

Autopsie psychologique sur le terrain : l'expérience lilloise

L'autopsie psychologique consiste en une analyse rétrospective systématique concernant les sujets décédés par suicide. Celle-ci doit permettre de reconstituer les circonstances psychologiques du suicide (Cochez et coll., 1998), établir une véritable biographie médico-psychologique du suicidé et, dans la mesure du possible, poser un diagnostic psychiatrique rétrospectif (Bourgeois, 1996).

Ce recueil d'informations est particulièrement utile sur le plan épidémiologique et psychopathologique du suicide. C'est une source exploitable pour sa compréhension et sa prévention. De plus, outre son intérêt scientifique, l'autopsie psychologique permet d'offrir une écoute bienveillante (Elchardus et coll., 1986) et souvent thérapeutique à « ceux qui restent » (entourage du défunt) en assurant une fonction de *debriefing* (Debout, 1993a, 1993b, 1995).

Méthodologie de l'autopsie psychologique

Un entretien est mené par un ou plusieurs psychiatres et construit avec les proches de la personne décédée par « suicide présumé ». La rencontre peut se faire avec la famille mais également avec des amis, le médecin traitant, éventuellement le psychiatre du défunt (Isometsä, 2001). L'information recueillie à partir de cet entretien peut être complétée par les renseignements inscrits sur le certificat de décès et sur les divers dossiers médico-psychiatriques de la victime (Hawton et coll., 1998).

La technique la plus souvent employée consiste en la réalisation d'un entretien semi-structuré. Le contenu de ce dernier varie selon les études. Gustafsson et Jacobsson (2000) proposent de relever les éléments suivants : les détails sur le mode de vie de la personne décédée (âge, statut marital, profession, contexte social, histoire familiale, éducation...), les antécédents personnels et familiaux de comportements suicidaires, de troubles liés à l'utilisation de substances (alcool...) et de pathologies psychiatriques (Harris et Barraclough, 1997), les événements de vie anciens et récents, les éventuels symptômes somatiques et/ou psychiatriques présents peu de temps avant le décès. En fin d'entretien, il propose aux proches d'évoquer les causes de suicide hypothétiques et leur demande quels auraient pu être, selon eux, les moyens utilisés pour prévenir ce suicide.

Le moment de l'entretien est variable selon les études mais Beskow et coll. (1990) conseillent de le réaliser dans un intervalle de 2 à 6 mois suivant le décès pour obtenir un maximum d'informations. Le comité d'éthique médical recommande de ne pas contacter les proches avant 4 semaines (Beskow et coll., 1990).

Principaux résultats issus de la littérature

L'autopsie psychologique s'est progressivement développée au cours de ces trente dernières années et a servi d'approche méthodologique pour de nombreuses études (Lemperière, 2000). Les premières études y faisant référence sont celles de Robins et coll. (1959, Saint Louis, États-Unis), Dorpat et Ripley (1960, Seattle, États-Unis), Barraclough et coll. (1974, Southampton, Royaume-Uni).

Robins et coll. (1959) mettent déjà en évidence dans cette première étude rétrospective sur le suicide que 94 % des suicidés souffrent de troubles psychiatriques, en particulier de troubles de l'humeur et/ou d'alcoolisme chronique. Barraclough et coll. (1974) retrouvent également des chiffres élevés et comparables de troubles psychiatriques avec 90 % de diagnostics rétrospectifs de dépression et/ou d'alcoolisme chronique sur un échantillon de 100 suicidés. Comme Dorpat et Ripley (1960), l'équipe de Barraclough (1960) évalue les antécédents de tentatives de suicide à 33 %.

Les études plus récentes rapportent des chiffres similaires à ceux de ces trois études de références. Conwell et coll. (1996), dans une étude de 1992, montrent, à partir d'une série de 141 autopsies psychologiques réalisées que 90,1 % des suicidés présentent un diagnostic sur l'axe I du DSM-III-R au moment de leur décès, avec une sur-représentation des troubles de l'humeur et des troubles liés à l'utilisation d'une substance ; 46,8 % de troubles de l'humeur (dont 27,7 % d'épisode dépressif majeur [EDM]) ; 63,1 % de troubles liés à l'utilisation d'une substance (dont 56 % liés à l'alcool) ; 15,6 % de schizophrénie et autres troubles psychotiques. Enfin, ils mettent en évidence une corrélation entre l'âge de décès des suicidés et le diagnostic porté sur l'axe I, les personnes âgées présentant un EDM étant un groupe particulièrement à risque de suicide.

Foster et coll. (1999) dans une étude cas-témoins portant sur 117 suicidés et 117 sujets décédés appariés sur l'âge, le sexe et le statut marital, démontrent également l'ampleur des troubles cliniques sur l'axe I du DSM-III-R chez les personnes au moment de leur suicide (86 % de diagnostics posés). Mais ils s'intéressent également à l'axe II du DSM-III-R et retrouvent une prévalence des troubles de la personnalité significativement augmentée dans le groupe des suicidés (principalement personnalité anti-sociale, évitante et dépendante) ; le risque suicidaire étant multiplié par 15 en présence d'au moins un trouble de l'axe II.

Appleby et coll. (1999) dans leur étude cas-témoins (84 suicidés de moins de 35 ans / 64 sujets témoins vivants, appariés sur l'âge et le sexe) relèvent également 90 % de troubles psychiatriques chez les sujets suicidés et constatent que les victimes de suicide ont des taux significativement plus importants de chômage, d'isolement psychosocial, de déménagement dans l'année, d'événements de vie à type de conflit dans la semaine précédant le suicide, d'histoire parentale de séparation et de maltraitance pendant l'enfance.

Houston et coll. (2001) en comparant les autopsies psychologiques de 27 jeunes victimes de suicide (25 jeunes hommes et 2 jeunes filles, âgés de 15 à 24 ans) à un groupe témoin de 22 jeunes hommes appariés sur l'âge aux antécédents de tentatives de suicide, mettent en évidence 70,4 % de troubles psychiatriques chez les suicidés en notant que 59,3 % avaient communiqué leur intention suicidaire à des proches dans l'année ; seulement 26,7 % des sujets présentant un trouble de l'humeur (55,5 % des suicidés) étaient traités par un anti-dépresseur au moment du décès. De plus chez ces derniers, 75 % avaient un traitement sous-dosé ou inadapté.

Enfin, Cheng et coll. (2000) relèvent dans une étude cas-témoins de 113 sujets (113 suicidés / 226 témoins vivants appariés sur l'âge, le sexe, l'ethnie et le lieu de vie), 5 facteurs de risque suicidaire majeurs :

- événement de perte ;
- EDM selon la CIM 10 ;
- antécédents familiaux de comportement suicidaire ;
- troubles de la personnalité (émotionnellement instable) ;
- dépendance aux substances.

Ils proposent alors d'intervenir sur ces 5 facteurs en insistant tout particulièrement sur la prise en charge des sujets confrontés à un événement de perte et souffrant d'EDM.

Approche lilloise de l'autopsie psychologique

Notre appréhension de l'autopsie psychologique se fait dans le cadre d'un double travail préliminaire portant sur la mort par suicide. La première partie de ce travail consiste en la réalisation d'une étude que nous menons sur les données épidémiologiques et psychopathologiques du suicide. Il s'agit d'une étude longitudinale prospective se déroulant sur la région lilloise de septembre 2001 à septembre 2002 en collaboration avec l'Institut de médecine légale de Lille. Avec l'aide des médecins légistes, nous établissons un recueil de données concernant chaque sujet décédé par suicide à partir d'un questionnaire (annexe 8). Ce dernier est complété lors de la levée de corps (examen du corps sur les lieux de la découverte du cadavre) ou de l'examen externe (examen du corps dans une morgue d'hôpital ou de celle de l'Institut de Médecine Légale).

Ce questionnaire nous permet d'obtenir les informations principales : renseignements généraux (nom, âge, statut marital et professionnel), les antécédents médico-psychiatriques personnels et familiaux, le contexte de vie, les caractéristiques du suicide. La dernière partie du questionnaire demande d'évaluer le caractère expliqué ou inexpliqué du suicide. En cas de suicide inexpliqué, une autopsie psychologique sera proposée à la famille. C'est la deuxième partie de notre travail.

Après un an d'étude, sur 387 décès avec obstacle médico-légal à l'inhumation, nous avons recensés 167 suicides (66 % expliqués et 34 % inexpliqués). Sur les 56 suicides inexpliqués, 6 familles (soit 10 %) nous ont recontactés et ont accepté de participer à l'autopsie psychologique de leur proche. On retrouve à travers ces six autopsies psychologiques les données de la littérature (toutes les personnes avaient des conflits récents, des troubles psychiatriques et de probables troubles de la personnalité).

Premières réflexions et remarques

Une première remarque intéressante : les proches du défunt, lors de levées de corps effectuées par un médecin à la fois légiste et psychiatre, ont été favorables à une entrevue avec celui-ci. Deux explications peuvent être avancées à cela. D'une part, ils comprennent avec une certaine acuité que le travail du légiste lors de ses constatations médico-légales doit s'entourer de toutes les précautions avant de conclure à l'éventualité d'un suicide comme ayant été à l'origine de la mort. Le légiste ne peut se contenter des premières données de l'enquête policière sur les « mobiles » du geste autolytique (souvent pas suffisamment approfondies). D'autre part, ayant connaissance des différentes compétences professionnelles de son interlocuteur, l'entourage s'appuie sur l'écoute bienveillante et attentive de celui-ci et exprime alors spontanément son vécu quant au passage à l'acte du défunt.

Deux difficultés semblent s'imposer. La première est que les médecins légistes sont souvent réticents à proposer l'autopsie psychologique. Plusieurs facteurs paraissent pouvoir nous éclairer sur ce point : d'une part, ils sont peu formés à la psychiatrie et trouvent alors cette technique invasive ; d'autre part, ils sont finalement peu habitués à la confrontation avec l'entourage du défunt les renvoyant alors paradoxalement au réel de la mort, source d'angoisse. La deuxième difficulté est que l'entourage, dans une grande majorité des cas, ne connaît pas l'équipe psychiatrique vers laquelle on lui propose de se rapprocher, ce qui paraît être un obstacle majeur dans une telle démarche. En effet, les seules autopsies psychologiques réalisées jusqu'à présent dans notre étude, l'ont été à l'occasion de levées de corps effectuées par un médecin légiste, psychiatre de formation, qui a ainsi eu un contact direct avec les proches, au moment de la constatation du décès sur les lieux de découverte du cadavre. De même, aucune autopsie psychologique n'a pu être réalisée lorsqu'il n'était pratiqué que des examens externes où seule la police proposait à la famille de rencontrer un psychiatre, renforçant cette hypothèse explicative.

D'autres difficultés sont rencontrées. Lors de la levée de corps ou de l'examen externe, la fiche de renseignement est très souvent peu renseignée et ne permet pas de proposer une hypothèse probante sur les motivations du passage à l'acte du suicidé, renforçant ainsi l'intérêt d'une démarche d'autopsie psychologique. Il semble difficile de proposer aux familles la participation éventuelle d'amis ou d'autres proches (collègues de travail) dans une démarche qu'ils estiment (non sans raison) réservées aux « intimes ». Cependant, certains cas ont bien évidemment une réponse hors du milieu familial et rendent l'autopsie psychologique auprès de la famille peu contributive. La réalisation d'une autopsie psychologique demande du temps. Un seul entretien paraît insuffisant. Le premier entretien est seulement l'occasion d'une verbalisation d'un vécu personnel de l'acte auto-agressif du défunt qu'il faut permettre alors d'exprimer dans une fonction de *debriefing*. Réalisé sur les lieux de découverte du cadavre (domicile du défunt), le premier entretien paraît être très contributif. Il devrait cependant être complété par un autre entretien (voire davantage) à distance, notamment après les funérailles, l'entourage étant toujours mobilisé et en demande de compréhension et d'aide.

Il paraît important d'associer l'autopsie psychologique à une autopsie médico-légale du corps avec possibilité de pouvoir communiquer les résultats de cette dernière avec l'accord du Parquet. Cette démarche permet en effet de pouvoir donner les causes précises de la mort et de répondre aux questions des proches notamment sur la souffrance physique du suicidé occasionnée par son geste autolytique.

Le cadre de l'autopsie psychologique reste à préciser car elle pose notamment des problèmes éthiques. Le cadre civil (assurance-vie) semble difficile car il y a des enjeux financiers qui la sous-tendent, une telle démarche paraissant alors critiquable. Le cadre pénal seul paraît lui aussi peu satisfaisant. En effet, si le contexte de l'enquête médico-légale rend assez légitime la réalisation d'une autopsie psychologique en recherche des causes de la mort, la rencontre avec la famille peut être vécue comme intrusive et être source d'un second traumatisme. En fait, associer un cadre privé à celui médico-légal peut être la meilleure solution. Le premier permettrait de laisser un libre choix à l'entourage d'accepter la proposition qui leur est faite d'entamer une réflexion, une tentative de compréhension du geste du suicidé, réservant le second aux suicides dits inexplicables (c'est-à-dire ceux où l'on ne retrouve pas d'argument pour expliquer le passage à l'acte après recueil des premières données biopsychosociales) où se pose la question d'un homicide masqué avec une acuité plus importante.

En conclusion, l'autopsie psychologique est un outil précieux dans l'étude du suicide mais de réalisation difficile dans la pratique actuelle des professionnels de santé. Les difficultés paraissent liées en partie à des moyens très insuffisants mais elles semblent surtout secondaires à la méconnaissance de

cette pratique tant par les familles concernées que par les professionnels de santé qui sont alors peu enclins à y participer. Un travail d'information et de formation permettant une meilleure compréhension d'une telle démarche pourrait être le garant d'une acceptation des différentes personnes éventuellement impliquées et du développement de l'autopsie psychologique.

Vincent Dubreu

Clinique Michel Fontan, CHRU, Lille

Guillaume Vaiva

Inserm U513, Créteil, Clinique Michel Fontan, CHRU, Lille

BIBLIOGRAPHIE

- APPLEBY L, COOPER J, AMOS T, FARAGHER B. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br J Psychiatry* 1999, **175** : 168-174
- BARRACLOUGH B, BUNCH J, NELSON B, SAINSBURY P. A hundred cases of suicide : clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974, **125** : 355-373
- BESKOW J, RUNESON B, ASGARD U. Psychological autopsies Methods and ethics. *Suicide Life-Threat Behav* 1990, **20** : 307-323
- BOURGEOIS ML. Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide. *Encéphale* 1996, SpIV : 46-51
- CHENG A, CHEN T, CHEN CC, JENKINS R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 360-365
- COCHEZ F, CHAPENOIRE S, BÉNÉZECH M, TIGNOL J. Suicide complexe et autopsie psychologique : à propos d'un cas. *Annales Médico-Psychologique* 1998, **156** : 640-646
- CONWELL Y, DUBERSTEIN PR, COX C, HERRMANN JH, FORBES N, CAINE E. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide : a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996, **153** : 1001-1007
- DEBOUT M. Le suicide. *Journal Officiel* 1993a : 7-99
- DEBOUT M. Rapport sur le suicide. Conseil économique et social. 1993b.
- DEBOUT M. Après le suicide, ceux qui restent... XXVII réunion du GEPS, 12 et 13 mai 1995
- DORPAT TL, RIPLEY HS. A study of suicide in the Seattle area. *Comp Psychiatric* 1960, 349-359
- ELCHARDUS JM, GAUD A, VEDRINNE J. Les entretiens avec les familles de personnes suicidées : entre la recherche et la thérapeutique. *Psychologie médicale* 1986, **18** : 895-896
- FOSTER T, GILLESPIE K, MC CLELLAND R, PATTERSON C. Risk for suicide independent of DSM-III-R axis I disorder. *Br J Psychiatry* 1999, **175** : 175-179
- GUSTAFSSON L, JACOBSSON L. Interviewing significant others by telephone as part of a modified psychological autopsy. *Nord J Psychiatry* 2000, **54** : 127-133

HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997, **170** : 205-228

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** : 269-278

HOUSTON K, HAWTON K, SHEPPERD R. Suicide in young people aged 15-24 : a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2001, **63** : 159-170

ISOMETSÄ ET. Psychological autopsy studies – a review. *Eur Psychiatry* 2001, **16** : 379-385

LEMPÉRIÈRE T. Dépression et suicide. Editions Masson 2000

ROBINS E, GASSNER S, KAYES J. The communication of suicidal intent : a study of 134 cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959, **115** : 724-733