

2

Intérêt de l'autopsie psychologique dans le dépistage des facteurs de risque du suicide

Le suicide est une tragédie qui touche, outre les familles concernées, le corps médical, les professionnels socio-éducatifs, les responsables politiques et, d'une manière générale, l'ensemble de la population.

Historique de la recherche de facteurs de risque

Devant l'importance du phénomène du suicide, des recherches ont été développées dans différents pays dès le milieu du XIX^e siècle afin d'identifier les éventuels facteurs de risque du suicide. Le recours aux données de mortalité pour analyser les caractéristiques épidémiologiques et sociologiques du suicide s'est largement répandu. Il s'explique par le caractère quasi-exhaustif de ces données et l'existence de séries chronologiques anciennes dans certains pays. De nombreuses enquêtes à caractère épidémiologique (prospectives, de suivi de cohortes de patients hospitalisés et/ou présentant une pathologie donnée, rétrospectives sur dossiers) ont permis d'établir que la plupart des suicides intervenaient dans un contexte de désordre psychique. Toutefois, dans la mesure où l'acteur du suicide n'est plus en mesure de répondre aux questions des spécialistes, l'essentiel des connaissances actuelles s'appuie sur des enquêtes portant sur des personnes ayant fait un geste suicidaire non léthal.

L'intérêt des études sur des tentatives de suicide (TS) pour comprendre le geste suicidaire pose de nombreuses questions. La démarche est supposée être source d'informations sur des individus jugés très semblables aux suicidés, ce que confirment, par exemple, les travaux de Mann (2003) pour qui l'étude clinique et neurobiologique des suicides non aboutis est source de connaissances sur les suicides aboutis, car les deux populations sont similaires d'un point de vue clinique et démographique. Elle comporte toutefois des limites. À ce titre, rappelons quelques données, parfois contradictoires, de la littérature.

Du point de vue des études épidémiologiques, le suicide et la TS ont le plus souvent été décrits comme des phénomènes bien distincts : ils concernent majoritairement différentes tranches d'âge et ne présentent pas la même prévalence chez les hommes et chez les femmes. Or, il apparaît de manière de plus en plus évidente que les deux phénomènes ne sont pas aussi indépendants l'un de l'autre (risque de suicide accru par le nombre de TS antérieures, variation simultanée des taux de suicide et de tentatives de suicide). Pour certains auteurs, TS et suicide constitueraient l'expression d'un continuum de comportements autodestructeurs (Lineham, 1986 ; Anaes Conférence de consensus, 2000).

Probable corollaire de ce qui précède, la distinction entre TS grave et suicide s'estompe, vraisemblablement en raison de l'efficacité de plus en plus grande des services de réanimation qui parviennent à réanimer des personnes qui, sans leur intervention, seraient décédées. Ces observations confortent les tenants du « continuum » et renforcent l'intérêt des études portant sur les tentatives graves pour mieux appréhender les facteurs de risque de suicide, mais ceci ne convient pas aux théoriciens de l'intentionnalité, pour lesquels il y a amalgame entre gestes suicidaires avec ou sans intention de mourir.

Les hypothèses sur la convergence des deux phénomènes – suicide et TS – ne rendent pas compte du fait que l'on identifie davantage d'hommes dans les statistiques de suicide alors que ce sont les femmes qui sont le plus sujettes à la dépression et font le plus grand nombre de TS (Schmidtke et coll., 1996). En effet, les études épidémiologiques ont révélé que des antécédents de tentatives de suicide sont le meilleur prédicteur d'un suicide abouti ultérieur (Beck et Steer, 1989 ; Leon et coll., 1990 ; Isometsä et Lönnqvist, 1998 ; Cavanagh et coll., 1999 ; Forman et coll., 2004).

L'autopsie psychologique est dérivée d'une méthode initialement développée à Los Angeles et destinée à améliorer les investigations de routine des *medical officers* aux États-Unis ou des *coroners* en Grande-Bretagne devant un cas de mort suspecte (*open verdict*). Une série d'entretiens intensifs auprès des proches d'une personne décédée dans des circonstances mal définies était alors destinée à reconstituer les circonstances sociologiques et psychologiques associées au décès, et c'est à Farberow et Schneidman (1961), que l'on attribue l'utilisation des termes d'autopsie psychologique.

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

Le recours à l'autopsie psychologique nécessite de prendre en considération différents points méthodologiques (Brent, 1989, 1995 ; Isometsä, 2001).

Concernant le choix du type d'enquête, les premières études de cas isolés ou de cas consécutifs, trop narratives et ne permettant pas de comparaison entre les études, ont ensuite fait place aux études de cas-témoins (*case control*) où chaque cas de suicide est associé à un cas-témoin, appareillé sur le sexe, l'âge et, dans la mesure du possible, le maximum de données sociodémographiques, sociologiques, cliniques ou environnementales pertinentes, compte tenu des objectifs de l'étude. L'hypothèse est que les variables qui différencient le cas du témoin sont vraisemblablement en rapport avec le geste suicidaire (caractéristiques, circonstances, contexte) et, de ce fait, peuvent alors être interprétées comme des facteurs de risque de suicide. De la même façon, les individus d'un groupe contrôle qui présentent les caractéristiques les plus proches des cas peuvent être considérés comme des individus à risque de suicide ultérieur. Cette hypothèse s'est trouvée vérifiée dans les publications de Pallis et coll. (1982, 1984).

Le type d'informations qui peut être collecté dépend en premier lieu de la législation propre à chaque pays car, selon le cas, ce ne sont pas les mêmes autorités qui recueillent les preuves du décès : *coroner*, *medical officer*, officier de police, médecin légiste, médecin généraliste... La nature des informations varie en conséquence (Conwell et coll. 1996 ; Hawton et coll. 1998 ; Martunen et coll. 1998 ; Shah et De, 1998 ; Harwood et coll., 2001). En outre, selon que le suicide est avéré ou, faisant l'objet d'un *open verdict*, nécessite une enquête judiciaire ou criminelle, les chercheurs auront plus ou moins rapidement accès aux données du dossier. Le *coroner* en Grande-Bretagne et en Irlande ou le *medical officer* aux États-Unis, détiennent un grand nombre d'informations (coordonnées du médecin généraliste, contenu du dossier médical, évidence d'hospitalisation, conclusions d'enquêtes) ; en France, toutes les informations qui ne sont pas nécessairement connues de l'autorité qui certifie le décès (par exemple si elles relèvent du secret médical et sont considérées comme confidentielles) ne seront pas transmises au chercheur, surtout si celui-ci n'est pas lui-même médecin, en dehors du cadre d'un protocole très rigoureux.

Lorsque il s'agit d'adultes, les études reposent en premier sur les résultats d'entretiens avec les conjoints et les parents au premier degré. À ces derniers, viennent s'ajouter les amis proches, le(s) médecin(s) généraliste(s), voire même quelquefois des tenanciers de bar (Barraclough et coll., 1974). Pour les adolescents, les parents, les frères et sœurs, les amis très proches et les enseignants sont sollicités. Les contacts de même âge que la victime sont préférables, car ils ont pu partager le même genre d'expériences (usage d'alcool et de substances toxiques, chômage, problèmes socio-économiques et affectifs...).

Les critères ne sont pas sans poser des problèmes dans le cas des personnes âgées car il peut être difficile de trouver des témoins appariés sur l'âge. En effet, des témoins plus jeunes ne seront pas en mesure de renseigner les

enquêteurs sur les circonstances de la jeunesse des personnes concernées (Shah et De, 1998).

Le choix d'un groupe témoin est déterminé par les objectifs spécifiques de l'enquête. Il est habituellement aisé de choisir des témoins appariés sur le sexe et l'âge dans une enquête de cas-témoins. Toutefois, dans le cas particulier de l'autopsie psychologique, on ne peut éluder l'existence d'une asymétrie entre les témoins et les cas (Velting et coll., 1998 ; Owens et coll., 2003). En effet, les témoins sont vivants et en mesure de s'exprimer, alors que les cas sont décédés. De manière idéale, pour contourner ce biais, les informations sur les témoins devraient être recueillies uniquement auprès de leurs proches, comme c'est le cas pour les sujets décédés (Isometsä, 2001). La méthode de Detre et Wyshak (1971), destinée à minimiser les biais d'estimation des différences entre victimes et témoins et à supprimer les variables qui pourraient grossir artificiellement les différences observées, a été utilisée par Shafii et coll. (1988). D'autre part, les difficultés à recruter des témoins sont soulignées par de nombreux auteurs (Beskow et coll., 1990 ; Hawton et coll., 1998 ; Cavanagh et coll., 1999 ; Owens et coll., 2003), comme illustré par la figure 2.1.

Pour une enquête de cas témoins, le nombre de sujets témoins devrait s'élever au minimum à deux par cas ou, mieux, à trois. Ceci n'est pas toujours possible, pour diverses raisons. D'autre part, selon Hawton et coll. (1998) ou Isometsä (2001), le nombre et la qualité des témoins à recruter est aussi fonction des questions scientifiques auxquelles l'enquête tente spécifiquement de répondre. Ainsi, une enquête centrée sur la détection des troubles psychiatriques et une autre centrée sur le repérage des influences sociales sur le suicide ne nécessiteront pas les mêmes témoins : dans le deuxième cas, les témoins devront être appariés sur les troubles psychiques, ce qui peut grossir le groupe des témoins. Enfin, les auteurs mentionnent que si les témoins sont appariés de manière trop parfaite sur les cas, par un trop grand nombre de variables, il peut devenir difficile de mettre en évidence les caractéristiques des sujets suicidés. Si les témoins sont recrutés par courrier circonstancié, ce qui nécessairement prend du temps, des témoins potentiels, peut-être moins éduqués, peuvent avoir refusé ou omis de répondre, créant ainsi un biais de recrutement. Il faut aussi garder en mémoire que les « survivants » autour d'un suicidé représentent eux-mêmes un groupe à risque (McIntosh, 1993).

Pour solliciter les entretiens, les contacts sont établis avec la famille à son domicile, par téléphone ou par courrier (Brent et coll., 1988 ; Shafii et coll., 1988 ; Conwell et coll., 1996). En Irlande, c'est le médecin généraliste qui donne son accord pour que les membres de la famille puissent être interrogés (Foster et coll., 1997). Les entretiens ont souvent lieu au domicile de la famille (Isometsä et Lönnqvist, 1998 ; Heilä et coll., 1999). Selon les études, le contact avec la famille peut être très précoce (moins de quinze jours après le décès) ou beaucoup plus tardif (plus de deux ans après le décès). Le temps écoulé entre le suicide, le premier contact, et les contacts ultérieurs doit être

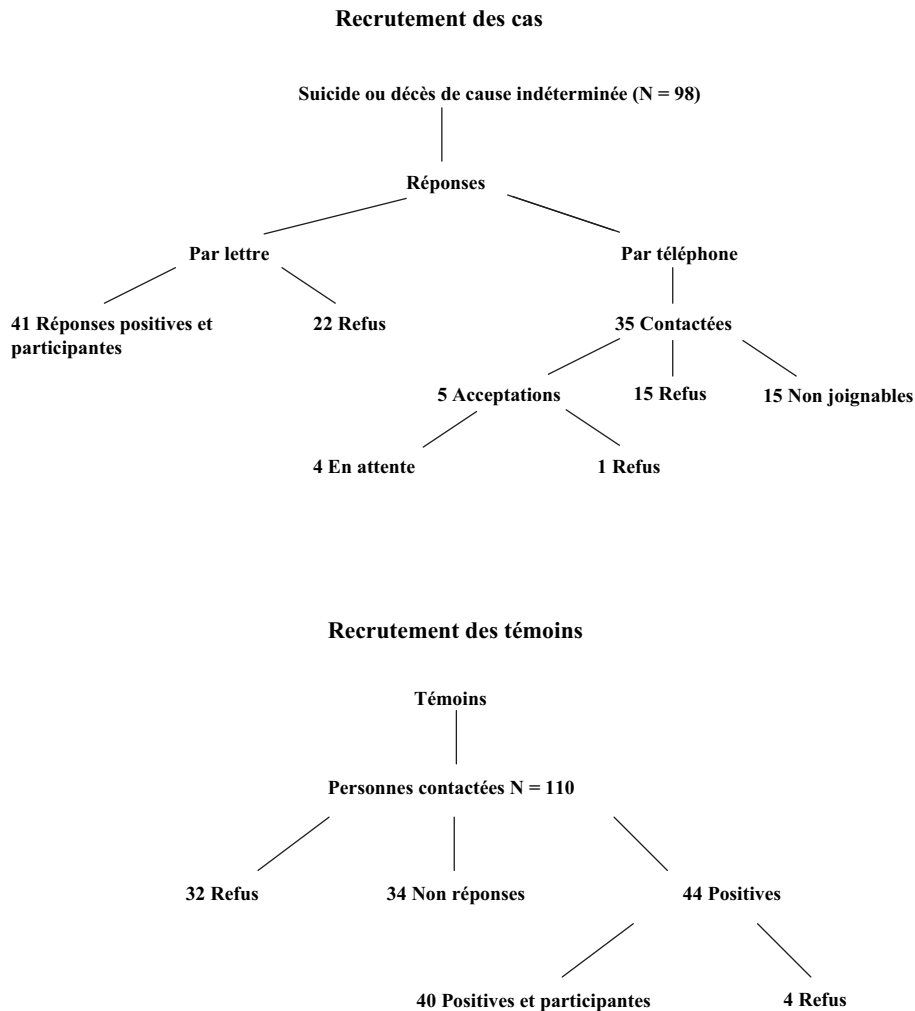


Figure 2.1 : Taux de réponses observés (d'après Cavanagh, 1999)

fixé pour une enquête donnée car, selon sa durée, il inclut la période de deuil et/ou une période de reconstruction de l'histoire, dans laquelle les proches cherchent à « expliquer » ce qui s'est passé (*search for meaning*), soit en trouvant un « responsable », soit en cherchant des causes immédiates (perte d'un être cher, problèmes socio-économiques ou événement de vie) ou plus éloignées (psychopathologie, antécédents familiaux...) (McIntosh, 1993 ; Cavanagh et coll., 2003). Duberstein et coll. (1994) précisent que leur étude peut être sujette à un biais du fait qu'elle a été réalisée entre 2 et 4 mois après le suicide, période trop proche du deuil.

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 *coroners* par exemple, comme la majorité des professionnels, ont 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. Plusieurs études font état de l'accord du comité d'éthique de leur hôpital, université, district ou région (Conwell et coll., 1996 ; Harwood et coll., 2001).

Les problèmes liés au partage des informations entre professionnels n'est pas évoqué dans les publications analysées. Le fait que le *coroner* soit en possession de très nombreuses informations simplifie peut-être la question. Cela ne signifie pas nécessairement qu'ils sont inexistantes, mais on peut faire l'hypothèse qu'ils ne constituent pas un frein dans les enquêtes rapportées.

Les biais de mémorisation sont d'autant plus importants que les entretiens ont lieu plus tardivement. Un autre type de biais peut apparaître : comparant un groupe d'adolescents suicidaires à un groupe de suicides aboutis de même âge, Velting et coll. (1998) ont observé que les réponses fournies par les parents, principalement, avaient tendance à sous-estimer la prévalence des troubles psychiatriques en général et plus particulièrement la dépression majeure et l'abus d'alcool. Dans le même ordre d'idées, McIntosh (1993) avait noté à l'occasion d'une comparaison entre étudiants proches d'un jeune suicidé ou d'un jeune décédé par accident que les proches du suicidé étaient les plus susceptibles d'avoir menti sur la cause du décès.

L'impact des entretiens sur les personnes interrogées ne doit pas être négligé car il fait remonter des faits douloureux. Toutefois, en dépit des réactions émotionnelles, Asgard et Carlsson-Bergström (1991) ont noté un effet bénéfique de ces entretiens. On peut même envisager que, selon la qualité des contacts entre l'équipe médico-sociale en charge de l'autopsie psychologique et les proches du suicidé, les entretiens puissent évoquer une démarche de postvention.

Conduite d'une autopsie psychologique

Les lignes qui suivent présentent un condensé des démarches utilisées dans les différentes publications ayant fait appel à la technique d'autopsie psychologique. Il est clair qu'aucune des autopsies psychologiques rapportées ne couvrait l'ensemble décrit.

Une fois les contacts établis avec les proches de la personne suicidée, les témoins et les informants, les entretiens sont menés en face-à-face au domicile des personnes ou au cabinet du généraliste (après signature de l'accord de la personne ou du généraliste pour être interviewé et éventuellement re-contacté) (Conwell et coll., 1996 ; Hawton et coll., 1998 ; Isometsä,

2001). S'il y a lieu, l'accord écrit du psychiatre consultant ou du responsable du service de psychiatrie où était traitée la personne est recueilli (Foster et coll., 1997).

Les interviewés sont informés de la durée de l'entretien qui, selon les enquêtes, peut durer de 2 à 5 heures. Ceci est fonction de l'étendue des questions.

Des domaines très divers sont abordés avec les membres de la famille : les détails de la mort (méthode, préméditation, communication de l'intention ou message écrit laissé par la personne suicidée), le quotidien de la victime, son comportement, sa jeunesse et son adolescence, ses relations avec son entourage (conjoint, famille, amis...), les facteurs familiaux, le support social l'entourant ou au contraire son isolement, sa situation professionnelle, son attitude vis-à-vis de l'alcool et d'autres substances psychoactives, ses antécédents suicidaires (la personne avait-elle cherché de l'aide ?), les événements de vie récents.

Les questions posées au médecin généraliste portent, dans la mesure du possible sur les contacts au cours des 12 derniers mois, l'état de santé physique et mentale du sujet, son niveau de fonctionnement dans la vie courante, les traitements éventuels, les stress psychosociaux. Les derniers contacts avec un service de soins spécialisés ou un service social sont traités à part, en raison de leur intérêt particulier (Isometsä, 2001 ; Hawton et coll., 2001).

Les entretiens sont construits autour d'instruments standardisés connus ou bien d'instruments construits pour les besoins spécifiques de l'enquête. Tous les auteurs ne listent pas les questionnaires qu'ils ont utilisés mais on peut mentionner, à titre d'exemples, les questionnaires ci-dessous (tableau 2.1). Cette liste n'est pas exhaustive, et d'autres exemples de questionnaires couramment utilisés en recherche sur les conduites suicidaires et traduits en français par les auteurs de ces recherches sont présentés en annexe (annexes 1 à 7).

Apports de l'autopsie psychologique

L'autopsie psychologique a été développée dans une quinzaine de pays et dans différentes cultures : Amérique du Nord, Europe du Nord, Australie, Nouvelle Zélande, Israël, Taïwan et Inde (Isometsä, 2001). Toutefois, c'est un nombre relativement restreint d'équipes qui l'ont mise en œuvre. Ainsi, sur 37 articles portant sur l'autopsie psychologique de jeunes suicidés¹, 25 d'entre eux émanent de 6 équipes (4 basées aux États-Unis, 1 en Grande-Bretagne et

1. Études de cas témoins réalisées entre 1994 – 2002 et portant sur des groupes de 53 à 140 cas.

Tableau 2.1 : Exemples d'instruments utilisés dans l'autopsie psychologique

| Champ d'investigation | Questionnaires | Sources |
|---|--|--|
| Activité socio-économique | <i>Social Network index</i> (Berkman, 1983), <i>Activity of daily living and Physical of self maintenance scale</i> (Lawton et Brody, 1969 ; Elley et Irving, 1976) | Conner et coll., 2003 Hawton et coll., 2001 |
| Fonctionnement | <i>Global Assessment of Functioning scale</i> , GAF (axe V du DSM-IV), <i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i> (IQCODE, Jorm, 1994) | Harwood et coll., 2001 Forman et coll., 2004 |
| Événements de vie | <i>Social readjustment rating scale</i> (Holmes et Rahe, 1967 ; Brugha et Cragg, 1990) ; <i>Interview for recent life events</i> , (Paykel et coll., 1971) ; <i>Louisville Older Persons Events scale</i> , (Murrell et coll., 1983) | 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), <i>Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children</i> (Chambers et coll., 1985) ; SADS | Lesage et coll., 1994 Conwell et coll., 1996 Hawton et coll., 2001 Conner et coll., 2003 Forman et coll., 2004 Alexopoulos et coll., 1999 |
| Dépression | <i>Hamilton Rating scale</i> , Hamilton, 1960, MADRS (Asberg et coll., 1976) | Duberstein et coll., 1994 Lynch et coll., 1999a Forman et coll., 2004 |
| Troubles de la personnalité | <i>NEO-Personality inventory</i> , <i>Personality Assessment Schedule</i> (PAS) (Tyrer et coll., 1988) ; <i>Structured assessment of personality</i> (Mann et coll., 1981) ; <i>Personality Assessment schedule</i> (PAS-R) | Duberstein et coll., 1994 Hawton et coll., 2001 |
| Profil psychologique | <i>Diagnostic Interview for children and adolescents</i> (Herjanic et Campbell, 1977) | Shafii et coll., 1988 |
| Impulsivité Agressivité Hostilité | Plutchik et van Praag, 1986 Brown et coll., 1979, 1982 Buss et Durkee, 1957 | Hawton et coll., 2001 |
| Intention suicidaire, Idéation | <i>Suicide intention scale</i> (SAS, Beck et coll., 1974) ; <i>suicide ideation</i> ; DIS | Lesage et coll., 1994 Conwell et coll., 1996 Lynch et coll., 1999a Forman et coll., 2004 |
| Utilisation du système de soins | <i>Cumulative Index Rating Scale</i> , (Linn et coll., 1968 ; Karnofsky et Burchenal, 1949) | Linn et coll., 1968 Karnofsky et Burchenal, 1949 |

une importante équipe nationale² pluridisciplinaire en Finlande) ; les 12 autres études, plus réduites, émanent de pays divers (Canada, Hongrie, Inde, Irlande du Nord, Israël, Suède et Taiwan). Pour des raisons diverses, liées sans doute aux difficultés de sa mise en œuvre, elle est restée globalement confidentielle dans la majorité des pays.

L'autopsie psychologique ayant été utilisée pour apporter un complément de connaissances par rapport aux enquêtes épidémiologiques ou cliniques, différents domaines, synthétisés ci-dessous, ont été abordés :

- l'existence d'un trouble mental chez les sujets suicidés : suicide et troubles de l'axe I du DSM-III-R, troubles de l'axe II du DSM-III-R ;
- la comorbidité (axe I/axe II, alcool/substances toxiques) ;
- suicide en l'absence de pathologie dépressive ;
- rôle et place de la personnalité, des traits de personnalité, de l'impulsivité, de la vulnérabilité ;
- suicides selon les âges de la vie ;
- les antécédents familiaux ;
- l'annonce d'une maladie grave ;
- les contacts avec le système de soins spécialisés ;
- le monde du travail et les facteurs socio-économiques ;
- enfin, quelques situations particulières.

Avant de tenter un parallèle avec les études d'épidémiologie classique, les principaux résultats publiés sont résumés ci-dessous.

Troubles mentaux et suicide

L'existence d'un trouble mental chez des personnes suicidées a été mise en évidence très tôt (Barracough et Pallis, 1975). La prévalence et la nature des troubles mentaux ont été précisées dans de nombreux contextes (Marttunen et coll., 1991 ; Lesage et coll., 1994 ; Cheng, 1995 ; Asukai, 1995 ; Conwell et coll., 1996 ; Foster et coll., 1997 ; Vijayakumar et coll., 1999).

Parmi 53 adolescents pris en compte dans l'autopsie psychologique systématique qui a été menée en Finlande en préalable à la rédaction du programme de prévention du suicide (Marttunen et coll., 1991), 94 % des sujets souffraient d'un trouble mental (axe I et/ou axe II du DSM-III-R). Les troubles les plus fréquents étaient les troubles dépressifs (51 %) et l'abus (et/ou la dépendance) d'alcool (26 %). Pour Lesage et coll. (1994), un diagnostic de l'axe I du DSM-III-R, porté indépendamment par deux psychiatres expérimentés, était présent dans 88 % des cas au sein d'un groupe de 75 hommes âgés de 18 à 35 ans, pour 37,3 % chez les témoins (prévalence à 6 mois). Le diagnostic le plus courant était celui de dépression majeure (38,7 %/5,3 %), suivi d'une dépendance à l'alcool (24,0 %/5,3 %) puis à une substance psychoactive (22,7 %/2,7 %). Des personnalités *borderline* étaient aussi détectées dans 28 % des cas. Dans l'étude de Cheng (1995), la proportion de troubles mentaux était comprise entre 97 et 100 %. Les troubles mentaux prévalents étant la dépression et l'alcoolisme.

Selon Conwell et coll. (1996), 90,1 % des 141 sujets de l'étude, âgés de 21 à 92 ans, étaient porteurs d'au moins un diagnostic de l'axe I du DSM – III-R. Dans cette étude, les troubles liés à l'usage de toxiques étaient les plus présents, avant les troubles de l'humeur puis les troubles psychotiques.

Ces taux de prévalence se situent dans la même gamme ou sont légèrement supérieurs à ceux qui avaient été mis en évidence par les études épidémiologiques (tableau 2.II). Dans une méta-analyse portant sur 249 publications et 44 troubles, Harris et Barraclough (1997) ont recensé 36 associations significatives.

Tableau 2.II : Troubles de l'humeur (affectifs) et suicide (d'après Harris et Barraclough, 1997)

| Troubles | Effectifs de suicides observés | Effectifs de suicides attendus* | ICM** (x 100) | 95 % IC*** |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------|-------------|
| Dépression majeure | 351 | 17,25 | 2 035 | 1 827-2 259 |
| Troubles bipolaires | 93 | 6,18 | 1 505 | 1 225-1 844 |
| Dysthymie | 1 436 | 118,45 | 1 212 | 1 150-1 277 |
| Troubles de l'humeur non spécifiés | 377 | 23,41 | 1 610 | 1 452-1 781 |
| Tous troubles mentaux fonctionnels | 5 787 | 478,53 | 1 209 | 1 178-1 241 |

* terme d'épidémiologie qui évalue le nombre de décès dans une population exempte du facteur de risque étudié

** ICM : indice comparatif de mortalité

*** Intervalle de confiance à 95 % (l'ICM est une mesure statistique qui permet d'apprécier la puissance du phénomène observé)

De manière systématique, Cavanagh et coll. (2003) ont établi la comparaison la plus récente et la plus fouillée entre études d'autopsies psychologiques. À partir de 154 publications repérées par recherche systématique sur Medline, Bids et Psychlit, les auteurs n'ont retenu que 75 études de cas ou de cas témoins, après élimination de différents biais d'étude (descriptions trop narratives, descriptions de cas uniques, absence de témoins...).

Dans les études de cas, effectuées auprès de jeunes ou jeunes adultes, 91 % des cas de suicide étaient associés avec un trouble mental (IC 95 % situé entre 81 et 98). Dans les études de cas témoins, où chaque cas est associé à un témoin au moins, des différences nettes apparaissent entre les deux séries : 90 % de troubles mentaux sont retrouvés parmi les cas de suicide contre 27 % chez les témoins, sans que l'on observe de chevauchement des intervalles de confiance.

À partir d'un petit nombre de compte rendus comparant des études de cas et des études de cas témoins qui prenaient en compte l'ensemble des groupes diagnostiques, Cavanagh et coll. (2003) rapportent que la fraction de la mortalité attribuable à un trouble mental (dans des populations exposées au facteur « trouble mental » à au moins 86 %), varie de 47 à 74 % des suicides étudiés (sans spécificité), la part attribuable à un trouble affectif de 21 à 57 % et la comorbidité entre un trouble mental et l'abus de substances toxiques de 23 à 46 % (tableau 2.III).

28 Dans l'étude finlandaise mentionnée plus haut (Heilä et coll., 1997), 7 % des personnes souffraient ou avaient été atteintes de schizophrénie. La maladie

Tableau 2.III : Présence d'un trouble mental, trouble affectif et comorbidité (d'après Cavanagh et coll., 2003)

| Etudes | Trouble mental | | | Trouble affectif | | | Comorbidité trouble axe I | | | Comorbidité usage substances toxiques | | |
|-------------------------------|----------------|------|-----|------------------|------|-----|---------------------------|------|-----|---------------------------------------|------|-----|
| | Exposés | RR | PAF | Exposés | RR | PAF | Exposés | RR | PAF | Exposés | RR | PAF |
| Brent et coll., 1993 | 89,6 | 2,61 | 55 | 49,3 | 4,74 | 39 | 48,5 | 6,46 | 41 | 27,3 | 6,1 | 23 |
| Lesage et coll., 1994 | 88 | 2,34 | 50 | 60 | 4,22 | 46 | | | | | | |
| Shaffer et coll., 1996 | 90 | 3,75 | 66 | 61 | 15,2 | 57 | | | | | | |
| Shahhi et coll., 1988 | 95 | 1,98 | 47 | 76 | 3,2 | 52 | 81 | 2,79 | 52 | 38 | 7,6 | 3,3 |
| Appelby et coll., 1999 | 90 | 3,33 | 63 | 23 | 11,5 | 21 | | | | 57 | 5,2 | 46 |
| Foster et coll., 1999 | 86 | 3,73 | 63 | 36 | 6,0 | 30 | | | | 44 | 3,38 | 31 |
| Vijayakumar et Rajkumar, 1999 | 88 | 6,28 | 74 | 35 | 7,0 | 30 | | | | 34 | 4,25 | 26 |

RR : risque relatif ; PAF : fraction de la population chez laquelle le suicide est attribuable à la présence du paramètre

était dans une phase active dans 78 % des cas et un épisode dépressif (64 %) était retrouvé chez les sujets juste avant leur suicide, tandis que 71 % des sujets présentaient des antécédents de TS. L'étude de ces cas a montré que le suicide est susceptible d'intervenir tout au long de la maladie, plus particulièrement chez les femmes.

La comparaison d'un groupe de 24 sujets déprimés majeurs et psychotiques à un groupe de 46 sujets déprimés mais non psychotiques ne fait pas ressortir de différences majeures entre les groupes du point de vue de la comorbidité avec d'autres facteurs (alcool, usage de substances toxiques), des variables sociodémographiques, de l'histoire clinique ou autre. C'est par rapport aux moyens utilisés que se fait la différence : les sujets psychotiques avaient utilisé des moyens plus violents que les autres (Isometsä et coll., 1994). En revanche, une plus faible proportion d'événements de vie à caractère négatif est identifiée avant suicide chez les schizophrènes (Heilä et coll., 1999).

La comorbidité entre trouble de l'axe I et trouble de l'axe II du DSM-III-R a été mise en évidence par des études systématiques dans des échantillons non sélectionnés sur l'âge (Henriksson et coll., 1993), chez des enfants et des adolescents (Shafii et coll., 1988), des personnes âgées dans différents pays (Harwood et coll., 2001) ou/et chez des sujets ayant fait des tentatives de suicide (Hawton et coll., 2003).

Dans leur étude de comorbidité entre troubles de l'axe I et de l'axe II, Heikkinen et coll. (1997) rapportent que 56 sujets d'une sous-population de

229 sujets tirés au sort de façon aléatoire à partir de l'échantillon finlandais, souffrent de troubles de la personnalité. Chez 95 % d'entre eux au moins, est également détecté un syndrome dépressif et/ou un trouble de l'utilisation de substances psychoactives. Cependant, ces 56 sujets étaient très semblables du point de vue de la comorbidité avec l'axe I et des facteurs psychosociaux, aux 56 témoins de l'enquête, appariés sur l'âge et le sexe et ne souffrant pas de troubles de la personnalité. Seuls l'absence de confidents chez les hommes et le fait de vivre seul pour les plus jeunes différenciaient les cas des témoins. Selon Cheng et coll. (2000) l'existence d'un trouble mental représente le principal facteur de risque, bien avant les facteurs psychosociaux et les problèmes de « perte » (d'un proche, du travail, de relations sociales...).

Enfin, dans une étude postérieure à celle mentionnée plus haut (Henriksson et coll., 1996), le pourcentage de troubles paniques s'élève à 1,2 %, la prévalence étant plus élevée chez les femmes (2,8 %) que chez les hommes (0,7 %). Les auteurs insistent sur la faible occurrence de troubles paniques non comorbides d'autres troubles. En revanche, l'étude montre que le suicide intervient chez des personnes atteintes de trouble panique quand il y a superposition avec un trouble dépressif majeur et/ou un abus de substances toxiques ou avec un trouble de la personnalité.

En marge des études de comorbidité mentionnées plus haut, Foster et coll. (1999) ont rapporté dans une population de 118 cas de suicides appariés sur l'âge, le sexe et le statut marital à 118 témoins provenant des listes des généralistes destinée à minimiser les différences entre victimes et sujets témoins proches géographiquement, que la présence d'un troubles de l'axe II (trouble de la personnalité) représentait, à elle seule, un facteur de risque de suicide, indépendamment de la présence d'un trouble de l'axe I. Les troubles de la personnalité en cause étaient les comportements antisociaux, les personnalités évitantes ou dépendantes.

Isometsä et coll. (1996) ont observé 58 suicides chez des patients qui ne présentaient pas de dépression majeure. Comparés à 58 cas de dépression majeure unipolaire, les suicidés « non déprimés » étaient plus jeunes, plus souvent des hommes consommant des substances psychoactives et ayant moins de contacts avec les systèmes de soin. En revanche, il a été noté chez ces derniers un plus grand nombre d'événements de vie récents.

Enfin, comparant un petit groupe de 8 adolescents issus de l'enquête finlandaise pour lesquels il n'avait pas été posé de diagnostic psychiatrique à 84 adolescents pour lesquels il en était porté un, Marttunen et coll. (1998) ont observé proportionnellement moins de problèmes familiaux et moins de comportements antisociaux dans le premier groupe. Les signes cliniques apparaissent rares : la communication de leurs intentions suicidaires, juste avant le passage à l'acte et quelques problèmes avec la loi semblent les seuls indices. Là encore, on peut regretter la petite taille de l'échantillon.

L'alcoolodépendance a souvent été repérée comme élément de comorbidité avec l'acte suicidaire. Plusieurs études sont plus spécifiquement centrées sur les particularités de la comorbidité alcool/abus de substances toxiques (Porteinsson et coll., 1997 ; Pirkola et coll., 1999) et la spécificité des facteurs de risque chez ces sujets (Conner et coll., 2003a, 2003b). Il apparaît que les individus qui sont seulement alcoolodépendants (sans usage associé de drogues) ont fréquemment souffert d'un épisode dépressif majeur et sont moins enclins à communiquer leurs intentions suicidaires (Porteinsson et coll., 1997). Comparés à un groupe de déprimés, les alcoolodépendants ont connu davantage de problèmes psychosociaux (stress inter-personnels, problèmes financiers ou épisode de chômage (Duberstein et coll., 1993 ; Heikkeinen et coll., 1994 ; Marttunen et coll., 1995). Selon Pirkolä et coll. (1997), le fait d'avoir un emploi modifie la répartition des épisodes d'alcoolisation avec une recrudescence de suicides avec alcoolisation pendant le week-end.

Par ailleurs, il est apparu que les femmes dépendantes de l'alcool et utilisatrices de substances toxiques meurent plus jeunes que les hommes présentant les mêmes caractéristiques (Pirkola et coll., 1999). Les auteurs en concluent que ce qui a été montré pour le sexe masculin ne peut pas être extrapolé au sexe féminin.

D'autres domaines de risque ont été explorés. Il s'agit pour Brent et coll. (1994) de traits de personnalité, de l'impulsion, de la violence impulsive, dimensions que Conner et coll. (2001) préfèrent grouper sous le nom de vulnérabilité. Pour Shah et De (1998) l'hypothèse de la vulnérabilité peut être utile pour rendre compte de l'augmentation du suicide avec l'âge, alors que Koplin et Agathen (2002) classent cette vulnérabilité parmi les facteurs de risque chez les enfants et adolescents.

Suicide selon l'âge

Les études selon les différents âges de la vie montrent des différences dans les facteurs de risque, cliniques, psychosociaux et neurobiologiques (Duberstein et coll., 1994 ; Foster et coll., 1997 ; Pitkälä, 2000 ; Henriksson et coll., 1995a).

Suicide chez les personnes âgées

Les autopsies psychologiques réalisées autour du suicide de personnes âgées sont peu nombreuses et datent pour la plupart d'une dizaine d'années. Globalement, peu de différences qualitatives ont été relevées quant à la nature des troubles mentaux, avec les études menées sur des populations non sélectionnées sur l'âge. Toutefois, Lynch et coll. (1999b) ont repéré une variété de situations dans un groupe de sujets âgés de 60 à 90 ans (70,4 ans en moyenne), ce que confirment Waern et coll. (2002) qui décrivent le groupe des sujets âgés de plus de 65 ans, objets de leur étude, comme un groupe

hétérogène du point de vue de la distribution des troubles mentaux, avec par ordre décroissant : comorbidité troubles axe I/axe II, trouble dépressif majeur, dépression récurrente majeure, utilisation de substances toxiques, anxiété, dysthymie, troubles psychotiques, troubles bipolaires.

Duberstein et coll. (1994) ont montré que le suicide intervient principalement chez les personnes rigides, peu ouvertes aux expériences nouvelles, contrastant avec l'impulsivité caractérisant les générations plus jeunes. Pour Harwood et coll. (2001), au moins un diagnostic psychiatrique était présent dans 77 % d'un échantillon de 100 sujets (avec une dépression majeure dans 63 % des cas) et un trouble de la personnalité ou des traits « accentuants » de personnalité (anakastiques ou anxieux) étaient présents dans 44 % des cas. Selon Henriksson et coll. (1995), les prévalences respectives sont de 91 % pour un trouble de l'axe I et 44 % pour un trouble de la personnalité. Dans un échantillon de 70 sujets de plus de 60 ans originaires de Hong-Kong, Chiu et coll. (2004) ont récemment rapporté que 86 % souffraient d'un trouble psychiatrique, principalement d'un trouble dépressif (78 % des hommes et 73 % des femmes).

Dans une étude comparant différentes tranches d'âge, Foster et coll. (1997) ont observé un trouble de l'axe I chez 95 % des victimes de plus de 30 ans contre seulement 68 % chez les moins de 30 ans. Dans le premier groupe, une dépression majeure unipolaire (axe I du DSM-III-R) est présente au moment du suicide pour 77 % des plus de 65 ans contre 27 % chez les moins de 65 ans. Selon Alexopoulos et coll. (1999), la sévérité de la dépression est le facteur prédictif du développement d'idées suicidaires chez des patients âgés. Elle est également décrite par Lynch et coll. (1999b) comme facteur de risque chez les plus « jeunes » des personnes âgées, principalement lorsqu'elle est associée à des antécédents psychiatriques.

Les problèmes matériels tiennent moins de place que chez les plus jeunes. En revanche, le sentiment de perte d'un être cher ou d'une idée (celle que la famille sera toujours là pour les soutenir), de pair avec un comportement suicidaire antérieur, de même qu'un faible support social sont autant d'éléments capables de conduire à des épisodes dépressifs majeurs pouvant finalement mener au suicide. Dans l'étude de Pitkälä et coll. (2000), les personnes âgées étaient significativement moins susceptibles d'avoir communiqué leurs intentions et avaient utilisé des moyens plus violents que les générations plus jeunes. Chez les femmes, la dépression rapportée n'est pas nécessairement comorbide avec un trouble mental.

Selon Carney et coll. (1994), les facteurs de risque chez les hommes et les femmes convergent après 60 ans.

Suicide chez les jeunes

Les études sur les jeunes suicidés (enfants et adolescents) ont été développées très tôt. Comme chez les adultes, on note une forte prévalence de troubles mentaux. On retrouve les troubles de l'humeur : dépression (Marttunen et

coll., 1991, 1994a ; Brent et coll., 1999 ; Pfeffer, 2002), troubles bipolaires (Brent et coll., 1988), troubles de l'adaptation (Marttunen et coll., 1994c), troubles de la personnalité (Johnson et coll., 1999) ainsi que troubles des conduites (Shaffer et coll., 1996 ; Renaud et coll., 1999) avec consommation excessive d'alcool et de substance toxiques.

Les troubles mentaux comme facteur de risque s'inscrivent souvent dans une longue histoire perturbée (Rich et coll., 1990), souvent dès l'enfance (Shafii et coll., 1985 ; Shaffer et coll., 1996 ; Houston et coll., 2001 ; Pfeffer, 2001 ; Koplin et Agathen, 2002) par la psychopathologie familiale, avec violence parentale et abus. À cela s'ajoute l'accessibilité à une arme à feu (Brent et coll., 1999 ; Shafii et Shafii, 2003 ; Brent et coll., 1988).

Une comparaison entre jeunes hommes et jeunes filles de 13 à 22 ans montre que les filles qui ont fait une TS souffrent plus souvent d'une psychopathologie sévère (troubles de l'humeur pour 68 % d'entre elles avec dépression grave dans 37 % des cas contre 14 % chez les témoins). Plus de la moitié des jeunes filles ont fait un passage en psychiatrie et présentent des antécédents suicidaires (63 % contre 30 % chez les témoins) et d'abus de substances (Marttunen et coll., 1995). Dans l'étude d'un groupe de jeunes victimes de 15-24 ans, Houston et coll. (2001) ont identifié un trouble mental dans 70 % des cas, principalement une dépression pour 55 %, non traitée pour la plupart. Les troubles de la personnalité étaient présents dans un cas sur trois, ainsi que l'usage excessif d'alcool. L'abus de substances toxiques n'allait pas systématiquement de pair avec l'abus d'alcool. Au moment de leur geste suicidaire, tous les sujets de l'étude sauf un affrontaient deux, trois problèmes, voire davantage (problèmes de santé mentale, en relation avec leur travail, un proche et/ou leur partenaire, des problèmes financiers ou avec la justice). Selon les auteurs, le taux de traitement de la dépression est très inférieur à ce qu'il devrait être, y compris chez des sujets ayant connu des hospitalisations en psychiatrie, conclusion qui va de pair avec celle de Rich et coll. (1990).

Dans l'étude de Brent et coll. (1999), l'augmentation du suicide observée chez 105 adolescents de plus de 16 ans comparés à 35 adolescents de moins de 16 ans est liée à la plus grande prévalence dans la première tranche d'âge d'une psychopathologie, principalement l'abus de substances toxiques, et des intentions suicidaires plus affirmées. L'augmentation du suicide dans le groupe des jeunes hommes de cette étude, pourrait être liée au choix des méthodes (plus violentes et irréversibles) et à la plus grande prévalence des troubles des conduites.

Dans un échantillon de 43 suicides aboutis d'adolescents auxquels avait été attribué un diagnostic de troubles de la personnalité (probable ou défini) et appariés à 43 sujets témoins sur les caractéristiques sociodémographiques et sélectionnés dans la communauté environnante, Brent et coll. (1994) ont observé que les troubles de la personnalité (spécialement histrionique, narcissique, *borderline* ou antisocial, dits cluster B) étaient plus fréquents chez les cas que chez les témoins. L'analyse des traits de personnalité révélait, chez les

victimes, davantage d'agressivité, une plus grande impulsivité, ainsi qu'une tendance à « l'évitement de la douleur » sans que soit retrouvée la recherche de sensations nouvelles. Toutefois, contrairement à l'hypothèse initiale des auteurs, le suicide était aussi associé aux différentes dimensions du cluster C (personnalité évitante, passive/agressive, dépendante et compulsive).

Les comportements antisociaux (difficulté à se plier à une discipline et/ou non-respect de la loi) ainsi que les événements de vie négatifs sont très présents chez les jeunes (Marttunen et coll., 1994b), en lien avec des séparations familiales, des problèmes d'alcool et de violence parentale, surtout chez les victimes de sexe masculin. Les événements de vie à caractère négatif sont non seulement plus nombreux mais plus stressants chez les jeunes dans les semaines précédant le suicide que chez les témoins. D'autre part, les stressés psychosociaux sont plus souvent rencontrés chez les jeunes suicidés dépendants de l'alcool que chez les déprimés (Marttunen et coll., 1998 ; Cooper et coll., 2002). L'accumulation d'événements stressants avec l'absence de support familial est plus souvent caractérisée chez les jeunes ayant des conduites addictives, tandis que les événements de vie récents semblent avoir moins d'impact sur les jeunes présentant un trouble mental sévère. Dans une étude réalisée auprès de jeunes de moins de 25 ans, les sujets suicidés se différencient de ceux ayant effectué des TS graves par la présence d'une majorité de jeunes hommes souffrant de troubles de l'humeur (Beautrais et coll., 2003). Les autres facteurs de risque (troubles de l'humeur, antécédents psychiatriques, stress et faible éducation) n'étaient pas discriminants entre les deux groupes.

Influence des antécédents familiaux

Les études d'autopsie psychologique confirment le pronostic négatif que représente une histoire familiale de suicide ou de maladie mentale (Brent et coll., 2002 ; Qin et coll., 2002). La place du climat psychiatrique familial avait été relevée dès 1988 par Shafii et coll. (1988) et, parmi les facteurs de risque de suicide relevés dans une étude portant sur 37 sujets âgés de 10 à 21 ans, Pfeffer (2001) et Schmidt et coll. (2002) relèvent un environnement familial perturbé. Cependant, à partir des 120 sujets de moins de 20 ans qui faisaient l'objet de l'étude de Shaffer et coll. (1996), des chercheurs de la même équipe s'attachent à démontrer que, contrairement à une idée reçue, on ne peut pas attribuer l'augmentation des taux de suicide des jeunes durant ces trente dernières années à l'augmentation des divorces (Gould et coll., 1998). Ces auteurs avaient déjà pointé que l'environnement socio-économique familial alourdissait les facteurs de risque chez les adolescents, ce que ne confortent pas les travaux de Agerbo et coll. (2002) pour lesquels le poids de la situation socio-économique des parents diminue après ajustement pour l'histoire familiale de maladie mentale et/ou de suicide.

Impact d'une maladie grave

Les problèmes de santé s'ajoutent à la maladie mentale et constituent un facteur de risque (Cavanagh et coll., 1999 ; Gustafsson et Jacobsson, 2000). À partir d'un échantillon de victimes souffrant de cancer, Hietanen et coll. (1994) rapportent que les suicidés cancéreux de leur étude étaient majoritairement plus âgés et plus souvent de sexe masculin que les suicidés non atteints de cancer. De façon notable, les antécédents familiaux de maladie mentale étaient plus fréquents dans le groupe témoin que chez les victimes, le cancer étant chez ces dernières le principal déclencheur du suicide. En revanche, un diagnostic psychiatrique était attribué à 85 % des suicidés cancéreux soit une prévalence légèrement inférieure à celle du groupe témoin (Henriksson et coll., 1995a). Pour 5 % des sujets, il n'était porté aucun diagnostic de maladie mentale et les informations étaient insuffisantes pour conclure pour 10 % des victimes.

L'étude de De Leo et coll. (1999) rapporte que l'annonce de la perte de la vue, davantage que la perte de l'ouïe semble-t-il, peut elle aussi affecter l'état mental de personnes ne présentant pas par ailleurs de troubles mentaux.

Contact avec les systèmes de soin

En règle générale, le dernier contact avec les systèmes de soin qui précède l'acte suicidaire est récent. Selon une étude récente, 1/5 des sujets avaient été en contact avec un service psychiatrique dans le mois précédant leur suicide et avec un service de médecine primaire dans près d'un cas sur deux (Luoma et coll., 2002). Dans l'échantillon de Chiu et coll. (2004), 77 % des sujets avaient pris contact avec un médecin dans le mois précédant l'acte suicidaire. En revanche, dans l'étude de Isometsä et coll. (1995), seuls 22 % des victimes avaient évoqué leurs intentions suicidaires. Il s'agissait d'une consultation psychiatrique (symptômes ou syndrome psychosocial) dans 50 % des cas, une plainte ou un symptôme physique dans 23 % des cas et un rendez-vous de suivi dans 28 % des cas.

Au cours d'une autopsie psychologique portant exclusivement sur des victimes qui n'avaient pas de contact avec le système de soin psychiatrique, Owens et coll. (2003) rapportent que 68 % des victimes présentaient un trouble mental. Du fait de la sélection imposée par l'étude, les taux de troubles mentaux observés sont considérablement inférieurs à ceux habituellement publiés, et les auteurs concluent à la difficulté de repérer des individus à risque en dehors du système de soins spécialisés.

Activité professionnelle et poids des facteurs socio-économiques

Le monde du travail n'est abordé que dans de rares études portant sur les médecins (Lindeman et coll., 1998) ou les infirmières (Hawton et coll., 2002), milieux très exposés au suicide.

Les conclusions sur le rôle des facteurs socio-économiques sont aussi discordantes que dans les enquêtes épidémiologiques. Qin et coll. (2003) et Isometsa (2000) observent que les problèmes socio-économiques (chômage, bas revenus) et/ou psychosociaux (statut marital, problèmes domestiques et histoire familiale) sont fortement associés à la maladie mentale et sont des facteurs de risque de suicide. Dans l'étude de Pirkola et coll. (1997) qui aborde les problèmes liés à l'usage de l'alcool, les auteurs rapportent que le fait d'avoir un emploi modifie principalement la répartition des périodes d'alcoolisation au cours de la semaine, augmentant la prévalence des suicides pendant les week-ends.

Situations particulières

Quelques situations particulières ont retenu l'attention des chercheurs. Deux études traitant l'une des conscrits de l'armée et l'autre des vétérans du Vietnam font écho aux problèmes des forces d'interposition et/ou des soldats de la paix, chez lesquels de graves problèmes associés au suicide ont été détectés dans des enquêtes d'épidémiologie norvégienne (Farberow et coll., 1990 ; Marttunen et coll., 1997).

À partir de deux populations porteuses de tatouages et de *body piercing*, deux équipes ont noté le risque de létalité associée, vraisemblablement en rapport avec l'utilisation conjointe de substances toxiques et la présence de troubles de la personnalité (Dhossche et coll., 2000), marqueurs des attitudes de prise de risque que peuvent représenter ces comportements (Caroll et coll., 2002).

Enfin, deux études ont été menées auprès de populations homosexuelles. Celle de Rich et coll. (1986) porte sur un petit nombre de cas (13 sujets sur une population de départ de 283 cas). En l'absence de statistiques sur la prévalence de l'homosexualité en population générale, les 5 % de suicides homosexuels rapportés ne permettent pas d'envisager une sur-représentation des homosexuels par rapport aux hétérosexuels dans leur échantillon. Des pourcentages proches, mais tout aussi faibles, sont rapportés par Shaffer et coll. (1995) dans une étude menée auprès de 120 jeunes de moins de 20 ans (95 % d'hommes). Pour Catalan (2000), la question reste ouverte, principalement du fait des difficultés de recrutement des cas et des contrôles.

En conclusion, le but ultime de l'autopsie psychologique est de réunir suffisamment d'information autour des circonstances du suicide d'un individu pour s'approcher de la compréhension des raisons de son geste. En effet, la méthode allie la possibilité de confronter des données socio-démographiques et/ou cliniques, usuellement récoltées dans les enquêtes épidémiologiques ou cliniques, la connaissance approfondie des circonstances qui entourent le geste suicidaire et la connaissance rétrospective approfondie du contexte familial dans lequel a vécu l'individu dès son enfance. Cavanagh et coll. (2003) soulignent la validité de la méthode pour la détermination de

diagnostics exacts et de variables *post-mortem*. En outre, en procédant par entrevues avec un nombre suffisant de proches, cette méthode permet de recueillir une grande richesse des détails et, ainsi, de mieux comprendre les interactions complexes entre les différents facteurs de risque que les études d'épidémiologie classiques peinent à rassembler.

Les prévalences obtenues pour l'existence de troubles mentaux et de dépression majeure sont globalement consistantes avec celles que livre la littérature sur le suicide. La dépression est présente dans 29 à 88 % des suicides et la méthode permet d'établir que les symptômes sont présents dans pratiquement tous les suicides. De plus, l'accent est souvent mis sur la comorbidité entre troubles mentaux et/ou facteurs psychosociaux qui est identifiée dans plus de 50 % des cas.

Très vite, la procédure de l'autopsie psychologique s'est aussi avérée potentiellement utile dans deux directions au moins : identification des facteurs de risque (optique clinique et/ou de prévention) ou études de génétique familiale et/ou recherche de marqueurs biologiques du suicide (optique de recherche ou d'amélioration des connaissances). À cela peut s'ajouter, une meilleure approche quantitative du nombre de suicides réels en élucidant les cas de morts suspectes ou mal définies.

La convergence qui prévaut entre les différentes publications citées ne peut pas faire oublier les très nombreux problèmes qui se posent pour débiter une autopsie psychologique. Tout d'abord, les études de comorbidité posent inévitablement la question de la comparaison d'enquêtes faites à des époques différentes (variation dans l'usage des catégories diagnostiques attribuées, modification des modes de consommation d'alcool et/ou de substances toxiques, variations culturelles) qui modèrent les conclusions. Ensuite, le temps et le coût de telles enquêtes doivent être sérieusement évalués : il est impératif de respecter les périodes de deuil avant de contacter les familles, puis identifier un nombre suffisant de personnes susceptibles d'être interrogées et enfin recruter le nombre nécessaire d'interviewers. À cela s'ajoute le temps de recherche pour élaborer les protocoles, procéder aux entretiens et les analyser.

La définition des cas, leur recrutement peut aussi s'avérer une étape longue et difficile, comme cela a été évoqué plus haut. Quant aux témoins, les taux de refus ne sont pas négligeables. Leur nombre devrait théoriquement être au moins égal au double de celui des cas étudiés, ce qui est rarement le cas (quelques études ont du être éliminées, du fait qu'elles portaient sur un nombre de cas trop faibles ou ne comportaient pas de témoins).

Bien que la convergence des résultats publiés puisse interroger quant à l'intérêt de nouvelles enquêtes, certains groupes à risque sont mal identifiés ou demeurent peu renseignés. L'autopsie psychologique pourrait alors permettre de rassembler des données fines dans le but de mettre en place un programme de prévention du suicide. Dans tous les cas, il est impérieux de

préciser que les futures autopsies psychologiques devront être réalisées avec une méthodologie standardisée stricte et dans des conditions d'éthique rigoureuse.

BIBLIOGRAPHIE

AGERBO E, NORDENTOFT M, MORTENSEN PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people : Nested case-control study. *BMJ* 2002, **325** : 74-77

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

ANAES (AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, Paris, 2000 : 31p <http://www.anaes.fr>

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

ASGARD U, CARLSSON-BERGSTROM M. Interviews with survivors of suicides : procedures and follow-up of interview subjects. *Crisis* 1991, **12** : 21-33

ASUKAI N. Suicide and mental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995, **49** : S91-S97

BARRACLOUGH BM, PALLIS DJ. Depression followed by suicide : a comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychol Med* 1975, **5** : 55-61

BARRACLOUGH BM, BURCH J, NELSON B, SAINSBURY PA. A hundred cases of suicide : clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974, **125** : 355-373

BEAUTRAIS AL. Suicide and serious suicide attempts in youth : a multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 1093-1099

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

BECK AT, STEER RA. Clinical predictors of eventual suicide : a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *J Affect Disord* 1989, **17** : 203-209

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

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

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

BRENT DA, PERPER JA, GOLDSTEIN CE, KOLKO DJ, ALLAN MJ, ALLMAN CJ, ZELENAK JP. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988, **45** : 581-588

- BRENT DA, JOHNSON BA, PERPER J, CONNOLLY J, BRIDGE J, BARTLE S, RATHER C. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 1080-106
- BRENT DA. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior : mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life Threat Behav* 1995, **25** : 52-63
- BRENT DA, BAUGHER M, BRIDGE J, CHEN T, CHIAPPETTA L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 1497-1505
- BRENT DA, OQUENDO M, BIRMAHER B, GREENHILL L, KOLKO D. et coll. Familial pathways to early-onset suicide attempt : risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 2002, **59** : 801-807
- BROWN GL, GOODWIN FK, BALLENGER JC et coll. Aggression in humans correlates with cerebrospinal amines metabolites. *Psychiatry Res* 1979, **1** : 131-139
- BROWN GL, EBERT MH, GOYER PF. et coll. Aggression, suicide and serotonin : relationship to CSF amine metabolites. *Am J Psychiatry* 1982, **139** : 741-746
- BUSS AH, DURKEE A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol* 1957, **21** : 343-348
- 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
- CARNEY SS, RICH CL, BURKE PA, FOWLER RC. Suicide over 60 : The San Diego study. *J Am Geriatric Soc* 1994, **42** : 174-180
- CARROLL ST, RIFFENBURGH RH, ROBERTS TA, MYHRE EB. Tattoos and body piercings as indicators of adolescent risk-taking behaviors. *Pediatrics* 2002, **109** : 1021-1027
- CATALAN J. Sexuality, reproductive cycle and suicidal behaviour. In : HAWTON K, VAN HEERINGEN K. (eds). The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, J. Wiley and sons, Ltd. 2000 : 293-307
- CAVANAGH JT, OWENS DG, JOHNSTONE EC. Suicide and undetermined death in south east Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. *Psychol Med* 1999, **29** : 1141-1149
- CAVANAGH JT, CARSON AJ, SHARPE M, LAWRIE SM. Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. *Psychol Med* 2003, **33** : 395-405
- CHAMBERS WJ, PUIG-ANTISH J, HIRSCH M. 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
- CHENG AT. Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52** : 594-603
- CHENG AT, CHEN TH, CHEN CC, JENKINS R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 360-365

CHIU HF, YIP PS, CHI I, CHAN S, TSOH J, KWAN CW, LI SF, CONWELL Y, CAINE E. Elderly suicide in Hong Kong - a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand* 2004, **109** : 299-305

CONNER KR, DUBERSTEIN PR, CONWELL Y, SEIDLITZ L, CAINE ED. Psychological vulnerability to completed suicide : a review of empirical studies. *Suicide Life Threat Behav* 2001, **31** : 367-385

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* 2003a, **64** : 551-554

CONNER KR, BEAUTRAIS A L, CONWELL Y. Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts : Analyses of Canterbury suicide project data. *Alcohol Clin Exp Res* 2003b, **27** : 1156-1161

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

COOPER J, APPLEBY L, AMOS T. Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002, **37** : 271-275

DE LEO D, HICKEY PA, MENEGHEL G, CANTOR CH. Blindness, fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics* 1999, **40** : 339-344

DETRE K, WYSHAK G. A matching procedure for epidemiological studies. *J Chronic Dis* 1971, **24** : 83-92

DHOSSCHE DM, MELOUKHEIA AM, CHAKRAVORTY S. The association of suicide attempts and comorbid depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000, **22** : 281-288

DORPAT TL, RIPLEY HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry* 1960, **1** : 349-359

DUBERSTEIN PR, CONWELL Y, CAINE ED. Interpersonal stressors, substance abuse, and suicide. *J Nerv Ment Dis* 1993, **181** : 80-85

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

FARBEROW NL., SCHNEIDMAN ES. *The Cry for Help*. New York, McGraw-Hill Book Company, 1961

FARBEROW NL, KANG HK, BULLMAN TA. Combat experience and postservice psychosocial status as predictors of suicide in Vietnam veterans. *J Nerv Ment Dis* 1990, **178** : 32-37

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

FOSTER T, GILLESPIE K, MCCLELLAND R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1997, **170** : 447-452

FOSTER T, GILLESPIE K, MCCLELLAND R, PATTERSON C. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1999, **175** : 175-179

GOULD MS, SHAFFER D, FISHER P, GARFINKEL R. Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 155-162

GUSTAFSSON L, JACOBSSON L. On mental disorder and somatic disease in suicide : A psychological autopsy study of 100 suicides in northern Sweden. *Nord J Psychiatry* 2000, **54** : 383-395

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

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

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

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

HAWTON K, SIMKIN S, RUE J, HAW C, BARBOUR F. et coll. Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychol Med* 2002, **32** : 239-250

HAWTON K, HOUSTON K, HAW C, TOWNSEND E, HARRISS L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 1494-1500

HEIKKINEN ME, ARO HM, HENRIKSSON MM, ISOMETSA ET, SARNA SJ. et coll. Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcohol Clin Exp Res* 1994, **18** : 1143-1149

HEIKKINEN M, ISOMETSA ET, HENRIKSSON MM, MARTTUNEN MJ, ARO HM, LONNQVIST JK. Psychosocial factors and completed suicide in personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997, **95** : 49-57

HEILA H, ISOMETSA ET, HENRIKSSON MM, HEIKKINEN ME, MARTTUNEN MJ, LONNQVIST JK. Suicide and schizophrenia : a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997, **154** : 1235-1242

HEILA H, HEIKKINEN ME, ISOMETSA ET, HENRIKSSON MM, MARTTUNEN MJ, LONNQVIST JK. Life events and completed suicide in schizophrenia : a comparison of suicide victims with and without schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999, **25** : 519-531

HENRIKSSON MM, ARO HM, MARTTUNEN MJ, HEIKKINEN ME, ISOMETSA ET. et coll. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 935-940

HENRIKSSON MM, MARTTUNEN MJ, ISOMETSA ET, HEIKKINEN ME, ARO HM. et coll. Mental disorders in elderly suicide. *Int Psychogeriatr* 1995, **7** : 275-286

HENRIKSSON MM, ISOMETSA ET, HIETANEN PS, ARO HM, LONNQVIST JK. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995, **36** : 11-20

HENRIKSSON MM, ISOMETSA ET, KUOPPASALMI KI, HEIKKINEN ME, MARTTUNEN MJ, LONNQVIST JK. Panic disorder in completed suicide. *J Clin Psychiatry* 1996, **57** : 275-281

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

HIETANEN P, LONNQVIST J, HENRIKSSON M, JALLINOJA P. Do cancer suicides differ from others ? *Psycho Oncology* 1994, **3** : 189-195

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

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

ISOMETSA E, HENRIKSSON M, ARO H, HEIKKINEN M, KUOPPASALMI K, LONNQVIST J. Suicide in psychotic major depression. *J Affect Disord* 1994, **31** : 187-191

ISOMETSA ET, HEIKKINEN ME, MARTTUNEN MJ, HENRIKSSON MM, ARO HM, LONNQVIST JK. The last appointment before suicide : is suicide intent communicated ? *Am J Psychiatry* 1995, **152** : 919-922

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

ISOMETSA E, HEIKKINEN M, HENRIKSSON M, ARO H, MARTTUNEN M. et coll. Suicide in non-major depressions. *J Affect Disord* 1996, **36** : 117-127

ISOMETSA ET, LONNQVIST JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998, **173** : 531-535

ISOMETSA ET. Suicide. *Current Opinion in Psychiatry* 2000, **13** : 143-147

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

JOHNSON JG, COHEN P, SKODOL AE, OLDHAM JM, KASEN S, BROOK JS. Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999, **56** : 805-811

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

KOPLIN B, AGATHEN J. Suicidality in children and adolescents : a review. *Curr Opin Pediatr* 2002, **14** : 713-717

- LAWTON MP, BRODY EM. Assessment of older people : self maintenance and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969, **9** : 179-186
- LEON AC, FRIEDMAN RA, SWEENEY JA, BROWN RP, MANN JJ. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal for suicidal behavior : the application of survival analysis. *Psychiatry Res.* 1990, **31** : 99-108
- 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
- LINDEMAN S, HEINANEN H, VAISANEN E, LONNQVIST J. Suicide among medical doctors : Psychological autopsy data on seven cases. *Arch Suicide Res* 1998, **4** : 135-141
- LINEHAN MM. Suicidal people. One population or two. *Ann N Y Ac Sc* 1986, **487** : 16-33
- LINN BS, LINN MW, GUREL I. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc* 1968, **16** : 622-626
- LUOMA JB, MARTIN CE, PEARSON JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide : a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002, **159** : 909-916
- LYNCH TR, JOHNSON CS, MENDELSON T, ROBINS CJ, RANGA K, KRISHNAN R, BLAZER DG. New onset and remission of suicidal ideation among a depressed adult sample. *J Affect Disord* 1999a, **56** : 49-54
- LYNCH TR, JOHNSON CS, MENDELSON T, ROBINS CJ, RANGA K, KRISHNAN R, BLAZER DG. Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. *J Affect Disord* 1999b, **56** : 9-15
- 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
- MANN JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003, **4** : 819-828
- MARTTUNEN MJ, ARO HM, HENRIKSSON MM, LONNQVIST JK. Mental disorders in adolescent suicide : DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 834-839
- MARTTUNEN MJ, ARO HM, HENRIKSSON MM, LONNQVIST JK. Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 490-497
- MARTTUNEN MJ, ARO HM, HENRIKSSON MM, LONNQVIST JK. Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1994, **89** : 167-173
- MARTTUNEN MJ, ARO HM, HENRIKSSON MM, LONNQVIST JK. Adolescent suicides with adjustment disorders or no psychiatric diagnosis. *Europ Child Adolesc Psychiatry* 1994, **3** : 101-110
- MARTTUNEN MJ, HENRIKSSON MM, ARO HM, HEIKKINEN ME, ISOMETSA ET, LONNQVIST JK. Suicide among female adolescents : characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 1297-1307

MARTTUNEN M, HENRIKSSON M, PELKONEN S, SCHRODERUS M, LONNQVIST J. Suicide among military conscripts in Finland : a psychological autopsy study. *Mil Med* 1997, **162** : 14-18

MARTTUNEN MJ, HENRIKSSON MM, ISOMETSA ET, HEIKKINEN ME, ARO HM, LONNQVIST JK. Completed suicide among adolescents with no diagnosable psychiatric disorder. *Adolescence* 1998, **33** : 669-681

MCINTOSH JL. Control group studies of suicide survivors : a review and critique. *Suicide Life Threat Behav* 1993, **23** : 146-161

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

OWENS C, BOOTH N, BRISCOE M, LAWRENCE C, LLOYD K. Suicide outside the care of mental health services : a case-controlled psychological autopsy study. *Crisis* 2003, **24** : 113-121

PALLIS DJ, BARRACLOUGH BM, LEVEY AB et coll. Estimating suicide risk among attempted suicide : I. The development of new clinical scales. *Br J Psychiatry* 1982, **141** : 37-44

PALLIS DJ, GIBBONS JS, PIERCE DW. Estimating suicide risk among attempted suicide : II. Efficiency of predictive scale after the attempt. *Br J Psychiatry* 1984, **144** : 139-148

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

PFEFFER CR. Suicide in mood disordered children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002, **11** : 639-647

PFEFFER CR. Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior : unmet needs for suicide prevention. *Biol Psychiatry* 2001, **49** : 1055-1061

PITKALA K, ISOMETSA ET, HENRIKSSON MM, LONNQVIST JK. Elderly suicide in Finland. *Int Psychogeriatr* 2000, **12** : 209-220

PIRKOLA S, ISOMETSA E, HEIKKINEN M, LONNQVIST J. Employment status influences the weekly patterns of suicide among alcohol misusers. *Alcohol Clin Exp Res* 1997, **21** : 1704-1706

PIRKOLA SP, ISOMETSA ET, HEIKKINEN ME, HENRIKSSON MM, MARTTUNEN MJ, LONNQVIST JK. Female psychoactive substance-dependent suicide victims differ from male--results from a nationwide psychological autopsy study. *Compr Psychiatry* 1999, **40** : 101-107

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

PORSTEINSSON A, DUBERSTEIN PR, CONWELL Y, COX C, FORBES N, CAINE ED. Suicide and alcoholism. Distinguishing alcoholic patients with and without comorbid drug abuse. *Am J Addict* 1997, **6** : 304-310

QIN P, AGERBO E, MORTENSEN PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders : a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002, **360** : 1126-1130

- QIN P, AGERBO E, MORTENSEN PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors : a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 765-772
- RENAUD J, BRENT DA, BIRMAHER B, CHIAPPETTA L, BRIDGE J. Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 846-851
- RICH C, FOWLER R, YOUNG D, BLENKUSH M. San Diego suicide study : comparison of gay to straight males. *Suicide Life Threat Behav* 1986, **16** : 448-457
- RICH CL, SHERMAN M, FOWLER RC. San Diego Suicide Study : the adolescents. *Adolescence* 1990, **25** : 855-865
- ROBINS E, GASSNER S, KAYES J, WILKINSON RH, MURPHY GE. The communication of suicidal intents : a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959, **115** : 724-733
- SCHMIDT P, MULLER R, DETTMAYER R, MADEA B. Suicide in children, adolescents and young adults. *Forensic Sci Int* 2002, **127** : 161-167
- SCHMIDTKE A, BRAHE U, DELEO D. et coll. attempted suicide in europe : rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. results of the who/euro multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* 1996, **93** : 327-338
- SHAFFER D, FISCHER P, PARIDES M, GOULD M. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1995, **25** : 64-71
- 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
- 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
- SHAFII M, SHAFII SL. School violence, depression, and suicide. *J Appl Psychoanalytic Stud* 2003, **5** : 155-169
- SHAH A, DE T. Suicide and the elderly. *Intern J Psychiatry Clinic Pract* 1998, **2** : 3-17
- SPITZER RI, WILLIAMS JBW, GIBBON M. Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). New York, New York State Psychiatric Institute, *Biometrics research*, 1986
- TYRER P, ALEXANDER J, FERGUSON B. Personality assessment schedule (PAS) In : TYRER P. (ed) Personality disorder : diagnosis, management and course. 1988. Butterworth/Wright, London : 140-167
- VELTING DM, SHAFFER D, GOULD MS, GARFINKEL R, FISHER P, DAVIES M. Parent-victim agreement in adolescent suicide research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 1161-1166
- VIJAYAKUMAR L, RAJKUMAR S. Are risk factors for suicide universal ? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand* 1999, **99** : 407-411

WAERN M, RUNESON BS, ALLEBECK P, BESKOW J, RUBENOWITZ E. et coll. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002, **159**: 450-455