
6

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

La mise en place de recherches utilisant les méthodes de l'autopsie psychologique suppose l'implication à des degrés divers de multiples intervenants pour lesquels des besoins d'information et de formation peuvent être identifiés. Ce chapitre vise à donner seulement une estimation des besoins de formation pour les équipes de recherche. Cette estimation se fonde sur les formations mises en place au Québec par l'équipe de recherche de Monique Séguin⁴. Les formations à réaliser en France pourront bénéficier de l'expérience québécoise.

Trois types de formations peuvent être envisagés :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Revue des dossiers des usagers

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

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

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

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

Utilisation des services par les usagers

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

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

Formation destinée aux interviewers

Les interviewers doivent avoir une connaissance minimale sur :

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

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

Formation

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

Formation pour l'évaluation de la psychopathologie

La présence d'une psychopathologie individuelle (axe I et axe II selon le DSM-IV) est systématiquement recherchée. Les diagnostics sont établis à l'aide du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) (Spitzer et coll., 1986). Il s'agit d'un instrument clinique standardisé permettant d'établir les diagnostics actuels après le décès ainsi que les diagnostics antérieurs, avant le décès, et la chronologie de troubles selon les critères de l'axe I du DSM-IV. Le questionnaire sous sa forme auto-administrée (SCID-II-SR) permet d'établir des diagnostics selon l'axe II du DSM-IV (1987) et la chronologie des troubles. La consistance interne est excellente avec un alpha de Cronbach⁵ de 0,88 (Côté et Hodgins, 1990).

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

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

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

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

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

Méthode pour la description des trajectoires de vie

La reconstruction de la trajectoire de vie (Séguin, 1999), inspirée du *Life History Calendar* (Caspi et coll., 1996) et du *ALPHI-Adult Life Phase Interview* (Bifulco, 2000), prend la forme d'une entrevue semi-standardisée avec un ou plusieurs proches connaissant bien la personne décédée. Les proches décrivent le parcours de vie de la personne décédée afin de documenter les moments d'apparition des difficultés et de mettre en lumière des facteurs de risque et de protection rencontrés. À l'aide d'un calendrier sur lequel on peut retracer les grandes étapes de vie, dont la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, la période de jeune adulte, la vie adulte, et à travers une entrevue basée sur un mode de la conversation, les interviewers documentent par des anecdotes, ces grandes étapes de la vie de la personne décédée.

Cette approche qui utilise un calendrier de vie, retrace en regard de douze sphères de développement les différents événements qui ont jalonné la vie des individus : lieu de résidence, relation parents-enfants, vie affective et vie de couple, vie familiale, épisodes de difficultés personnelles, vie académique et professionnelle, vie sociale, pertes/séparation/départ, autres éléments d'adversités, facteurs de protection, recherche de service et prise de médicaments. Les intervenants tentent de déterminer si ces événements ont pu se produire de manière situationnelle ou permanente dans la vie de la personne décédée ; la durée, l'intensité et la fréquence sont précisées. Cette analyse repose sur le rappel des événements tels que décrits par les proches, en combinaison avec des documents écrits, par exemple des documents personnels (les agendas personnels), les rapports médicaux, les dossiers psychosociaux... Suite à ce recueil de données, chaque trajectoire de vie est analysée individuellement. En panel d'experts, les chercheurs accordent une cote représentant le poids du risque de suicide, pour chaque période de cinq années de la vie. Cette cote de risque (de 1 à 6) permet d'identifier le degré de risque

dans le développement de l'individu (voir tableau V de la communication de Monique Séguin).

Panel d'évaluateurs et leur formation

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

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

Composition du panel

Au Canada, le panel d'experts est composé de trois personnes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Formation et aspects éthiques

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

- BIFULCO A, BERNAZZANI O, MORAN PM, BALL C. Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000, **35** : 264-275
- BRENT DA. The psychological autopsy method: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1989, **19** : 43-57
- CASPI A, MOFFITT T, THORNTON A. The life history calendar: A research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1996, **6** : 101-114
- CÔTÉ G, HODGINS S. Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1990, **18** : 271-281
- LESAGE AD, BOYER R, GRUNBERG F, VANIER C, MORISSETTE R, et coll. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1063-1068
- SÉGUIN M. Trajectoire de vie et résilience des personnes suicidaires. *Revue Frontières* 1999, **12** : 11-16
- SÉGUIN M, LESAGE A, KIELY MC. Parental bereavement after suicide and accident : a comparative study. *Suicide Life Threat Behav* 1995, **25** : 489-492
- SPITZER RI, WILLIAMS JBW, GIBBON M. Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). Biometrics research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1986
- TURECKI G, ZHU J, TZENOVA J, LESAGE A, SEGUIN M, et coll. TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry* 2001, **6** : 98-102