

## 3

## Principes et méthodologie de l'autopsie psychologique

Dès le milieu du XIX<sup>e</sup> 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 médico-légal (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 médico-légales 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 médico-légal 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 3.1 : Exemples d'instruments utilisés dans l'autopsie psychologique et validés en France**

Champ d'investigation	Questionnaires	Sources
Activité socioéconomique	<i>Social Network index</i> (Berkman, 1983)	Hawton et coll., 2001
	<i>Activity of daily living and Physical of self maintenance scale</i> (Lawton et Brody, 1969 ; Elley et Irving, 1976)	Conner et coll., 2003
Fonctionnement	<i>Global Assessment of Functioning scale</i> (GAF) (axe V du DSM-IV)	Harwood et coll., 2001
	<i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i> (IQCODE) (Jorm, 1994)	Forman et coll., 2004
Événements de vie	<i>Social readjustment rating scale</i> (Holmes et Rahe, 1967 ; Brugha et Cragg, 1990)	Duberstein et coll., 1994
	<i>Interview for recent life events</i> (Paykel et coll., 1971)	Lesage et coll., 1994
	<i>Louisville Older Persons Events scale</i> (Murrell et coll., 1983)	Hawton et coll., 2001
	<i>Life History Calendar</i> (Caspi et coll., 1996)	Conner et coll., 2003
	<i>ALPHI-Adult Life Phase Interview</i> (Bifulco et coll., 2000)	
Trouble mental	DSM-III-R et/ou DSM-IV et/ou CIM-10	Lesage et coll., 1994
	SCID (Spitzer et coll., 1986)	Conwell et coll., 1996
	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children</i> (SADS) (Chambers et coll., 1985)	Alexopoulos et coll., 1999
		Hawton et coll., 2001
		Conner et coll., 2003
Dépression	<i>Hamilton Rating scale</i> (Hamilton, 1960)	Forman et coll., 2004
	<i>Montgomery and Asberg Depression Rating Scale</i> (MADRS) (Asberg et coll., 1976)	Duberstein et coll., 1994
		Lynch et coll., 1999
Troubles de la personnalité	<i>NEO-Personality inventory, Personality Assessment Schedule</i> (PAS) (Tyrer et coll., 1988)	Forman et coll., 2004
	<i>Structured assessment of personality</i> (Mann et coll., 1981)	Duberstein et coll., 1994
	<i>Personality Assessment Schedule</i> (PAS-R)	Hawton et coll., 2001
Profil psychologique	<i>Diagnostic Interview for children and adolescents</i> (Herjanic et Campbell, 1977)	Shafii et coll., 1988
Impulsivité	Questionnaire d'Eysenck (Eysenck et Eysenck, 1977)	Hawton et coll., 2001
Agressivité	Échelle de Barratt (BIS-10) (Barratt, 1985 ; Baylé et coll., 2000)	
Hostilité	Plutchik et van Praag, 1986	
	Brown et coll., 1979 et 1982	
	Buss et Durkee, 1957	
Intention suicidaire, Idéation	<i>Suicide Intention Scale</i> (SAS) (Beck et coll., 1974)	Lesage et coll., 1994
	<i>Suicide ideation</i>	Conwell et coll., 1996
	<i>Diagnostic Interview Schedule</i> (DIS)	Lynch et coll., 1999
Utilisation du système de soins		Forman et coll., 2004
	<i>Cumulative Index Rating Scale</i> (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, Editions 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 personality. *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 Psychiatry* 1971, **25** : 340-347

PLUTCHIK R, VAN PRAAG HM. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *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, FERGUSON 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