre de personnes ayant consulté au moins un service			
	Mois	Année	À vie*	Total
Première ligne médicale (généralistes et autres médecins)	18 (17,6 %)	50 (49,0 %)	83 (81,4 %)	88 (86,3 %)
Professionnels de la santé et services sociaux et intervenants de première ligne (infirmières, travailleurs sociaux, professionnels de Centre Jeunesse, du milieu scolaire, policiers)	19 (18,6 %)	34 (33,3 %)	45 (44,1 %)	58 (56,9 %)
Services spécialisés privés ou publics (psychiatres, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, intervenants de centre de crise, de centre de toxicomanie, intervenants aux urgences d'hôpital)	35 (34,3 %)	54 (52,9 %)	86 (84,3 %)	93 (91,2 %)
Services bénévoles ou sans buts lucratifs (lignes d'écoute et d'entraide, clergé, Alcooliques Anonymes, Toxicomanes Anonymes…)	8 (7,8 %)	16 (15,7 %)	28 (27,7 %)	35 (34,3 %)
Nombre de personnes ayant consulté au moins un service parmi tous	52	78	97	99
Total (%)	51,0	76,5	95,1	97,1

* Au-delà des derniers 6 mois

En comparant les services reçus par les personnes décédées par suicide et ceux qu'elles auraient dû se voir proposer selon les jugements d'un panel d'experts, nous arrivons à plusieurs résultats préoccupants. Nous avons opposé la situation observée et celle idéalement requise, et avons répertorié et analysé en distinguant les problématiques d'une part et les interventions thérapeutiques reçues ou requises d'autre part, des différents types de services de 1re et 2e lignes, médicale, psychosociale, spécialisée, communautaire, les proches, l'école et le système judiciaire.

Dans la figure 3, on remarque que ce sont les problèmes associés aux traitements de l'alcool/drogue pour lesquels on observe le plus grand écart, suivis de près par les problèmes associés aux traitements des troubles suicidaires et

de la dépression. Ce sont particulièrement les personnes souffrant de ces difficultés combinées qui reçoivent le moins souvent des interventions adéquates et pour lesquelles la prise en charge devrait être multidisciplinaire. D'ailleurs, on note au niveau de ces lacunes une sur-représentation des problèmes psychologiques comparativement aux problèmes financiers, physiques, d'habitation, juridiques et autres. De plus, lorsque les personnes cumulent les difficultés, l'offre des services multidisciplinaires ne suit pas (surtout pour ceux faisant face à deux, trois ou quatre difficultés) et ceci particulièrement pour les personnes cumulant des problèmes d'alcool/drogue, des problèmes suicidaires et des problèmes physiques ou encore les individus ayant une double problématique associée à l'alcool/drogue et aux problèmes physiques et, dans une moindre mesure, des problèmes suicidaires et des problèmes physiques.

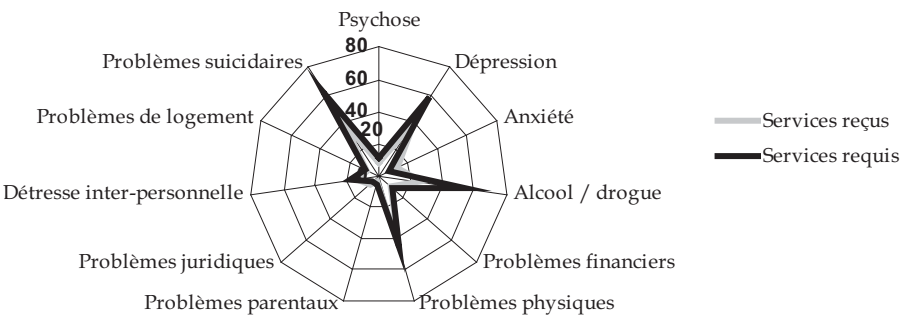


Figure 3 : Synthèse des interventions reçues et requises

D'autre part, concernant les interventions reçues par les personnes décédées par suicide comparativement à celles qui auraient dû être offertes, il est possible d'identifier des lacunes au niveau des interventions face aux demandes d'aide, d'évaluation et de suivi de cas : les écarts sont majeurs concernant la référence entre les services et l'évaluation (tableau VIII). La médication psychiatrique reçue n'était pas nécessairement adéquate pour certains alors que d'autres personnes en auraient nécessité. Les écarts en regard de la gestion des cas par les services sont majeurs et auraient requis un milieu plus encadré pour une période de temps (hospitalisation, centre de désintoxication) ainsi qu'un suivi de cas avec un intervenant-pivot bien identifié, la planification de relances et même une approche d'intervention dans la communauté, à domicile si nécessaire. Les écarts sont également grands pour les interventions psychothérapeutiques individuelles ou de groupe pour les toxicomanies, le traitement de la dépression ou les troubles anxieux. Les personnes souffrent de conditions physiques requérant un suivi médical dans la moitié des cas ; les besoins étaient toutefois mieux comblés à ce niveau.

Tableau VIII : Écart entre les interventions reçues et requises

	Interventions reçues	Interventions requises
Médication psychiatrique	51	65
Évaluation	50	86
Milieu résidentiel/hospitalisation/ désintoxication	38	70
Suivi médical pour condition physique	35	44
Suivi de cas	34	71
Référence	27	69
Psychothérapie	19	48
Intervention de crise	18	24
Entraide par les pairs	13	12
Autre	9	10
Activités de jour	1	4

Les types et niveaux de services pour délivrer les interventions requises identifiées et leur combinaison sont illustrés par la figure 4. On constate un écart important entre les services reçus et les services requis quant à : l'évaluation et la médication psychiatrique ; l'offre d'un service d'accueil tel qu'une hospitalisation, une admission en centre de désintoxication ou un milieu résidentiel ; un suivi intensif dans la communauté ; une référence à un autre service ; l'offre de psychothérapies. Ici, on remarque que c'est une combinaison d'actions et de secteurs qui est nécessaire, plutôt qu'une action d'un seul secteur de services.

La réponse aux difficultés identifiées doit passer par des interventions efficaces et adéquates et celles-ci doivent être rendues par les services de santé et des services sociaux. Nous avons tenté de projeter les besoins de services en fonction des besoins individuels identifiés dans l'analyse des cas, et aussi d'identifier à partir de chaque cas les lacunes systémiques dans l'organisation locale et régionale, et même ceux qui exigeraient des actions de niveau provincial. Nous avons essayé, dans nos recommandations, de demeurer le plus près possible de chaque cas et de ne pas tenter de régler tous les problèmes systémiques.

L'analyse des actions et des services offerts dans différents secteurs nous a permis d'établir les lacunes dans les actions et dans le fonctionnement relevant du niveau local, régional et provincial. Le tableau IX en résume les résultats. Il émerge d'abord des besoins de formation qui doivent être offerts à l'ensemble des intervenants et, dans un deuxième temps, au grand public. La responsabilité de cette recommandation se situe au niveau provincial, mais doit être livrée régionalement voire localement aux différents

intervenants. Les besoins en formation des intervenants incluaient un meilleur repérage, traitement, gestion, suivi et référence pour la dépression, les toxicomanies et les comportements suicidaires en 1re ligne. Une formation quant aux meilleures pratiques avec les patients ayant des problèmes multiples est également souhaitable pour les intervenants de 2e ligne en santé mentale et toxicomanies. Enfin, quant à la population générale, il semble que les signes de détresse soient assez bien reconnus, mais les membres de la communauté ne sont pas tout à fait à l'aise pour conduire de manière directive une personne suicidaire, souffrant de dépression ou de toxicomanie vers les services sociaux et de santé. Une campagne promotionnelle qui cible ces comportements pourrait être prometteuse.

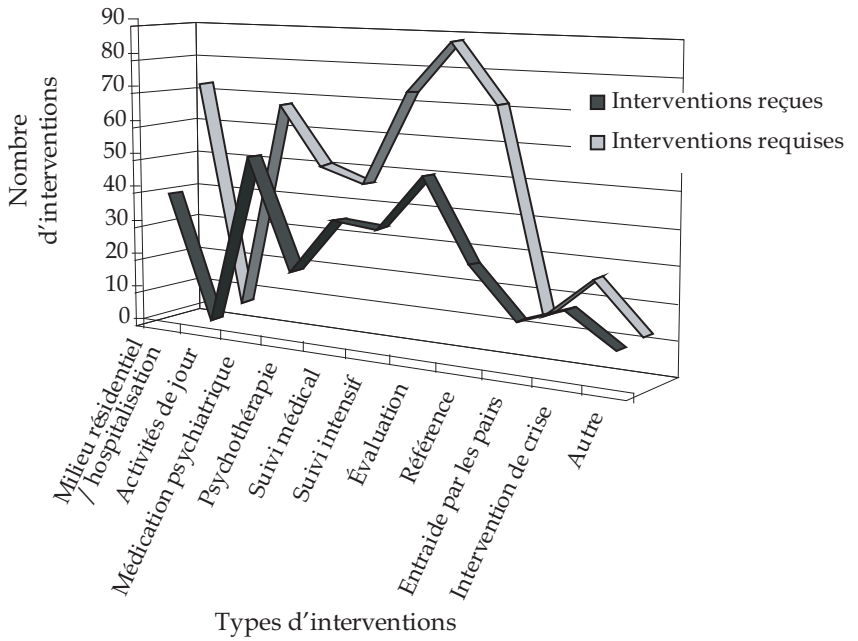


Figure 4 : Écart entre les interventions reçues et requises

Les prochains besoins systémiques indiqués dans le tableau IX, et dont certains sont les plus marquants, sont identifiés dans près de 40 % des cas et se centrent au niveau local et régional autour d'un besoin de coordination et de continuité entre les services spécialisés de santé mentale et toxicomanies.

Tableau IX : Principaux déficits locaux, régionaux et provinciaux émergeant des 102 cas de suicide

Besoins identifiés	Nombre de cas concernés	Objet de l'intervention
Formation	49	Dépression-risque suicidaire et importance de consulter
Coordination	8	Continuité des soins et suivi des patients
	33	Coordination des dossiers avec problèmes multiples
Gouvernance	7	Services proactifs d'*outreach** avec suivi intensif dans la communauté
	6	Sentinelles/*outreach** pour intervention et suivi des personnes toxicomanes
	14	Protocole de traitement pour problèmes multiples (alcool-dépression-suicide-santé)
Financement	6	
Aucune recommandation, tout avait été fait	28 dossiers	
Dossiers sur lesquels le panel ne s'est pas prononcé	5 dossiers	

* Recherche active des patients sur le terrain

Cette coordination doit être réalisée entre les services spécialisés et, dans les situations de crises suicidaires ou de toxicomanies, avec les services psychosociaux de 1re ligne, les services médicaux de 1re ligne, les urgences et les services policiers pour les personnes présentant des problèmes complexes, de comorbidité particulièrement, toxicomanies et troubles mentaux. De nombreuses difficultés ont été identifiées en regard du manque de coordination et de suivi entre les différents services. Ces difficultés s'associent souvent au glissement et à la faillite d'attribuer le point fixe de responsabilité (un intervenant-pivot) dans les équipes de soins. Si bien qu'il y a un manque de continuité entre les différents services, de suivi auprès du patient et de sa famille, et de coordination des services en fonction de la séquence dans laquelle les différents services seront proposés aux patients.

Ce manque de coordination s'associe à un désengagement des patients. Parallèlement, le manque de politique d'*outreach* n'incite pas les intervenants à poursuivre le travail en vue de ré-engager un patient dans les traitements. Ces besoins de coordination et de continuité nous ont amenés à suggérer au niveau provincial dans plus de 27 % des cas, des recommandations pour pallier des lacunes de gouvernance. Il s'agit de politiques visant à impliquer conjointement les services spécialisés de santé mentale et de toxicomanies, les services psychosociaux et médicaux de 1re ligne ainsi que les systèmes judiciaires et policiers pour l'établissement d'une série de protocoles régionaux et locaux afin d'assurer la coordination, la continuité, l'établissement de points fixes de responsabilités, par la présence d'intervenant-pivot,

l'établissement de hiérarchisation des actions, des traitements, des références, du suivi de cas et d'*outreach* si nécessaire pour les personnes affectées d'une combinaison de troubles mentaux avec ou sans problématique suicidaire.

Le caractère proactif et la coordination dans les cas à problématiques cliniques et sociales complexes vont particulièrement interpeller les pratiques souvent en silos entre les types de services et devoir être renforcés par la formation des intervenants comme indiqué précédemment.

Enfin, et c'est là une limite de l'étude, tout en n'ayant pas procédé à une étude aussi systématique que pour les enjeux systémiques, nous avons indiqué des enjeux de financement dans six occasions où cette raison avait été donnée pour l'absence d'un programme (par exemple, un programme de suivi intensif en équipe ; un programme d'hôpital de jour). Mais notre approche nous permet d'évaluer uniquement ce que les recommandations majeures découlant des constats précédents impliqueraient en terme de financement supplémentaire ou surtout de réaménagement de services dans le contexte de la transformation des services de santé et des services sociaux au Nouveau-Brunswick.

Il faut noter que dans 28 % des cas, rien de plus ou de moins ne pouvait être fait par les services sociaux et de santé. Les lacunes quant aux services se situent surtout auprès des personnes dont le suicide se trouvait au cœur d'une problématique complexe, et pour lesquelles les interventions auraient dû prévoir : des actions de références vers d'autres services, des actions d'évaluation plus poussées, des actions de suivi intensif et enfin des services en milieu résidentiel dont une hospitalisation en psychiatrie ou en centre de toxicomanie.

Recommandations

À l'issue d'un cycle de discussions avec les membres du panel qui ont considéré l'ensemble des résultats qui ont été présentés dans ce rapport, les chercheurs arrivent aux recommandations suivantes :

• axe de gouvernance : développer et convenir dans chaque région des protocoles de coordination et de prise en charge systématique en impliquant tous les intervenants de 1re et de 2e lignes qui sont associés à un dossier de services pour les personnes souffrant de toxicomanies, de trouble mental avec ou sans problématique suicidaire afin de les diriger de manière proactive vers les ressources adéquates, les soutenir dans leur adhésion et le maintien au traitement, coordonner le traitement, maintenir un point fixe de responsabilité, assurer un suivi et utiliser une approche d'*outreach* au besoin. L'atteinte des objectifs de cet axe passe par le développement d'une politique provinciale de prévention et de traitement des toxicomanies, en lien

avec celle concernant les troubles mentaux, et selon les principes de hiérarchisation des soins et de responsabilité territoriale ;
• axe d'intervention : améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la pertinence des services de traitement pour les personnes ayant des problèmes multiples de santé mentale, de toxicomanie et de comportement suicidaire ;
• axe de prévention : implanter des mesures préventives afin de mieux rejoindre, identifier et intervenir auprès des personnes à risque de suicide, celles présentant des troubles mentaux et des toxicomanies, dans tous les groupes d'âge. Améliorer la sensibilité des proches, de l'entourage et de la communauté quant à l'importance d'amener une personne présentant des problèmes suicidaires, de trouble mental et de toxicomanies à consulter et à maintenir des contacts avec les services sociaux et de santé ;
• axe de recherche évaluative : maintenir un protocole d'évaluation tout au long du processus d'implantation afin de rendre compte de la modification des pratiques qui sont proposées.

Cette présentation laisse au Gouvernement du Nouveau-Brunswick le choix de désigner ensuite des responsables et des collaborateurs, un échéancier et le choix des indicateurs pour en mesurer l'implantation.

Ces recommandations s'appuient sur une série de constats émergeant de l'analyse des problèmes de santé mentale, des trajectoires de vie, de la synthèse des services reçus et des services qui auraient été requis. Soulignons en particulier :
• pour soutenir les recommandations de coordination et de continuité entre les services de santé mentale et toxicomanies, nous constatons que dans plus des deux tiers des cas des problèmes d'alcoolisme ou d'abus de drogues ont été identifiés ; dans près de la moitié des cas, la dépression était identifiée. Malgré des contacts antérieurs avec les services de toxicomanies, il apparaît un désengagement tel que seulement 10 % des personnes étaient en contact avec ces services dans l'année précédant leur suicide. Des interventions en centre de désintoxication, du *counselling*, des psychothérapies spécifiques combinées souvent à un traitement de la dépression ont été identifiés parmi les besoins non comblés ;
• pour soutenir les recommandations en regard de la coordination des directives provinciales inter-ministérielles pour une coordination et un *outreach* des services, il a été relevé que dans près de 10 % des cas, une intervention policière s'est produite dans la dernière année, et dans près de 20 % des cas une intervention policière s'est produite au cours de la vie pour des problèmes spécifiques de toxicomanies, de dépression ou de problématique suicidaire. Ces besoins de coordination et de continuité nous ont amenés à suggérer au niveau provincial dans plus de 27 % des cas, des recommandations pour pallier des lacunes de gouvernance. Il s'agit de politiques visant à impliquer conjointement les services spécialisés de santé mentale et de toxicomanies, les services psychosociaux et médicaux de 1re ligne et les systèmes judiciaires, les services policiers pour l'établissement d'une série de protoco-

les régionaux et locaux pour assurer la coordination, la continuité, l'établissement de points fixes de responsabilités, par la présence d'intervenant-pivot, l'établissement de hiérarchisation des actions, des traitements, des références, du suivi de cas et d'*outreach* si nécessaire pour les personnes affectées d'une combinaison de troubles mentaux avec ou sans problématique suicidaire ;

• pour soutenir les recommandations quant à la formation de tous les intervenants afin d'augmenter la capacité de repérage, de traitement et de suivi des problèmes de dépression, de toxicomanies, des troubles mentaux et des problématiques suicidaires, il apparaît qu'une meilleure formation permettrait la mise en place de thérapeutiques potentiellement plus efficaces dans le traitement de la dépression, par les médecins généralistes seuls ou en collaboration avec les services de 2e ligne en santé mentale ou toxicomanies ;

• pour soutenir la prévention par le traitement précoce des problèmes de toxicomanies et de troubles mentaux, il est à noter que les problèmes de dépendances ont été identifiés dans plus des deux tiers des décès par suicide. Si à proximité du suicide, des actions plus concertées entre les services spécialisés de santé mentale et toxicomanies et l'accessibilité aux services de toxicomanies sont de mise, les trajectoires de vie de ces personnes montrent que des mesures en regard de ces problèmes de dépendance auraient pu être engagées plus tôt. Par ailleurs, les enquêtes populationnelles révèlent que la majorité des personnes souffrant de dépendances ne reçoivent pas de traitement. Ces considérations nous amènent à recommander d'une part l'accroissement des services de traitement des toxicomanies spécialisés et de 1re ligne, une politique plus globale, pour développer la prévention et l'intervention précoce en précisant la hiérarchisation des soins et la formation requise du public et des intervenants.

Monique Séguin[12]
Département de psychologie, Université du Québec en Outaouais
Groupe McGill d'études sur le suicide, Hôpital Douglas, Université McGill
Centre de recherche Fernand Séguin, Hôpital Louis-H Lafontaine,
Université de Montréal

12. En collaboration avec Alain Lesage, Centre de recherche Fernand Séguin, Hôpital Louis-H Lafontaine, Université de Montréal ; Gustavo Turecki, Groupe McGill d'études sur le suicide, Hôpital Douglas, Université McGill ; France Daigle, Andrée Guy et Marie-Noëlle Bayle, Ministère de la Santé et du Mieux-être, Division de la Santé mentale, Gouvernement du Nouveau-Brunswick

BIBLIOGRAPHIE

ANGST F, STASSEN HH, CLAYTON PJ, ANGST J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disorder* 2002, **68** : 167-181

APPLEBY L, SHAW J, AMOS T, MCDONNELL R, KIERMAN K, et coll. Safer services. Report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. HMSO, London, 1999

ARSENAULT-LAPIERRE G, KIM C, TURECKI G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004, **4** : 37

BESKOW J, RUNESON B, ASGARD U. Psychological autopsies: methods and ethics. *Suicide Life Threat Behavior* 1990, **20** : 307-323

BIFULCO A, BERNAZZANI O, MORAN PM, BALL C. Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000, **35** : 264-275

BIFULCO A, MORAN P, BAINES R, BUNN A, STANFORD K. Exploring psychological abuse in childhood : Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2002, **66** : 3

BRENT DA. The psychological autopsy method: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1989, **19** : 43-57

BRENT DA, PERPER JA, MORITZ G, ALLMAN CJ, ROTH C, et coll. The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history. *Acta Psychiatrica Scandanavia* 1993, **87** : 118-122

BRENT DA, JOHNSON BA, PERPER J, CONNOLLY J, BRIDGE J, et coll. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 1080-1086

BRENT DA, BAUGHER M, BRIDGE J, CHEN T, CHIAPPETTA L. Age and sex related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999, **38** : 1497-1505

CASPI A, MOFFITT T, THORNTON A. The life history calendar : A research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1996, **6** : 101-114

CONNER KR, CONWELL Y, DUBERSTEIN PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. 2001

GUNNEL D, FRANKEL S. Prevention of suicide : aspirations and evidence. *British Medical Journal* 1994, **308** : 1227-1233

HAWTON K, APPLEBY L, PLATT S, FOSTER T, COOPER J, et coll. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord* 1998, **50** : 269-276

ISOMETSA ET. Psychological autopsy studies: A review. *European Psychiatry* 2001, **16** : 379-385

ISOMETSA ET, HENRIKSSON MM, HEIKKINEN ME, ARO HM, MARTTUNEN MJ, et coll. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996, **153** : 667-673

KELLY TM, MANN JJ. Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1996, **94** : 337-343

KERFOOT M, DYER E, HARRINGTON V, WOODHAM A, HARRINGTON R. Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry* 1996, **168** : 38-42

KIM C, LESAGE A, SÉGUIN M, LIPP O, VANIER C, TURECKI G. Patterns of comorbidity in male suicide completers. *Psychol Med* 2003, **33** : 1299-1300

KOVESS V, LESAGE A, BOISGUERIN B, FOURNIER L, LOPEZ A, OUELLET A. Planification et évaluation des besoins en santé mentale. Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2001 : 22-25

LESAGE AD, BOYER R, GRUNBERG F, VANIER C, MORISSETTE R, et coll. Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Men. *American Journal of Psychiatry* 1994, **151** : 1063-1068

LESAGE AD, FOURNIER L, CYR M, TOUPIN J, FABIAN J, et coll. The reliability of the community version of the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine* 1996, **26** : 237-243

MANN JJ, WATERNAUX C, HAAS GL, MALONE KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 181-189

PROULX F, LESAGE AD, GRUNBERG F. One hundred in-patient suicides. *British Journal of Psychiatry* 1997, **171** : 247-250

SÉGUIN M. Trajectoire de vie et résilience des personnes suicidaires. *Revue Frontières* 1999, **12** : 11-16

SHAFFER D, GOULD MS, FISHER P, TRAUTMAN P, MOREAU D, et coll. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 339-348

SHAFII M, CARRIGAN S, WHITTINGHILL JR, DERRICK A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985, **142** : 1061-1064

SPITZER RL, WILLIAMS JB, GIBBON M, FIRST MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992, **49** : 624-649

TURECKI G, ZHU J, TZENOVA J, LESAGE A, SEGUIN M, et coll. TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry* 2001, **6** : 98-102

État de santé des suicidés au cours des six mois précédant le geste suicidaire

Cette étude rétrospective est la première de grande ampleur réalisée en France, chez 308 sujets connus des services de médecine légale des villes de Saint-Étienne et de Lyon. Les éléments médicaux de ces sujets ont été obtenus à partir des dossiers des services de médecine légale et des dossiers du service médical de l'Assurance maladie (régime général et mutuelles associées, uniquement).

Ainsi, tous les renseignements relatifs aux soins, aux hospitalisations, aux prescriptions médicamenteuses et leur évolution dans les 6 mois précédant le geste suicidaire, mais aussi les types de médications prescrites, sont des données objectives et non des éléments rapportés par des témoins, aussi fiables soient-ils.

Par ailleurs, nous avons pu faire une étude comparative étayée par les tests de significativité (X^2) avec une population témoin – affiliée elle-même à l'Assurance maladie de Lyon et Saint-Étienne – de 1 415 personnes ayant les mêmes caractéristiques que la population des personnes suicidées (sexe, âge, résidence).

Recueil des données médicolégales et médicales

Le recueil des données médicolégales concerne les suicidés du 01/05/2003 au 31/10/2004. Ces données ont été collectées au service de médecine légale de Saint-Étienne et à l'Institut médicolégal de Lyon. Trois cent huit dossiers (212 hommes et 96 femmes) ont été analysés. Les données recueillies de manière systématique sont : l'âge, le sexe, le mode de suicide, le jour et le lieu.

En revanche, certaines données ne sont pas disponibles dans tous les dossiers et une véritable étude statistique est donc impossible. Ces données sont : l'activité professionnelle, le statut matrimonial, les antécédents de tentative de suicide, les toxicomanies et l'alcoolodépendance.

Les données médicales concernant les 6 mois précédant le suicide ont été recueillies pour les mêmes sujets, au niveau des services médicaux de l'Assurance maladie de Saint-Étienne et de Lyon. Il s'agit de consommation de

soins : les consultations chez un médecin, la délivrance de psychotropes, le bénéfice ou non d'une ALD 30 (Affection longue durée donnant droit à l'exonération du ticket modérateur) et les antécédents d'hospitalisation.

Répartition des suicidés selon le sexe et l'âge

La mort par suicide est essentiellement masculine (environ deux hommes pour une femme), l'âge de prédilection pour les deux sexes se situant dans la tranche d'âges 30-59 ans (figures 1, 2, 3).

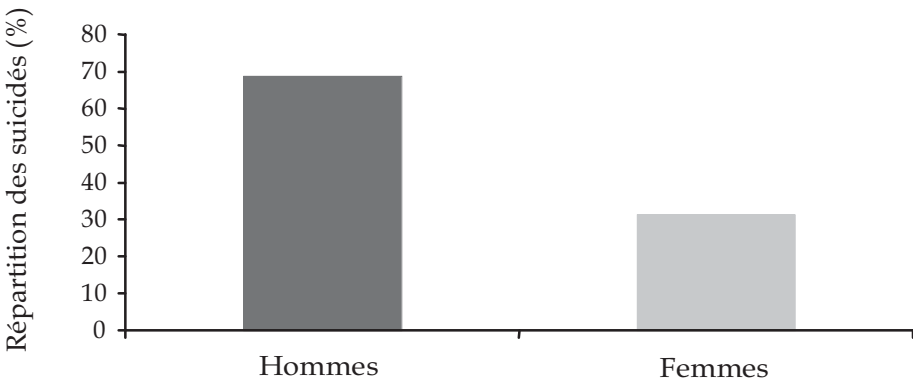


Figure 1 : Répartition des suicidés selon le sexe

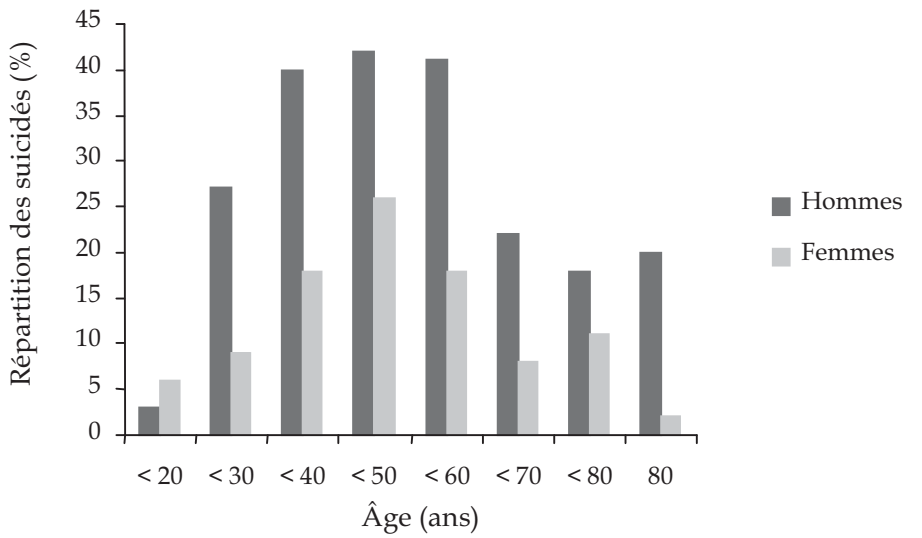


Figure 2 : Répartition des suicidés selon l'âge et le sexe

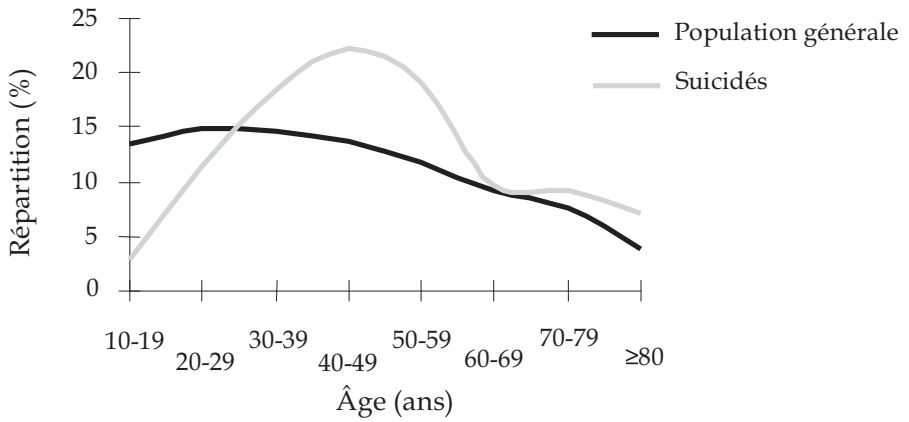


Figure 3 : Répartition de la population des suicidés *versus* la population générale selon l'âge

Consommations médicales

Pour la très grande majorité de ces suicides (plus de 60 % chez les hommes et plus de 80 % chez les femmes), le geste suicidaire s'inscrit dans le cadre d'une pathologie parfois lourde (ALD 23 affection liée à une pathologie psychiatrique), en tout cas suivie médicalement et avec des symptômes psychiatriques prédominants.

Consultations

En ce qui concerne la consommation de soins, on note par rapport aux sujets témoins une surconsommation de consultations chez le médecin généraliste et à un degré moindre chez le psychiatre, chez les hommes et chez les femmes à tous les âges de la vie.

Ainsi, les suicidés ont plus consulté les médecins généralistes (67,5 % des hommes et 67,2 % des femmes) et les psychiatres (13,7 % des hommes et 28,1 % des femmes) que la population témoin (généraliste : 57,2% des hommes et 64 % des femmes ; psychiatre : 2,58 % des hommes et 3,60 % des femmes), ce qui n'est pas le cas pour la consultation des autres spécialistes. Les suicidés ayant eu recours aux antidépresseurs sont moins suivis par un psychiatre que les sujets témoins suivant le même traitement.

Environ 30 % des hommes et 16 % des femmes ne sont pas suivis médicalement dans les 6 mois précédant leur geste. Dans ce cas, la prévention passera :

• par un meilleur accès aux soins, notamment pour les hommes : on sait que ceux-ci se soignent globalement moins que les femmes et notamment lorsqu'ils présentent une psychopathologie principalement dans le versant dépressif ;
• par une meilleure connaissance de leur situation personnelle et sociale (solitude, rupture conjugale, chômage) de façon à mobiliser autour d'eux un réseau relationnel, notamment associatif pour les soutenir dans un moment de vie difficile.

Traitements

Pour les deux sexes et au-delà de 30 ans, on observe une surprescription de médicaments psychotropes (figure 4), antidépresseurs notamment, hypnotiques et tranquillisants et surtout en polythérapie. Près de 90 % des femmes suicidées (88,7 %) entre 30 et 59 ans et 80 % des plus de 60 ans avaient une prescription de psychotropes, contre 31,6 % et 38,1 % dans la population témoin ($p<0,005$). Pour les hommes, 65,6 % des suicidés entre 30 et 59 ans ainsi que 68,3 % des plus de 60 ans avaient une prescription de psychotropes contre 21,4 % et 24,5 % dans la population témoin ($p<0,005$).

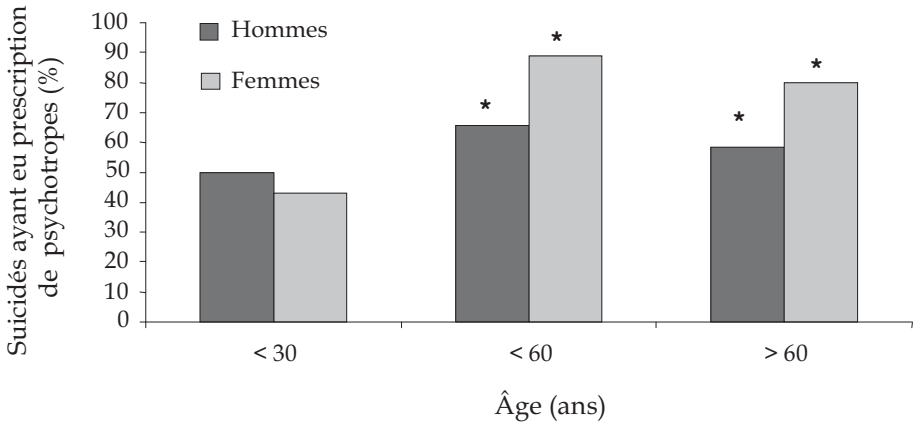


Figure 4 : Traitements psychotropes chez les suicidés

L'étoile indique une différence significative ($p<0,005$) entre la population des suicidés et celle des témoins qui ont eu une prescription de psychotropes dans les 6 mois.

Chez les hommes de 30 à 59 ans, la différence de prescription est significative par rapport à la population témoin quel que soit le type de psychotropes, mais cette différence s'avère plus nette pour les antidépresseurs (suicidés : 45,1 % contre 4,25 % dans la population témoin) (figure 5).

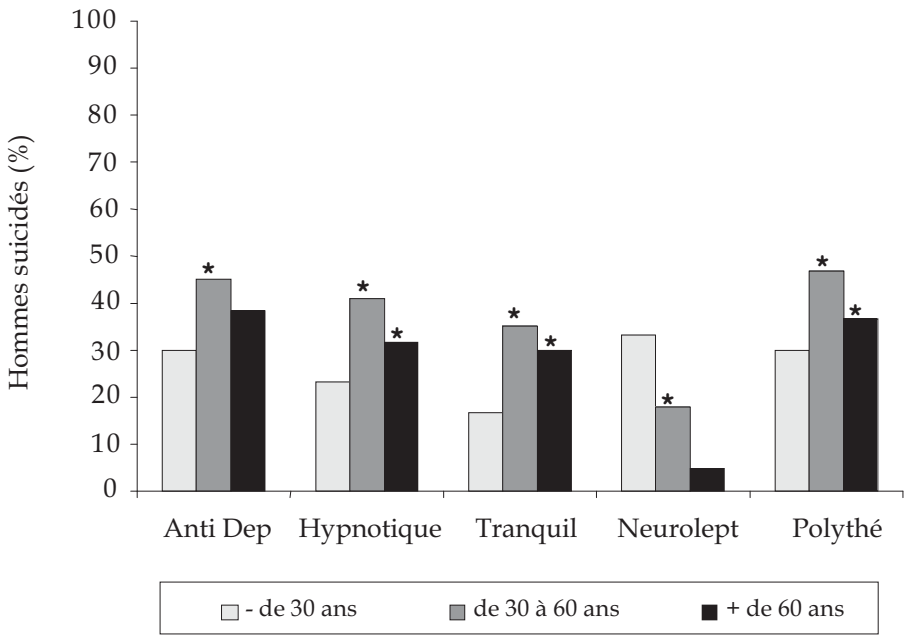


Figure 5 : Traitement psychotrope suivant l'âge chez les hommes

Anti Dep : Antidépresseur ; Tranquil : Tranquilisant ; Neurolept : Neuroleptique ; Polythé : Polythérapie
L'étoile indique une différence significative (p<0,005) entre la population des suicidés et celle des témoins.

Le constat est identique chez les femmes pour lesquelles la prescription d'antidépresseurs est de 77,4 % chez les suicidés alors qu'elle est de 7,48 % dans la population témoin (figure 6).

Environ 36 % des hommes et 48,5 % des femmes ont eu au cours du mois précédant le suicide une augmentation (au moins du double) des prescriptions de psychotropes (figure 7).

La mise en évidence de cette corrélation entre l'augmentation récente de la prescription de psychotropes et l'acte suicidaire est une donnée nouvelle. Cela fait évoquer une aggravation de la symptomatologie diagnostiquée par le thérapeute et donc un risque accru de passage à l'acte ; cela doit rendre vigilants tous les praticiens qui sont amenés, dans le suivi de leur patient, à augmenter de façon significative les doses de psychotropes. Le risque suicidaire est alors important et cela suppose de renouveler fréquemment les consultations, voire d'inciter le patient à se faire hospitaliser ou à consulter un spécialiste s'il ne l'a pas encore fait.

Pour l'ensemble des suicidés, on retient le recours significativement plus fréquent à une hospitalisation (générale ou psychiatrique) dans les 6 mois qui précèdent le geste mortel. Trente sept pour cent des hommes et des

femmes suicidés de 30 à 59 ans, ainsi que 33,8 % de ces mêmes individus de plus de 60 ans ont été hospitalisés au cours des 6 mois précédant le geste fatal, contre respectivement 3,49 % et 9,80 % de la population témoin (figure 8).

Il a été trouvé une différence significative entre les suicidés bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur à la suite d'une ALD, principalement lorsque celle-ci est d'origine psychiatrique, et les autres suicidés. De la sorte, il faut retenir que la mise sous ALD d'un patient, notamment dans les tranches d'âge de 30 à 60 ans, doit s'accompagner d'un suivi spécifique pour prévenir un passage à l'acte suicidaire. Il a même été observé que certains de ces patients n'avaient eu aucune consommation de soins dans les 6 mois précédant le passage à l'acte. Il serait donc nécessaire qu'ils soient suivis plus régulièrement sur le plan médical.

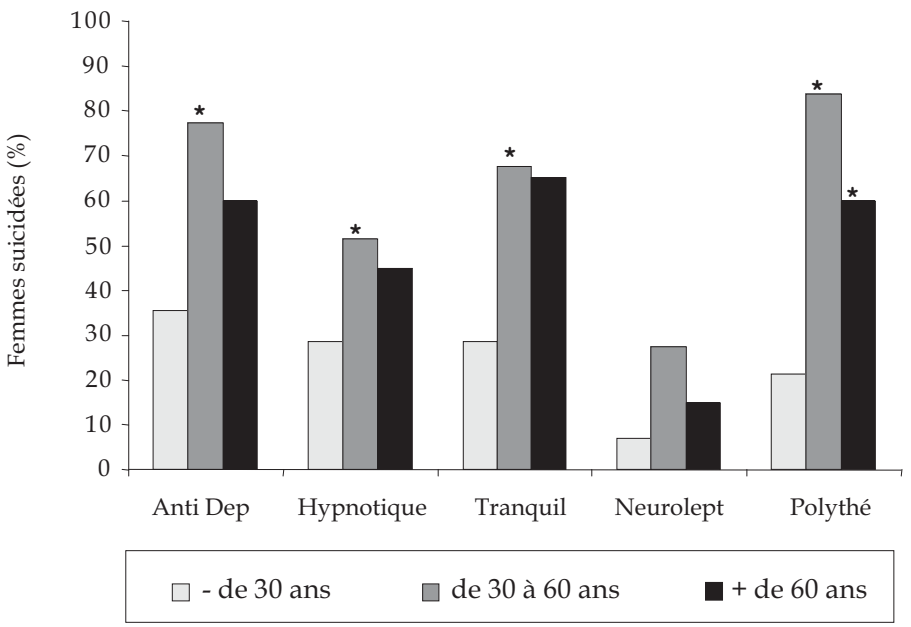


Figure 6 : Traitement psychotrope suivant l'âge chez les femmes

Anti Dep : Antidépresseur ; Tranquil : Tranquilisant ; Neurolept : Neuroleptique ; Polythé : Polythérapie
L'étoile indique une différence significative ($p<0,005$) entre la population des suicidés et celle des témoins.

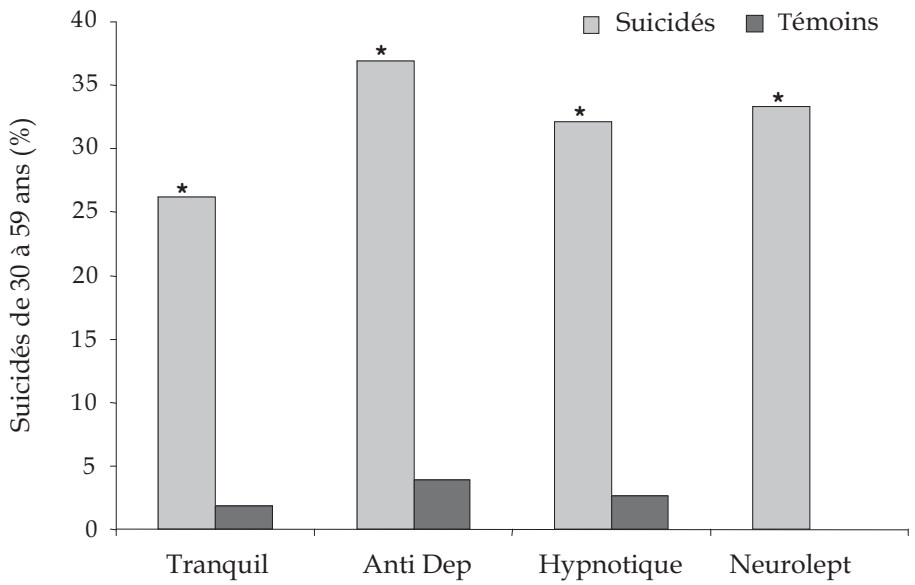


Figure 7 : Augmentation des posologies de psychotropes le mois précédant le suicide chez les suicidés de 30 à 59 ans

Tranquil : Tranquilisant ; Anti Dep : Antidépresseur ; Neurolept : Neuroleptique
L'étoile indique une différence significative (p<0,005) entre la population des suicidés et celle des témoins.

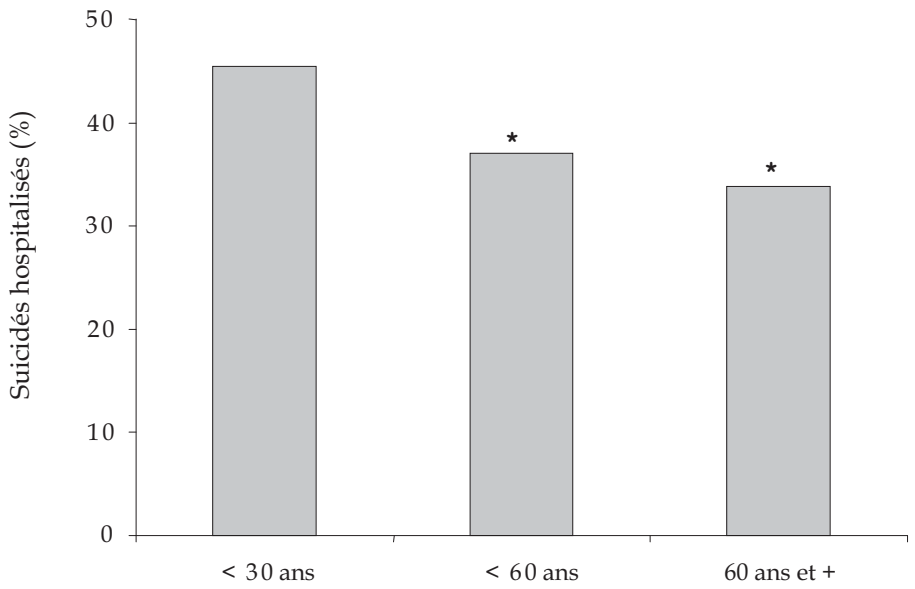


Figure 8 : Hospitalisations chez les suicidés selon l'âge

L'étoile indique une différence significative (p<0,005) entre la population des suicidés et celle des témoins.

De l'ensemble de ces éléments, il ressort que la mortalité suicidaire reste une complication de la psychopathologie suivie médicalement, mais pas toujours par un psychiatre. La prévention du geste passe donc par une meilleure adéquation entre les soins et l'état clinique, mais il faut considérer que dans un grand nombre de cas, le suivi médical ne suffira pas à lui seul à prévenir le passage à l'acte mortel. Les conditions d'environnement (entourage familial, entourage social) auront toute leur importance et la prévention suppose donc la mobilisation et une meilleure coordination entre l'ensemble de ces acteurs.

Les services de médecine légale constituent un lieu d'observation sans équivalent des morts violentes – dans notre cas les morts par suicide – 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 en considérant que l'épidémiologie, l'anthropologie, la toxicologie… sont parties intégrantes de la démarche du médecin légiste comme cela devrait déjà être le cas puisque la qualité de légiste n'enlève rien à celle de médecin, qui doit, selon le code de déontologie « accomplir sa mission dans le double intérêt des personnes et de la santé publique ».

Enfin, 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.

Projet d'étude prospective

À partir des informations qui ont pu être obtenues grâce à l'étude rétrospective mais surtout pour tenir compte des éléments manquants liés à la méthodologie suivie, notamment l'absence totale d'informations concernant les éléments de vie, passés ou contemporains du décès, des personnes suicidées, leur statut toxicologique – en rapport ou non avec les éventuels traitements psychotropes prescrits – et enfin l'absence d'élément d'analyse génétique et neurologique, il serait souhaitable de réaliser une étude prospective qui se donnera les moyens de croiser plusieurs types d'informations à savoir :

- celles contenues dans le dossier médicolégal ;
- celles contenues dans le dossier de l'Assurance maladie, comme c'est déjà le cas pour la recherche précédente, mais en ajoutant des informations complémentaires ;
- une analyse « pharmaco-toxicologique » complète avec recherche dans le sang, les urines et les cheveux (lorsque cela est possible) ;
- une fiche « éléments de vie » standardisée qui sera établie à partir des informations fournies par les proches de la personne décédée lors de leur entretien avec l'équipe médicolégale ;

• une analyse biologique (génétique, neuro-anatomique) réalisée à partir des prélèvements réalisés à l'occasion de l'autopsie (sang, liquide céphalo-rachidien, cerveau…).

Cette étude sera multicentrique et devront y être associés :
• une dizaine de services de médecine légale représentatifs de la diversité française et volontaires pour participer à la recherche. Les décès par suicide seront inclus selon un protocole à préciser (tous les cas, un cas sur 2 ou sur 3 selon le nombre de cas total souhaité) ;
• les services médicaux de l'assurance maladie des mêmes localités ;
• les laboratoires de toxicologie équipés pour la recherche et le dosage de toutes les molécules médicamenteuses, et ce, dans le sang, les urines et les cheveux de façon à suivre l'état toxicologique contemporain au décès et son évolution dans les mois qui ont précédé la mort ;
• les laboratoires de biologie et de génétique compétents ;
• enfin, les épidémiologistes pour le traitement des données recueillies.

Une telle recherche permettra de croiser les éléments à la fois médicaux, biologiques, pharmaco-toxicologiques mais aussi de l'histoire de vie de façon à rechercher les différents facteurs de comorbidité liés à la mort par suicide.

Michel Debout[13]

Service de médecine légale, CHU de Saint-Étienne

BIBLIOGRAPHIE

BONNE E. La santé des suicidés : à propos de 308 patients suicidés recensés dans le Service de médecine légale de Saint-Étienne et l'Institut de médecine légale de Lyon entre le 1er mai 2003 et le 31 octobre 2004. Thèse de médecine, St Étienne, 8 septembre 2005

13. Cette étude a été réalisée en collaboration avec E. Bonne (Service de médecine légale, Saint-Étienne), D. Malicier (Institut de médecine légale, Lyon), P. Beck (Service médical de l'Assurance Maladie, Saint-Étienne) et D. Fasquel (Service médical de l'Assurance Maladie, Lyon).

Annexes

ANNEXE 1

Prélèvements en vue des études biologiques et génétiques

Études biologiques

Les études peuvent porter sur les fluides biologiques (sang, urine, liquide céphalo-rachidien), les cheveux et différents tissus, en particulier cérébraux et adipeux.

Les prélèvements biologiques sont à recueillir dans les 8 heures au maximum après le décès. Les échantillons biologiques sont congelés à –80°C ou en azote liquide, sauf les cheveux (température ambiante).

Tissus cérébraux*

Paramètres	Quantité (mg)	Méthodologie	Sites de recherche Coûts
Récepteurs			
5-HT_{1A}	100	*Binding*	HAMON M
5-HT_{2A}	100	*Binding*	Inserm U 677
5-HT_{2C}	100	*Binding*	CHU Pitié-Salpêtrière, Paris
5-HT_3	100	*Binding*	
5-HT_7	50-100	ARNm (HIS, qRT-PCR)	
Transporteurs			
5-HTT, NAT, DAT	100x3	*Binding*	MAROTEAUX L, GASPAR P Inserm U 616 Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris 500 € x 3 paramètres = 1 500 €
5-HTT, NAT, DAT, GluT VMATs (vésiculaires) (amygdale, hippocampe, nucleus accumbens, cortex frontal)	100	Immuno-localisation Immuno-localisation	MAROTEAUX L, GASPAR P Inserm U 616 Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris 400 € x 5 paramètres = 2 000 €
Enzymes			
MAO A	100	Activité enzymatique	Pr PARINI A Inserm U 388, Toulouse
MAO B		Quantification ARNm	Pr PARINI A Inserm U 388, Toulouse

COMT (nucleus accumbens, striatum, substance noire pars compacta)	50	Activité enzymatique	Pr COSTENTIN J Pharmacologie CHU, Rouen 40 € par échantillon
Couplage protéines G			
$^{[35S]}$GTP-gamma-S	50	Autoradiographie	HAMON M Inserm U 677 CHU Pitié-Salpêtrière, Paris
Neurotransmetteurs			
Kynurénine-tryptophane (IDO) 5-HT, 5-HIAA, DA, DOPAC-3-OMD,	20	CLHP-EC	SPREUX-VAROQUAUX O, MANEGLIER B
HVA	100	CLHP-EC	Pharmacologie PIFO
Glutamate/GABA	100	CLHP-EC	Hôpital de Versailles, Le Chesnay 40 € x 3 paramètres = 120 €

* Raphé, nucleus accumbens, hippocampe, amygdale, hypothalamus, striatum, cortex préfrontal médian, cortex orbito-préfrontal, cortex préfrontal dorsolatéral, cervelet, substance noire pars compacta
5-HT : 5-hydroxytryptamine ou sérotonine ; NA : Noradrénaline ; DA : Dopamine ; MAO : Monoamine oxydase ; VMAT : Transporteurs vésiculaires des monoamines ; COMT : Catéchol-O-méthyltransférase ; 5-HIAA : Acide 5 hydroxy-indolacétique ; DOPAC : Acide dihydroxyphénylacétique ; 3-OMD : 3-O-méthyldopamine ou 3-méthoxytyramine ; HVA : Acide homovanillique ; IDO : Indolamine-2,3-dioxygénase ; GABA : Acide gamma-aminobutyrique
PIFO : Faculté de Médecine Paris-Ile de France-Ouest, Université de Versailles, St Quentin en Yvelines (UVSQ) ; HIS : Hybridation *in situ* ; qRT-PCR : *Quantitative Reverse Transcriptase-Polymerase Chain Reaction* ; CLHP-EC : Chromatographie liquide à haute performance avec détection électrochimique

Autres milieux biologiques

Paramètres	Quantité	Méthodologie	Sites de recherche Coûts
Liquide céphalo-rachidien	1-3 ml		
5-HIAA, HVA		CLHP-EC	SPREUX-VAROQUAUX O
5-HT		CLHP-EC	Pharmacologie PIFO Hôpital de Versailles, Le chesnay 40 € x 2 paramètres = 80 €
Sang	17 à 27 ml		
5-HT plaquettaire	1 ml	CLHP-EC	SPREUX-VAROQUAUX O,
Kynurénine/ Tryptophane (IDO)	1 ml (100 ml plasma)	CLHP-EC	MANEGLIER B Pharmacologie PIFO
5-HIAA, HVA	2 ml (500 ml plasma)	CLHP-EC	Hôpital de Versailles,
Cotinine	3 ml (1 ml plasma)	CLHP-UV	Le Chesnay 40 € x 4 paramètres = 160 €

Médicaments psychotropes, stupéfiants et éthanol	10 à 20 ml	LC-MS/MS, GC/MS et LC/BD	ALVAREZ JC Pharmacologie PIFO Hôpital Raymond Poincaré Garches B 900 = B 800 = B 120 (B = 0,27 €)
Urines	10-20 ml		
5-HT	500 ml	CLHP-EC	SPREUX-VAROQUAUX O
5-HIAA, HVA	250 ml	CLHP-EC	Pharmacologie PIFO
Catécholamines (A+NA+DA)	5 ml (3 ml dosage)	CLHP-EC	Hôpital de Versailles, Le Chesnay
Métanéphrines + 3-OMD (COMT)	3 ml (2 ml dosage)	CLHP-EC	40 € x 5 paramètres = 200 €
PEA	2 ml (1 ml dosage)	CLHP-F	
Cheveux			
Stupéfiants/ benzodiazépines/ antidépresseurs	3 mèches de l'épaisseur d'un crayon coupées au ras du cuir chevelu (dernier mois) et attachées côté racine avec une cordelette	LC-MS/MS (bzp) GC/MS (stup)	ALVAREZ JC Pharmacologie PIFO Hôpital Raymond Poincaré Garches B 400 par substance (opiacé, benzodiazépine…)
Tissu adipeux sous-cutané et interne			
MAO A MAO B SSAO	1 g de tissu adipeux sous-cutané pris dans la région abdominale à 10 cm environ de l'ombilic et à 1 cm de profondeur (ne prélever que du tissu jaune d'aspect très gras, peu conjonctif, et éviter de mettre de la peau) Si possible, prélever également environ 1 gramme de tissu intra-abdominal, soit près du tube digestif soit près du rein	Activité enzymatique	CARPENE C Inserm U 586 Toulouse 100 € par individu (3 mesures)

5-HT : 5-hydroxytryptamine ou sérotonine ; A : Adrénaline ; NA : Noradrénaline ; DA : Dopamine ; MAO : Monoamine oxydase ; COMT : Catéchol-O-méthyltransférase ; 5-HIAA : Acide 5 hydroxy-indolacétique ; 3-OMD : 3-O-méthyldopamine ou 3-méthoxytyramine ; HVA : Acide homovanillique ; IDO : Indolamine-2,3-dioxygénase ; PEA : Phényléthylamine ; SSAO : Semicarbazide-sensitive amine oxidase
PIFO : Faculté de Médecine Paris-Ile de France-Ouest, Université de Versailles, St Quentin en Yvelines (UVSQ) ; HIS : Hybridation *in situ* ; CLHP : Chromatographie liquide à haute performance ; CLHP-EC : Chromatographie liquide à haute performance avec détection électrochimique ; CLHP-UV : Chromatographie liquide à haute performance avec détection ultra-violet ; CLHP-F : Détection en fluorescence ; GC/MS : Chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse ; LC-BD : Chromatographie en phase liquide couplée à une détection par barrette de diodes ; LC-MS/MS : Chromatographie liquide couplée à un spectromètre de masse en tandem

Études génétiques

Ces études concernent des investigations sur l'ADN du sujet pour l'identification de gènes spécifiques et sur l'ARN pour l'analyse du niveau d'expression de ces gènes.

Constitution de banque d'ADN en vue d'analyses de gènes candidats

L'ADN peut être extrait à partir de quasiment tous les tissus biologiques (y compris les cheveux). Le rendement et les difficultés techniques de ces extractions sont cependant très variables d'un tissu à un autre. Le sang total est le milieu biologique offrant le meilleur rendement et le moins de difficultés techniques d'extraction. Le prélèvement doit être réalisé dans les 24 h maximum suivant le décès :
• 20 ml de sang total sur EDTA (éthylène diamine tétra-acétate) pour permettre l'extraction d'ADN simple ;
• 20 ml de sang total sur ACD (*Acid citrate dextrose*, un anticoagulant) pour une mise en culture cellulaire, qui offre une source d'ADN inépuisable.

Une fois prélevés, les échantillons doivent être traités dans les 24 h.

Études du profil d'expression (ARN) de gènes candidats dans les tissus cérébraux

Ces études nécessitent :
• des prélèvements parfaitement caractérisés du point de vue anatomique. En effet, les études s'intéressent aux profils d'expression dans des structures cérébrales précises. Ceci rend le plus souvent nécessaire le prélèvement du cerveau dans son ensemble ;
• des prélèvements dans les 8 h suivant le décès.

Le coût s'élève à 3 € par gène, soit 30 à 300 € par individu, en fonction des polymorphismes étudiés.

ANNEXE 2

Intérêt de certains paramètres neurobiologiques

Analyse des récepteurs couplés à des protéines G par la liaison de [^{35}S]GTP-gamma-S

L'intérêt du marquage avec le [^{35}S]GTP-gamma-S réside dans le fait qu'il est induit par l'activation du complexe récepteur-protéine G par un agoniste. Il donne une indication quantitative de l'efficacité de la première étape de transduction du signal au-delà de la simple liaison de l'agoniste à son récepteur. Cette technique permet de révéler toute modification fonctionnelle (hypo- ou hypersensibilité, *up-* ou *down-regulation*) des récepteurs couplés aux protéines G (Gi/Go).

Le marquage tissulaire avec le [^{35}S]GTP-gamma-S par analyse autoradiographique de la liaison du nucléotide radioactif induite par un agoniste (complet) est réalisable pour les récepteurs 5-HT_{1A} et 5-HT_{1B} (couplés aux protéines G), les récepteurs cannabinoïdes (CB1) et les récepteurs opiacés (mu, delta) (qui sont aussi d'un intérêt potentiel dans les études envisagées).

Activité de l'indolamine-2,3-dioxygénase (IDO) par dosage simultané de kynurénine et tryptophane

Le dosage simultané de kynurénine et tryptophane est réalisé par la mesure de l'activité de l'indolamine-2,3-dioxygénase (IDO) dans le tissu cérébral et le plasma (Maneglier et coll., 2004).

Le tryptophane est un acide aminé essentiel indispensable à la synthèse protéique. Il est également le substrat de deux voies métaboliques indispensables : la voie de synthèse de la sérotonine et la voie des kynurénines.

La voie des kynurénines possède de nombreuses propriétés physiologiques. Dans un contexte de déficit en vitamine B3, elle permet la synthèse du cofacteur cellulaire, le NAD (Moffett et Namboodiri, 2003). Elle joue également un rôle prépondérant dans les phénomènes d'immunotolérance comme la tolérance materno-fœtale. L'activation de la voie des kynurénines permet de limiter localement la prolifération des lymphocytes T régulant ainsi la réponse immunitaire associée. L'activation de cette voie entraîne

une consommation locale du tryptophane biodisponible limitant ainsi la synthèse protéique des lymphocytes T et engendre la production de divers catabolites, dont la kynurénine (Grohmann et coll., 2003). Certains de ces intermédiaires stimulent l'apoptose des lymphocytes T. Cependant, d'autres catabolites, principalement l'acide quinolinique (puissant agoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate ou NMDA) sont connus pour être de puissants neurotoxiques (Guillemin et coll., 2005a).

La première enzyme de cette voie, l'indolamine-2,3-dioxygénase, constitue une étape limitante. Elle peut être activée entre autre par les interférons de type I (IFN-α ou IFN-β) et par les interférons de type II (IFN-γ) (Guillemin et coll., 2001 et 2005b). De par leurs propriétés immunomodulatrices et antivirales, les IFNs de type I, principalement les IFN-α, sont largement utilisés en clinique (hépatite B et hépatite C chronique). Cependant, l'utilisation clinique d'IFN-α engendre de nombreux effets secondaires (Manns et coll., 2001 ; Fried et coll., 2002). Après deux mois de traitement, il est décrit chez près de 30 % des patients des troubles neuropsychiatriques pouvant aboutir à des tentatives de suicide (Anisman et coll., 2002 ; Asnis et coll., 2003). Les origines biologiques de ces phénomènes dépressifs induits par les IFNs ne sont pas clairement définies, mais il semble de plus en plus établi que participerait une activation de l'IDO engendrant une modification du tryptophane biodisponible et/ou une production de métabolites neurotoxiques (Capuron et Ravaud, 1999 ; Capuron et coll., 2003 ; Capuron et Miller, 2004 ; Wichers et coll., 2005). De nombreuses équipes conseillent, préalablement à une mise sous IFN-α, une consultation avec un psychiatre ainsi qu'un traitement par IRS dans certains cas.

Intérêt du dosage de phényléthylamine (PEA)

Ce dosage est un reflet spécifique de l'activité MAO B. Il se fait au niveau urinaire.

En conclusion, dans les études sur le suicide *post mortem*, les trois déterminations neurobiologiques détaillées ci-dessus ainsi que la détermination du *binding* des récepteurs 5-HT_3 et 5-HT_7, de l'immuno-localisation des transporteurs 5-HTT, NAT, DAT, GluT et VMATs (vésiculaires), des activités enzymatiques MAO A, MAO B et COMT et la détermination de l'axe glutamate-GABA n'ont jamais été réalisées. Par ailleurs, la détermination dans les autres milieux biologiques périphériques des différents paramètres biologiques et génétiques apporte un intérêt évident par sa faisabilité *in vivo* si ces paramètres peuvent être identifiés comme des facteurs associés au suicide.

BIBLIOGRAPHIE

ANISMAN H, KOKKINIDIS L, MERALI Z. Further evidence for the depressive effects of cytokines: anhedonia and neurochemical changes. *Brain Behav Immun* 2002, **16** : 544-556

ASNIS GM, DE LA GARZA R, KOHN SR, REINUS JF, HENDERSON M, SHAH J. IFN-induced depression: a role for NSAIDs. *Psychopharmacol Bull* 2003, **37** : 29-50

CAPURON L, RAVAUD A. Prediction of the depressive effects of interferon alfa therapy by the patient's initial affective state. *N Engl J Med* 1999, **340** : 1370

CAPURON L, MILLER AH. Cytokines and psychopathology: lessons from interferon-alpha. *Biol Psychiatry* 2004, **56** : 819-824

CAPURON LG, NEURAUTER DL, MUSSELMAN DH, LAWSON CB, NEMEROFF D, et coll. Interferon-alpha-induced changes in tryptophan metabolism. Relationship to depression and paroxetine treatment. *Biol Psychiatry* 2003, **54** : 906-914

FRIED MW, SHIFFMAN ML, REDDY KR, SMITH C, MARINOS G, et coll. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2002, **347** : 975-982

GROHMANN U, FALLARINO F, PUCCETTI P. Tolerance, DCs and tryptophan: much ado about IDO. *Trends Immunol* 2003, **24** : 242-248

GUILLEMIN GJ, KERR SJ, PEMBERTON LA, SMITH DG, SMYTHE GA, et coll. IFN-beta1b induces kynurenine pathway metabolism in human macrophages: potential implications for multiple sclerosis treatment. *J Interferon Cytokine Res* 2001, **21** : 1097-1101

GUILLEMIN GJ, KERR SJ, BREW BJ. Involvement of quinolinic acid in AIDS dementia complex. *Neurotox Res* 2005a, **7** : 103-123

GUILLEMIN GJ, SMYTHE G, TAKIKAWA O, BREW BJ. Expression of indoleamine 2,3-dioxygenase and production of quinolinic acid by human microglia, astrocytes, and neurons. *Glia* 2005b, **49** : 15-23

MANEGLIER M, ROGEZ-KREUZ C, CORDONNIER P, THEROND P, CLAYETTE P, SPREUX-VAROQUAUX O. Simultaneous measurement of kynurenine and tryptophane in human plasma and supernatants of cultured human cells by HPLC with coulometric detection. *Clinical Chemistry* 2004, **50** : 2166-2168

MANNS MP, MCHUTCHISON JG, GORDON SC, RUSTGI VK, SHIFFMAN M, et coll. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001, **358** : 958-965

MOFFETT JR, NAMBOODIRI MA. Tryptophan and the immune response. *Immunol Cell Biol* 2003, **81** : 247-265

WICHERS MC, KOEK GH, ROBAEYS G, VERKERK R, SCHARPE S, MAES M. IDO and interferon-alpha-induced depressive symptoms: a shift in hypothesis from tryptophan depletion to neurotoxicity. *Mol Psychiatry* 2005, **10** : 538-544

ANNEXE 3

Liste des services de médecine légale pratiquant des examens *post mortem*

Lille

Institut de médecine légale et de médecine sociale

Professeur Didier GOSSET
Professeur Valéry HEDOUIN
Place de Verdun
59035 Lille
Tél. : (33) 3 20 62 35 01
Fax : (33) 3 20 62 35 12
mél : didier.gosset@univ-lille2.fr
mél : valery.hedouin@univ-lille2.fr

Amiens

Professeur Olivier JARDE
Hôpital Nord
Place Victor Pauchet
80054 Amiens Cedex 1
Tél. : (33) 3 22 66 83 84
Fax : (33) 3 22 66 85 80
mél : jarde.olivier@chu-amiens.fr

Paris V - Ouest – Garches

Service anatomie et cytologie pathologiques - médecine légale

Professeur Michel DURIGON
Hôpital Raymond Poincaré
92380 Garches
Tél. : (33) 1 47 10 76 80
Fax : (33) 1 47 10 76 83
mél : michel.durigon@rpc.ap-hop-paris.fr

Paris XII

Institut de médecine légale de Paris

Professeur Dominique LECOMTE
2, place Mazas
75012 Paris
Tél. : (33) 1 44 75 47 00
Fax : (33) 1 44 75 47 15

Évry

Docteur Philippe WERSON
UCMG Service médecine légale
Centre hospitalier sud francilien
Quartier du canal
3 rue Pont Amar
Courcouronnes
91014 Evry cedex
Tél. : (33) 1 60 87 50 48
Fax : (33) 1 60 77 98 89

Reims

Service de médecine légale - Faculté de médecine

Professeur Mary-Hélène BERNARD
51, rue Cognacq Jay
51095 Reims Cedex
Tél. : (33) 3 26 91 83 50
Fax : (33) 3 26 91 83 50

Nancy

Service de médecine légale et droit de la santé

Professeur Henry COUDANE
Faculté de Médecine
9, Avenue de la forêt de la Haye
BP 184
54505 Vandoeuvre-les-Nancy Cedex
Tél. : (33) 3 83 68 37 10
Fax : (33) 3 83 68 37 19
mél : Henry.Coudane@wanadoo.fr

Strasbourg

Institut de médecine légale

Professeur Bertrand LUDES
11, rue Humann
67000 Strasbourg Cedex
Tél. : (33) 3 88 24 91 20
Fax : (33) 3 88 35 67 58
mél : Bertrand.LUDES@iml-ulp.u-strasbourg.fr

Besançon

Service de médecine légale

Professeur Jean-Luc CHOPARD
Hôpital Saint-Jacques
Place Saint-Jacques
25000 Besançon
Tél. : (33) 3 81 21 83 94
Fax : (33) 3 81 21 83 11
mél : jean-luc.chopard@ufc-chu.univ-fcomte.fr

Dijon

Service de médecine légale

Professeur Irène FRANÇOIS
Hôpital Général
3, rue du Faubourg Raines
BP 1519
21033 Dijon Cedex
Tél. : (33) 3 80 29 39 16
Fax : (33) 3 80 29 30 16
mél : irene.francois@chu-dijon.fr

Lyon

Institut de médecine légale

Professeur MALICIER
12 Avenue Rockefeller
69008 Lyon
Tél. : (33) 4 78 78 56 12
Fax : (33) 4 78 78 56 23

Grenoble

Unité de médecine légale

Professeur Luc BARRET
CHU de Grenoble
BP 217
38043 Grenoble Cedex 9
Tél. : (33) 4 76 76 55 14
Fax : (33) 4 76 76 51 77
mél : Luc.Barret@ujf-grenoble.fr

Clermont-Ferrand

Institut régional de médecine légale

Professeur Thierry W FAICT
78, Place Henri Dunant
63001 Clermont-Ferrand
Tél. : (33) 4 73 17 82 80
Fax : (33) 4 73 17 82 82
mél : tfaict@chu-clermontferrand.fr

Saint-Étienne

Service de médecine légale

Professeur Michel DEBOUT
Hôpital Bellevue
42055 Saint-Étienne Cedex 2
Tél. : (33) 4 77 12 05 23
Fax : (33) 4 77 42 04 62

Tours

Institut médicolégal

Docteur Patrick O'BYRNE
Hôpital Trousseau
Avenue de la République
Chambray-les-Tours
37044 Tours Cedex 1
Tél. : (33) 2 47 47 75 55
Fax : (33) 2 47 47 75 77
mél : iml-tours@chu-tours.fr
mél : p.obyrne@chu-tours.fr

Limoges

Laboratoire de médecine légale

Professeur Claude PIVA
Président de la société de médecine légale et de criminologie de France
2, rue du Docteur Marcland
87025 Limoges Cedex
Secrétariat : Madame AUTHIER
Tél. : (33) 5 55 43 58 03
Fax : (33) 5 55 43 58 01
mél : martin@alpha1.unilim.fr (mél du Professeur PIVA)

Toulouse

Service médecine légale

Professeur Daniel ROUGE
CHU Rangueil
1 Avenue Jean Poulhès
31403 Toulouse Cedex 4
Tél. : (33) 5 61 32 29 54
Fax : (33) 5 61 32 21 77
mél : rouge.d@chu-toulouse.fr

Montpellier

Service de médecine légale

Professeur Éric BACCINO
Hôpital Lapeyronie
371, Av. du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier Cedex 5
Tél. : (33) 4 67 33 85 86
Fax : (33) 4 67 33 89 91
mél : e-baccino@chu-montpellier.fr

Marseille

Service de médecine légale

Professeur François CIANFARANI
Professeur Georges LEONETTI
CHU Timone
264 rue St Pierre
13385 Marseille Cedex 5
Tél. : (33) 4 91 38 63 89
Fax : (33) 4 91 92 33 31

Nice

Laboratoire de médecine légale et Anthropologie médicolégale

Department of Forensic Pathology and Forensic Anthropology
Professeur Gérald QUATREHOMME
Faculté de médecine
Avenue de Valombrose
06107 Nice Cedex 2
Tél. : (33) 4 93 37 76 82
Fax : (33) 4 92 03 81 48
mél : gquatreh@unice.fr

Bordeaux

Laboratoire de médecine légale, éthique et droit médical

Site Pellegrin
Professeur Sophie GROMB
Université Victor Segalen Case 102
33076 Bordeaux cedex
Tél. : (33) 5 56 79 98 05
Fax : (33) 5 56 79 98 06
mél : medecine.legale@u-bordeaux2.fr

Poitiers

Service de médecine légale

Docteur Michel SAPANET
CHU
BP 577
86021 Poitiers Cedex
Tél. : (33) 5 49 44 44 47
Fax : (33) 5 49 44 41 32
mél : m.sapanet@chu-poitiers.fr

Angers

Service de médecine légale

Professeur Michel PENNEAU
CHRU d'Angers
4, rue Larrey
49033 Angers Cedex 01
Tél. : (33) 2 41 35 38 07
Fax : (33) 2 41 35 42 47
mél : MiPenneau@chu-angers.fr

Rouen

Institut de médecine légale

Professeur Bernard PROUST
CHU Rouen
1, rue de Germont
76031 Rouen Cedex
Tél. : (33) 2 32 88 82 84
Tél. : (33) 2 32 88 86 73
Fax : (33) 2 32 88 86 76
mél : Bernard.Proust@chu-rouen.fr

Nantes

Laboratoire de médecine légale

Professeur Olivier RODAT
Faculté de Médecine
1, rue Gaston Veil
44035 Nantes
Tél. : (33) 2 40 41 28 33
Fax : (33) 2 40 20 32 08
mél : olivier.rodat@chu-nantes.fr

Rennes

Laboratoire de médecine légale

Professeur Mariannick LE GUEUT-DEVELAY
Faculté de Médecine
2, Avenue du Pr Léon Bernard
35043 Rennes Cedex
Tél. : (33) 2 99 33 69 72
Fax : (33) 2 99 59 30 55
mél : legueut@sunaimed.univ-rennes1.fr

ANNEXE 4

Évaluation budgétaire de l'étude au Nouveau-Brunswick

Éléments du projet	Coût en dollars canadiens	Coût approximatif en euros**
Coûts de personnel		
Coordination de la recherche	52 000	35 000
Responsable du recrutement	52 000	35 000
Assistant de recherche (soutien et supervision des interviewers, relecture des anamnèses…)	45 000	30 000
Interviewers : Une personne par région sanitaire, soit 7 régions Chaque interviewer devra être libéré 10 à 12 heures par semaine Charges des interviewers : - réaliser la totalité des entrevues au domicile des familles ; - faire un suivi téléphonique avec les personnes endeuillées suite aux entrevues ; - assurer les interventions nécessaires si les personnes sont en détresse ; - rédiger une anamnèse selon les critères de l'étude (symptomatologie pour les SCID I et II, trajectoire de vie et trajectoires des services reçus)	96 000 (Évaluation approximative)	64 000
Membres du panel pour la recherche sur les services Les membres (psychiatre, travailleuse communautaire, directrice du programme des soins aigus) devront être libérés environ 1 journée et demie par semaine	150 000 (Évaluation approximative)	100 000
Proxy* (pour groupe II : 30 cas)	30 000	20 000
Entrée et analyses des données : - entrée des données par une étudiante 1 jour/semaine=5 500 $ - analyses des données (expertise)=15 000 $	20 500	13 500
Formation : Formation à l'administration des questionnaires cliniques, rédaction de rapport, suivi et validation	5 000	3 300
Coûts de fonctionnement		
Frais de déplacement (déplacement, hôtels...) : - déplacements des chercheurs X 12=12 000 $ - déplacements des interviewers=4 000 $ - déplacements pour la formation X 2=2 000 $ - déplacements du panel d'experts Montréal - Fredericton X 6=6 000 $	24 000	16 000
Autres dépenses Téléphone, instruments de mesure, photocopies, enregistreuses, cassettes...	10 000	6 500
Total coût (évaluation approximative)	484 500	323 300

* Le « proxy » est un échantillon de comparaison qui permet une validation de la méthodologie. Comme la méthode d'autopsie psychologique est une investigation au sujet d'une personne décédée auprès de ses proches, la même méthode d'investigation est conservée pour le groupe témoin (groupe ayant fait une tentative de suicide sévère). Ce groupe témoin est alors utilisé comme mesure de validation en prenant un sous-échantillon (n=30), et en plus d'interroger les proches, la même investigation est réalisée auprès du sujet lui-même. Ceci permet de vérifier l'écart entre les données obtenues auprès des proches et celles obtenues auprès du sujet lui-même.

** Sur la base d'un Euro équivalant à 1,5 dollars canadiens.

Imprimé par JOUVE, 11, boulevard de Sébastopol, 75001 PARIS
N° 455995E — Dépôt légal : Mai 2008

Expertise opérationnelle

Autopsie psychologique

Mise en œuvre et démarches associées

Véritable méthode d'investigation scientifique s'inscrivant dans le cadre de travaux de recherche, l'autopsie psychologique vise à identifier les facteurs de risque, les événements précipitants ainsi que les interactions complexes entre les différents facteurs susceptibles d'être impliqués dans le geste suicidaire. Son principe repose sur l'analyse rétrospective du parcours psychologique, social et médical de sujets décédés par suicide.

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

À la demande de la Direction générale de santé (DGS), l'Inserm a réalisé une expertise opérationnelle permettant de définir des grands principes et les pré-requis pour le développement de recherches utilisant l'autopsie psychologique et d'établir un cahier des charges pour une bonne pratique de cette méthode.

Prix : 18 €

ISBN 978-2-85598-864-0
ISSN 1264-1782

Inserm

www.inserm.fr

Inserm
Autopsie psychologique Mise en œuvre et démarches associées
Expertise opérationnelle