

Compte rendu de la rencontre-débat autour de l'expertise opérationnelle :

Autopsie psychologique Mise en œuvre et démarches associées

10 septembre 2008

Centre d'expertise collective

Rencontre-débat¹ autour de l'expertise opérationnelle « Autopsie psychologique - Mise en œuvre et démarches associées » le 10 septembre 2008

Accueil

Jeanne ETIEMBLE, directrice du Centre d'expertise collective de l'Inserm, rappelle que la Direction générale de la santé (DGS) a sollicité l'Inserm à deux reprises pour faire un bilan des connaissances sur la démarche d'autopsie psychologique en recherche. Un premier rapport a été établi en 2005, faisant le point sur l'ensemble de la littérature, à la suite duquel la DGS a souhaité approfondir le sujet. Un groupe de travail a ainsi défini un certain nombre de principes et analysé les obstacles liés à cette démarche.

Introduction : intérêts et limites de l'autopsie psychologique en recherche

Les intérêts et les limites de l'autopsie psychologique ont été présentés par trois membres du groupe de travail : Jean-Louis TERRA, Frank BELLIVIER et Françoise FACY.

Qu'est-ce que l'autopsie psychologique et quel est son intérêt comme outil de recherche ?

Jean-Louis TERRA remercie tout d'abord la DGS d'avoir transmis cette demande d'expertise à l'Inserm. Une première expertise a permis d'identifier l'intérêt de l'autopsie psychologique comme outil de recherche. Une expertise opérationnelle destinée à identifier les prérequis pour la mise en œuvre de cette démarche d'autopsie psychologique en France a ensuite été réalisée.

La méthode d'autopsie psychologique associe l'approfondissement de cas individuels d'un point de vue qualitatif – le recueil des données a été estimé à 30 heures par personne décédée dans l'étude coordonnée par Monique Séguin au Nouveau-Brunswick – à un recueil de données quantitatif. Elle s'avère efficace sur le plan scientifique et permet de mettre en évidence les facteurs de risque du suicide. La méthode est également efficace sur le plan de l'analyse de la demande de soins. Elle consiste en fin de compte à analyser des trajectoires de vie dans une logique chronologique, multidimensionnelle et pluriprofessionnelle.

En matière de mise en œuvre, la question vise à savoir comment réaliser cette démarche en France en fonction des forces et faiblesses du pays, des opportunités et des réticences. Sur ce point, l'aspect culturel importe tout particulièrement. L'aspect réglementaire nécessite également d'être pris en compte. Par ailleurs, si cette méthode de recherche était acceptée culturellement et les autorisations légales délivrées, il conviendrait d'identifier les types de population qui seraient – dans un premier temps – visés. Enfin, il convient de ne pas perdre de vue que ce type de recherches présente certaines limites en termes d'acceptabilité sociale étant entendu que celles-ci se penchent sur des personnes frappées par le deuil.

¹ Compte-rendu réalisé en temps réel par la société Ubiquis (www.ubiquis.fr)

Qu'apporte en complément l'étude de marqueurs biologiques ?

Frank BELLIVIER indique que cette méthode d'investigation se propose d'élucider les facteurs de risque des décès par suicide et d'évaluer les pratiques de soins et de prévention. À ce titre, elle s'avère très intéressante.

Dans le cadre des travaux d'expertise, Frank BELLIVIER précise avoir coordonné avec Odile SPREUX-VAROQUAUX (tous deux membres du groupe de travail) une discussion périphérique au sujet sur les deux questions suivantes :

- quel serait l'intérêt de l'autopsie psychologique pour les études menées en neurobiologie fondamentale et en génétique du suicide ?
- quel apport les connaissances biologiques et génétiques pourraient-elles avoir dans la conduite de l'autopsie psychologique ?

Quel serait l'intérêt de l'autopsie psychologique pour les études menées en neurobiologie et en génétique du suicide ?

En préalable, il convient de rappeler que les conduites suicidaires sont une entité morbide très hétérogène recouvrant des réalités très différentes, ce qui constitue une difficulté très importante à laquelle les chercheurs sont confrontés. En effet, cette hétérogénéité est sous-tendue par une hétérogénéité des facteurs de risque. Par ailleurs, les conduites suicidaires constituent des entités multifactorielles complexes.

Il ressort du travail du groupe d'experts que l'apport de l'autopsie psychologique serait relativement important. D'un point de vue de l'hétérogénéité des conduites suicidaires, il semble en effet qu'un sous-type se distingue d'un point de vue génétique, à savoir les conduites suicidaires graves. L'architecture des facteurs de risque associés à ces conduites comporte quelques spécificités qui constituent des sources d'informations très importantes pour comprendre les mécanismes à l'œuvre.

La première conclusion est donc celle-ci : l'étude de ces conduites suicidaires graves est particulièrement pertinente dans l'analyse des facteurs neurobiologiques et génétiques associés à ces conduites suicidaires.

Quel apport les connaissances biologiques et génétiques pourraient-elles avoir pour l'autopsie psychologique ?

Il ressort des travaux du groupe qu'aucun marqueur biologique ne permet d'affirmer qu'un décès est un suicide, étant entendu que la spécificité de ces indicateurs biologiques est très mauvaise. Ainsi, chez une personne vivante et suicidaire, la connaissance de ces indicateurs n'a aucune valeur prédictive.

Quel pourrait être l'impact de l'autopsie psychologique en santé publique ?

Françoise FACY s'associe tout d'abord aux remerciements de Jean-Louis TERRA formulés à l'égard de la DGS. Le suicide qui représente 2 % des causes médicales de décès revêt une importance relative en fonction de l'âge, du sexe et des catégories socioprofessionnelles. Françoise FACY rappelle l'ensemble des facteurs recensés qui influencent la santé que sont la biologie, l'environnement, l'écologie, la géographie, l'organisation du système de santé, la

démographie, la socio-économie (logement, emploi), les connaissances scientifiques et leur transfert vers le public, les comportements individuels et les facteurs culturels.

Ces repères légitiment une démarche de santé publique qui pourrait être une plateforme de travaux d'expérimentation et d'orientation des politiques. Par ailleurs, dans le cadre d'une politique de santé publique, l'amélioration des connaissances sur le suicide constitue un point fondamental ; elle permettrait de mieux relativiser le rôle des différents facteurs de risque. La France se heurte à une méconnaissance mais pourrait pourtant mieux prévenir un certain nombre de conduites à risques.

Françoise FACY insiste pour finir sur la nécessité de faire le lien entre soin et prévention en favorisant une prévention médicale reconnue, de faciliter par ailleurs la mobilisation d'associations intervenant en prévention et de disposer d'outils éprouvés tels que l'autopsie psychologique.

Table ronde n°1: Dans quels domaines, des recherches impliquant l'autopsie psychologique pourraient-elles avoir un impact sur la prévention du suicide ?

La table ronde est introduite et animée par Michel DEBOUT et Agnès BATT, membres du groupe de travail. Y participent :

- au titre des associations : Rémy BADO (SEPIA : Suicide écoute prévention intervention auprès des adolescents ; membre du groupe de travail), Catherine BONIFAS (Association nationale Jonathan Pierres Vivantes), Jean-Jacques CHAVAGNAT (GEPS : Groupe d'études et de prévention du suicide), Joanna de LAGARDE (Association Phare Enfants-Parents), Christian POUPIN (GEPS : Groupe d'études et de prévention du suicide), Chantal ROUSSY (UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades psychiques)
- au titre des institutions : Hervé ASTRE (Macif Prévention), Julie BARROIS (Direction générale de la santé), Marie-Laure JELIN (Service médico-psychologique régional des Baumettes), Dominique LINGK (Inspection régionale de la santé, Drassif), Véronique PAJANACCI (Direction de l'administration pénitentiaire), Guillaume VAIVA (membre du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille, CHRU de Lille)

Michel DEBOUT juge impossible de s'interroger sur la réalisation de l'autopsie psychologique sans faire l'état des lieux des autopsies et enquêtes judiciaires réalisées suite à une mort par suicide. Force est actuellement de constater que suite à un suicide, les interventions policières, judiciaires ou médicales ne visent pas à comprendre l'origine du suicide mais à confirmer la mort par suicide. De son point de vue, rien ne pourra être réalisé en matière d'autopsie psychologique sans associer le milieu judiciaire notamment. Michel DEBOUT signale par ailleurs qu'à ce jour, la prise de substances psychoactives n'est pas recherchée suite à une mort par suicide alors qu'il est admis que ces consommations constituent un facteur de risque. De son point de vue, les autopsies médico-légales dont le but consisterait également à inscrire cet examen dans un objectif plus général de compréhension du fait suicidaire semblent opportunes.

Intervention des associations

Au nom des familles endeuillées, Catherine BONIFAS (Association nationale Jonathan Pierres Vivantes) juge la démarche de l'autopsie psychologique très importante – nombre de familles ont en effet le désir de comprendre – même si celle-ci nécessite de prendre des précautions, notamment dans le choix et l'accompagnement des volontaires et dans le respect de la confidentialité. La problématique du retour des entretiens aux familles doit également être prise en considération. Catherine BONIFAS insiste enfin sur l'importance de la réalisation d'enquêtes auprès de personnes vivantes ayant fait des tentatives de suicide afin de comprendre leur trajectoire de vie et d'identifier les facteurs qui ont favorisé le retour à la vie.

Jean-Jacques CHAVAGNAT, président du GEPS, rappelle que depuis 1969, le GEPS s'est toujours intéressé à l'environnement du suicidé. À l'époque, les acteurs qui recevaient systématiquement les proches du suicidé étaient très minoritaires, ce que le GEPS a essayé de corriger. L'accompagnement des proches est peu à peu devenu une règle, bien que pas toujours suivie. Par la suite, les échanges avec les Québécois ont permis de prendre connaissance de la démarche de l'autopsie psychologique. Fort de son expertise et de son expérience, le GEPS souhaite aujourd'hui participer à la mise en place de cette démarche en France.

Joanna de LAGARDE (Association Phare Enfants-Parents) rappelle que l'association Phare Enfants-Parents œuvre notamment dans le domaine de la prévention du suicide mais aussi dans l'accompagnement des familles endeuillées. Elle confirme que les familles reçues par l'association s'inscrivent quasi-unanimement dans une quête de savoir et de comprendre et déplorent très souvent le refus qui leur est opposé au sujet de la transmission des résultats des autopsies médico-légales éventuellement réalisées.

Joanna de LAGARDE évoque ensuite la préoccupation de l'association Phare Enfants-Parents vis-à-vis des jeunes qui se suicident du fait d'une vulnérabilité mais pour lesquels aucun facteur de risque familial, social ou environnemental spécifique n'est identifié et, là encore, le souci de comprendre.

Plus généralement et compte tenu du fait que les changements comportementaux apparaissent en premier lieu aux proches, l'opportunité de les associer et de les interroger semble particulièrement importante.

Rémy BADOUC, directeur de SEPIA, attend de l'autopsie psychologique une meilleure prise en charge des individus suicidaires compte tenu du décalage observé à ce jour entre les besoins et les services ou soins que ceux-ci reçoivent. L'association SEPIA souhaiterait par ailleurs être associée aux recherches.

Chantal ROUSSY, présidente de la section UNAFAM - Paris, considère que ces recherches devraient pouvoir faciliter la prévention sur la vulnérabilité psychologique des individus qui n'est jamais prise en compte du fait de la stigmatisation trop importante de la maladie psychique. Il est pourtant plus que probable que les suicides surviennent du fait de souffrances psychiques non détectées. Il importe donc que les proches parviennent à identifier les fragilités psychologiques d'un individu.

Intervention des institutions

Guillaume VAIVA, membre du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille, insiste sur le levier que constitue la psychopathologie et sur l'importance de la postvention dans les travaux d'autopsie psychologique. Il évoque ensuite la nécessité, de son point de vue, de traiter – dans le cadre de l'autopsie psychologique – de la clinique de la mise en acte.

Les autopsies psychologiques sont néanmoins très lourdes, notamment les études cas-témoins. Ainsi, s'il s'avère possible de mettre en place une infrastructure aussi lourde, il conviendra de faire en sorte que d'autres programmes de recherche puissent s'y greffer.

Jean-Pierre SOUBRIER, vice-président de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) et membre international de l'OMS pour la prévention du suicide et la recherche, rappelle que l'Organisation Mondiale de la Santé s'est toujours intéressée aux statistiques, à l'épidémiologie et donc à l'autopsie psychologique qu'elle juge souhaitable. Son intérêt consisterait notamment à éliminer l'idée selon laquelle le suicide serait le fait exclusif de la maladie mentale.

Julie BARROIS, de la Direction générale de la santé, signale qu'un comité de pilotage a été mis en place le 30 juin 2008 sur lettre de mission de la Ministre de la Santé dont le rapport est attendu pour la fin de l'année. Ce comité doit notamment traiter de la question de l'autopsie psychologique et de sa mise en œuvre.

Hervé ASTRE, de Macif Prévention, indique que la Macif indemnise chaque année 700 familles de suicidés dans la mesure où elle considère le suicide comme un accident de la vie, développe des moyens d'écoute et de repérage – en lien avec les associations d'accueil et d'écoute dont l'association Jonathan Pierres Vivantes – et suit par ailleurs de très près l'évolution de la sinistralité pour mieux s'adapter aux besoins que ses sociétaires expriment en termes d'accompagnement et de soutien.

Marie-Laure JELIN, du Service médico-psychologique régional des Baumettes, rappelle que le milieu pénitentiaire se caractérise par un taux de suicide six à sept fois plus élevé qu'en population générale. De son point de vue, il s'agit d'un milieu très favorable à la mise en œuvre de l'autopsie psychologique dans la mesure où les cas de suicide sont d'une part, nombreux et d'autre part, facilement identifiables. Tous les professionnels du milieu expriment le besoin de mieux comprendre ce phénomène. Le travail pourrait notamment porter sur le lien entre une population présentant des facteurs de risque élevés et le milieu carcéral, par exemple sur la question de l'accès aux soins ou des facteurs déclenchants du suicide. Marie-Laure JELIN insiste pour finir sur le besoin de formation des personnels et sur la nécessité, pour ceux-ci, de pouvoir mieux repérer et intervenir face au suicide.

Véronique PAJANACCI, de l'Administration pénitentiaire, confirme l'intérêt de l'Administration pénitentiaire pour l'outil que constitue l'autopsie psychologique, qui reste pour l'heure très peu connu – des acteurs judiciaires et pénitentiaires notamment. Son expérimentation en établissement pénitentiaire paraîtrait très opportune à condition d'associer en amont les personnels de santé et les magistrats concernés. L'objectif est d'approfondir l'analyse des causes de suicide en prison et ainsi d'améliorer la prévention du suicide dans un milieu qui connaît encore trop de suicides malgré les politiques mises en œuvre et la baisse notable du nombre de suicides depuis plusieurs années.

À la question de la pratique de l'autopsie psychologique, Frank BELLIVIER indique que les questions de confidentialité sont parfaitement intégrées dans les expérimentations réalisées au Québec. L'autopsie psychologique est également associée à un accompagnement qui fait partie intégrante de la pratique, de même que le retour vis-à-vis des participants. Quant à la lourdeur de la tâche, elle est à la hauteur de l'intérêt qu'elle présente. S'agissant des recherches sur les tentatives de suicide, nombre sont en cours au sein de différentes équipes. La multiplication des recherches contribue d'ailleurs à diminuer la stigmatisation du phénomène.

Geoffroy LORIN (Service d'anatomie pathologique et de médecine légale, Hôpital Raymond Poincaré) revient sur l'opportunité du terme d'autopsie psychologique. Sur ce point, il suggère d'employer le terme de « profilage du suicidé ».

Conclusion de la table ronde n°1

Agnès BATT considère que les soucis de prudence, certes évoqués, ont été peu développés. Les attentes de la recherche semblent optimistes mais force est de constater que certaines recherches tendent à dérapier. Ainsi, les chercheurs devront notamment veiller à l'utilisation qui sera faite des résultats. Dans ce cadre, Agnès BATT insiste sur la problématique de l'éthique et de la publication des données afférentes à cette recherche et met notamment en garde contre le fichage de certains individus et éventuellement de leur famille identifiés comme « fragiles » qui pourrait s'en suivre.

Table ronde n°2 : Quels sont les moyens et compétences nécessaires pour la mise en œuvre de recherches impliquant l'autopsie psychologique ?

La table ronde est introduite et animée par Odile SPREUX-VAROQUAUX et Benoît DELATTE, membres du groupe de travail.

Y participent au titre des professionnels : Nadia CHERKASKY (Vice-présidente de l'UNPS, psychologue clinicienne), Philippe DAVEZIES (Institut universitaire de médecine et santé au travail), François DUCROCQ (CHRU Lille), Caroline DURET (Cabinet Stimulus, Hôpital Sainte Anne), Patrick LÉGERON (Cabinet Stimulus, Hôpital Sainte Anne), Geoffroy LORIN (Service d'anatomie pathologique et de médecine légale, Hôpital Raymond Poincaré), Jean-Pierre SOUBRIER (Vice-président de l'UNPS, membre international de l'OMS pour la prévention du suicide et la recherche), Mario SPERANZA (Service de pédiatrie et psychiatrie, Centre hospitalier de Versailles), Jean-Michel THURIN (Fédération française de psychiatrie), Guillaume VAIVA (membre du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille, CHRU de Lille).

Odile SPREUX-VAROQUAUX indique avoir participé à l'étude sur les marqueurs biologiques. En la matière et compte tenu des anomalies de l'axe du stress (cortisol) ou de certains neurotransmetteurs, il semble opportun de définir les sous-groupes cliniques relatifs aux troubles psychologiques, en y associant les données neurobiologiques. Elle insiste également sur le manque actuel de recherches de données de corrélation entre la clinique et la biologie dans la littérature internationale.

Nadia CHERKASKY, vice-présidente de l'UNPS et psychologue clinicienne, intervient en consultation privée auprès de personnes suicidantes et de familles endeuillées. De son point

de vue, l'autopsie psychologique répond à la demande des endeuillés et des professionnels. La subtilité du contact est toutefois primordiale.

Philippe DAVEZIES, de l'Institut universitaire de médecine et santé au travail, indique que l'usage de l'autopsie psychologique dans le milieu du travail a été recommandé par le rapport Nasse et Légeron²; lui-même réalise des analyses cliniques suite à des décompensations dépressives en milieu du travail. Toutefois, dans le milieu du travail, les difficultés sont nombreuses, notamment le caractère conflictuel, le problème de l'imputabilité, la mise en forme de tableaux cliniques par le patient lui-même, l'analyse de la conflictualité sociale du travail à laquelle les psychologues et les psychiatres sont peu formés, la demande d'assistance des employeurs en matière de prise en charge des problèmes psychiques d'un point de vue individuel et non du point de vue de l'organisation du travail ou encore, le manque de connaissance globale. Dans ce cadre, l'autopsie psychologique peut apparaître comme une boîte de Pandore. La démarche devra donc être extrêmement cadrée. Philippe DAVEZIES insiste pour finir sur l'opportunité de lancer cette démarche sur la dépression professionnelle.

Patrick LÉGERON, médecin psychiatre et directeur général du Cabinet Stimulus, rappelle que la problématique des risques psychosociaux au travail a explosé médiatiquement avec les suicides au travail intervenus en 2007. Après un silence assourdissant, le Gouvernement a contribué à la mise en place d'un cadre de lutte européen contre le stress au travail et a par ailleurs commandé l'élaboration d'un rapport sur les risques psychosociaux² dont toutes les recommandations ont été reprises par le Ministre du Travail. Toutes sauf une ont été acceptées par les organisations patronales et salariales : l'autopsie psychologique des suicides a été rejetée violemment. Le terme « autopsie psychologique », le manque d'explications et le manque de garde-fous peuvent constituer des éléments explicatifs à ce refus. Le Ministre du Travail a néanmoins mis en place neuf commissions dont une est dédiée à l'autopsie psychologique.

Patrick LÉGERON insiste par ailleurs sur la nécessité de réintroduire des connaissances médicales dans le milieu de l'entreprise.

Pour conclure, il considère que l'autopsie psychologique devrait être utilisée dans le milieu du travail, étant entendu que cet outil doit pouvoir protéger la vie privée. En effet, pour lutter contre le phénomène du stress, de la souffrance et du suicide au travail, une connaissance exacte des chiffres est nécessaire de même que la compréhension du phénomène (facteurs à l'origine, facteurs déclenchants, facteurs de non prise en charge de la souffrance par l'environnement).

François DUCROCQ, du CHRU de Lille, souligne pour sa part les conséquences psycho-traumatiques d'un suicide sur l'entourage et sur les liens entre traumatisme et suicide. Il évoque ensuite l'étude dont le montage est en cours suite à une demande du CHSCT³ du Ministère de l'Écologie, de l'Énergie et du Développement durable sur les facteurs déclenchant ou précipitant le suicide et qui pourraient être repérés par le collectif de travail.

² PHILIPPE NASSE, PATRICK LEGERON. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Rapport remis à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité le 12 mars 2008

³ Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Geoffroy LORIN, du Service d'anatomie pathologique et de médecine légale de l'Hôpital Raymond Poincaré, souligne les limites qu'il conviendrait de lever dans le cadre de la mise en œuvre de l'autopsie psychologique. Tout d'abord, l'autopsie médico-légale, actuellement non systématique en France dans un contexte suicidaire, constitue un préalable incontournable. Elle permet en effet de préciser les circonstances du décès, d'évaluer le degré de violence du passage à l'acte suicidaire, de mettre en évidence une co-morbidité (par exemple, des signes évocateurs d'alcoolisme chronique), de montrer des traces anciennes d'auto-mutilation ou de phlébotomie et de déceler l'éventuelle prise de produits toxiques ou de traitement psychotrope par des analyses toxicologiques complémentaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette démarche, il conviendrait par ailleurs – et notamment – de mobiliser les magistrats du parquet sur l'intérêt de l'autopsie médico-légale et psychologique dans les cas de suicide, de mobiliser les médecins légistes sachant que nombre d'entre eux sont réticents à rencontrer les familles d'individus décédés par mort violente et de mobiliser les intervenants de l'enquête décès sur l'intérêt de transmettre les écrits suicidaires à des psychiatres.

Les prélèvements *post-mortem* à visée scientifique pour l'analyse des biomarqueurs du suicide sont actuellement limités par deux contraintes :

- une contrainte légale, par interdiction de réaliser des analyses génétiques *post-mortem* en l'absence de consentement écrit fait du vivant de la personne décédée ;
- une contrainte de temps, par l'impossibilité de réduire le délai entre la constatation du décès et l'autopsie médico-légale (> 8 heures).

Jean-Pierre SOUBRIER, Vice-président de l'UNPS et membre international de l'OMS pour la prévention du suicide et la recherche, rappelle que la méthode de l'autopsie psychologique a été initiée conjointement par Theodore Curphey (*coroner* et *medical examiner* de Los Angeles) en association avec les fondateurs du Centre de prévention du suicide (Norman Farberow, Robert Litman, Edwin Shneidman). Jean-Pierre SOUBRIER signale que l'autopsie psychologique doit être considérée comme l'investigation d'une mort pour laquelle le suicide est une probabilité ; il s'agit dans ce cas d'une expertise judiciaire. Mais l'autopsie psychologique est définie comme une investigation pluridisciplinaire. À ce titre, le terme d'autopsie bio(graphique)-psycho-sociale a été proposé. L'autopsie psychologique s'inscrit par ailleurs dans un souci de postvention.

Jean-Pierre SOUBRIER conclut son propos en signalant que l'Association américaine de suicidologie a mis en place un groupe de travail auquel il participe. Ce groupe a la vocation de définir les qualifications nécessaires pour la réalisation d'une autopsie psychologique, à savoir une expérience de terrain, une expérience en matière de suicidologie, une activité de recherche scientifique ainsi qu'une activité de participation à des congrès sur le sujet.

Mario SPERANZA, du Service de pédiatrie et psychiatrie du Centre hospitalier de Versailles, considère que dans le domaine de l'autopsie psychologique, il semble difficile d'envisager de séparer l'aspect recherche de l'impact des résultats de cette autopsie psychologique. Et si l'autopsie psychologique introduit une composante d'accompagnement des parents, elle ne doit pas remplacer le développement de programmes spécifiques de postvention, notamment au sein de réseaux spécifiques. Enfin, s'agissant des adolescents, l'étude de cas uniques semble préférable.

Jean-Michel THURIN, président du Collège recherche de la Fédération française de psychiatrie, juge l'expertise opérationnelle réalisée sur l'autopsie psychologique très intéressante dans sa perspective d'associer l'action à la connaissance et de réunir différents niveaux d'approche, dont celle d'entretiens semi-dirigés. Cette démarche semble par ailleurs intéressante dans l'aspect prévention qu'elle présente. Jean-Michel THURIN note toutefois l'absence de prise en compte des psychiatres et des soignants dans leur dimension individuelle. Quant aux aspects d'éthique de la recherche, de la formation des intervenants et du respect du temps de deuil, ils sont abordés de manière satisfaisante. Deux limites méritent néanmoins d'être soulignées à savoir l'absence d'études sur le rôle des facteurs déclenchants et sur les personnes suicidaires suivies qui, en dépit des facteurs de risque qui pèsent sur eux, ne passent finalement pas à l'acte. Par ailleurs, ce qui concerne l'examen des dossiers des services sociaux, des praticiens libéraux et des établissements publics et privés de santé (cf. p. 38⁴), ainsi que des documents personnels (les agendas personnels), semble déplacé dans sa présentation actuelle et risque d'avoir un effet très négatif.

Pour finir, Jean-Michel THURIN évoque deux actions en cours au sein de la Fédération française de psychiatrie, à savoir la collection d'études systématiques de cas - visant à la prévention des passages à l'acte chez les patients *borderline* - dans le cadre du Réseau de recherches sur les pratiques psychothérapeutiques (U 669 - FFP) et la tenue d'une conférence de consensus sur les endeuillés programmée dans les deux années à venir.

Guillaume VAIVA revient sur la nécessité d'articuler recherche et soutien psychique, ce qui constitue une réelle nouveauté pour les Nord-américains. Sur ce point, il propose que la France effectue une part du chemin inverse : le pays a d'énormes progrès à faire dans l'association d'authentiques chercheurs aux études de terrain et dans l'attribution des rôles. L'Inserm doit revenir dans le champ opérationnel.

Dans ses conclusions sur la table ronde et concernant la question méthodologique, Benoît DELATTE insiste sur la nécessité de définir les objectifs de l'étude. La mise en place de l'autopsie psychologique doit par ailleurs relever d'une étude multidisciplinaire associant des intervenants formés. Quant à la postvention, elle est particulièrement importante. Enfin, l'autopsie psychologique doit associer recherche et soutien.

Conclusion de la rencontre-débat

En conclusion, Jean-Louis TERRA remercie tout d'abord l'équipe de l'Inserm ayant accompagné les travaux d'expertise.

Il rappelle ensuite que la question de la prévention du suicide comprend la promotion de la santé, la prévention du suicide, l'intervention de crise et la postvention. Les résultats des recherches conduites avec l'autopsie psychologique devraient améliorer ces quatre niveaux. Quant aux recherches menées au travers de l'autopsie psychologique, elles doivent pouvoir être déconnectées de la question consistant à confirmer la mort par suicide et la recherche de responsabilités. Par ailleurs, il est certain que le recueil des données dans le cadre de l'autopsie psychologique risque d'être problématique. Globalement, la question consiste à savoir comment améliorer le système en fonction de l'expérience accumulée. Jean-Louis

⁴ Inserm. Autopsie psychologique - Mise en œuvre et démarches associées. Collection Expertise collective, Éditions Inserm, 2008

TERRA signale également que la proposition de recherche devra être séparée de la proposition d'aide.

Il remercie enfin la DGS pour avoir permis, par sa demande, d'engager la réflexion sur cette démarche d'autopsie psychologique et remercie l'ensemble des participants pour leur contribution fructueuse à ce débat.

Liste des présents : Hervé ASTRE (Macif Prévention), Rémy BADOE (SEPIA : Suicide écoute prévention intervention auprès des adolescents ; membre du groupe de travail), Julie BARROIS (Direction générale de la santé), Agnès BATT (membre du groupe de travail), Frank BELLIVIER (membre du groupe de travail ; Centre de psychiatrie adulte, Hôpital Henri Mondor), Catherine BONIFAS (Association nationale Jonathan Pierres Vivantes), Jean-Jacques CHAVAGNAT (GEPS : Groupe d'études et de prévention du suicide), Nadia CHERKASKY (Vice-présidente de l'UNPS, psychologue clinicienne), Jean-Luc DAVAL (Centre d'expertise collective Inserm), Philippe DAVEZIES (Institut universitaire de médecine et santé au travail), Joanna DE LAGARDE (Association Phare Enfants-Parents), Michel DEBOUT (membre du groupe de travail ; Institut médico-légal, Hôpital Bellevue), Benoît DELATTE (membre du groupe de travail ; Hôpital psychiatrique du Beau Vallon, Belgique), François DUCROCQ (CHRU Lille), Caroline DURET (Cabinet Stimulus ; Hôpital Sainte Anne), Jeanne ETIEMBLE (Centre d'expertise collective Inserm), Françoise FACY (membre du groupe de travail ; Épidémiologie des conduites addictives, Inserm - Unité XR 302), Marie-Laure JELIN (Service médico-psychologique régional des Baumettes), Patrick LÉGERON (Cabinet Stimulus ; Hôpital Sainte Anne), Dominique LINGK (Inspection régionale de la santé, Drassif), Geoffroy LORIN (Service d'anatomie pathologique et de médecine légale, Hôpital Raymond Poincaré), Anne MIGNOT (DISC Inserm), Véronique PAJANACCI (Direction de l'administration pénitentiaire), Anne-Laure PELLIER (Centre d'expertise collective Inserm), Christian POUPIN (GEPS : Groupe d'études et de prévention du suicide), Chantal ROUSSY (UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades psychiques), Jean-Pierre SOUBRIER (Vice-président de l'UNPS, membre international de l'OMS pour la prévention du suicide et la recherche), Mario SPERANZA (Service de pédiatrie et psychiatrie, Centre hospitalier de Versailles), Odile SPREUX-VAROQUAUX (membre du groupe de travail ; Pharmacologie et toxicologie - Centre hospitalier de Versailles et Université Versailles-St Quentin), Jean-Louis TERRA (membre du groupe de travail ; Laboratoire Santé, Individu, Société EA 4129, Université Lyon 1, Centre hospitalier Le Vinatier), Jean-Michel THURIN (Fédération française de psychiatrie), Guillaume VAIVA (membre du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille, CHRU de Lille)

Liste des excusés : Jean-Marc BEN KEMOUN (Unité médico-légale 78, Association de psychiatrie et de psychologie légale des Yvelines), Philippe CARETTE (Centre Popincourt), Catherine CHOPIN (Fédération SOS Suicide Phénix), Didier CREMNITER (Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Necker), Claude GOT (membre du groupe de travail), Thérèse HANNIER (Association Phare Enfants-Parents), Louis JEHEL (Psychiatrie, psychotraumatologie, addictologie et suicidologie - Hôpital Tenon), Éric JOUGLA (membre du groupe de travail ; CépiDc Inserm), Béatrix LEKEUX (Centre de prévention du suicide de Bruxelles), Monique SEGUIN (membre du groupe de travail ; Université McGill, Hôpital Douglas, Québec), Clément TURBELIN (Réseau Sentinelles)