
1

Autopsie psychologique : mise en œuvre et considérations méthodologiques

Dans le contexte d'une prévention efficace du suicide, le recueil de données pertinentes et fiables est un élément déterminant. À ce titre, les taux de suicide dans la population générale et même dans les groupes à risque conduisent à devoir mener des études sur des échantillons gigantesques durant une très longue période pour pouvoir tirer des données statistiquement significatives. Dans ces conditions, l'autopsie psychologique apparaît comme une méthode performante.

Définition de l'autopsie psychologique

Pour conduire des recherches dans le champ du suicide, plusieurs méthodes existent. Les principales se fondent sur des études épidémiologiques qui visent à identifier les facteurs de risque de suicide. D'autres méthodes reposent sur l'analyse de cas. Enfin, l'autopsie psychologique est quant à elle une méthode acceptée depuis les années 1960 pour l'approche des caractéristiques mentales et psychosociales des victimes de suicide (Robins et coll., 1959 ; Dorpat et Ripley, 1960 ; Litman, 1984, 1996 ; Brent et coll., 1988, 1993).

L'autopsie psychologique est un outil clinique et un outil de recherche susceptible d'éclaircir les circonstances d'un décès dans les cas de suicide, d'homicide ou de mort suspecte (figure 1.1). Dans notre analyse sur la méthodologie et son application, le propos portera spécifiquement sur les autopsies psychologiques dans les cas de suicide.

L'autopsie psychologique se focalise sur les aspects psychologiques de la survenue du décès. Elle incorpore le champ de la suicidologie. Son objectif est de comprendre tant les circonstances que l'état d'esprit de la victime au moment de son acte. Ce type de méthode comprend une reconstruction du style de vie, des comportements et des événements vécus par l'individu. Ainsi, l'autopsie psychologique est une analyse rétrospective. Elle comprend

des dimensions spéculatives et probabilistes (Gelles, 1995). Néanmoins, cette méthode est la meilleure pour faire le lien entre la survenue d'événements et l'acte suicidaire et comprendre les comportements qui précèdent le passage à l'acte.

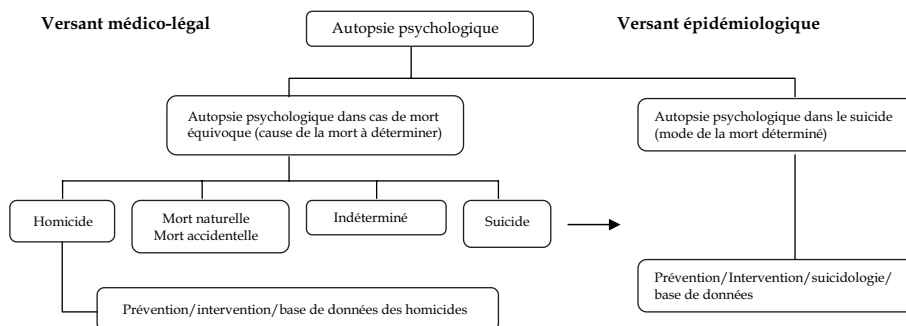


Figure 1.1 : Algorithme de l'autopsie psychologique (d'après La Fon, 1999)

Cette technique s'appuie sur le recueil d'informations dans l'entourage du défunt et nécessite l'utilisation de plusieurs échelles qui permettent de canaliser la subjectivité des témoignages, comme elles renforcent l'exactitude et la fiabilité des données collectées.

Objectifs de l'autopsie psychologique

Le but recherché par l'autopsie psychologique est de récolter le maximum d'informations relatives aux circonstances du décès et de mettre à jour les raisons du suicide pour finalement contribuer à révéler des facteurs de risque (Hawton et coll., 2003). À ce titre, on a découvert des données concordantes dans les trois premières études clés utilisant cette méthode : deux menées aux États-Unis (Robins et coll., 1959 ; Dorpat et Ripley, 1960) et une au Royaume-Uni (Barraclough et coll., 1974). Ainsi, un trouble psychiatrique a été identifié dans la majorité des suicides analysés (93-100 %) ; la dépression était la plus fréquente (30-70 %), ensuite venaient l'alcoolisme (15-27 %) et la schizophrénie (2-12 %). La comorbidité était fréquente, comme l'ont démontré des études ultérieures (Henriksson et coll., 1993 ; Conwell et coll., 1996 ; Foster et coll., 1997). La maladie mentale joue également un rôle important dans le suicide chez les jeunes tout comme son association avec un abus de substance, des troubles de la personnalité ou un trouble des conduites (Runeson, 1989 ; Martunnen et coll., 1991 ; Brent et coll., 1993 ; Shaffer et coll., 1996). D'autres études ont souligné l'importance des facteurs psychosociaux qui se combinent aux troubles psychiatriques et de la personnalité (Gould et coll., 1996). Enfin, dans certaines études, un regard spécifique a été porté sur la place de la maladie physique qui a un rôle important,

surtout dans les suicides de sujets âgés (Carney et coll., 1994 ; Henriksson et coll., 1995).

Dans certains pays, l'autopsie psychologique peut aussi se révéler une aide pour les compagnies d'assurance et leurs avocats dans le cadre de litiges concernant des contrats d'assurance-vie (Gelles, 1995 ; Ritchie et Gelles, 2002).

Les principaux objectifs primaires de l'autopsie psychologique sont les suivants :

- identifier et expliquer les raisons du suicide (Jacobs et Klein-Benheim, 1995) ;
- évaluer les facteurs de risque suicidaire que présentait la personne décédée (Jacobs et Klein-Benheim, 1995) ;
- comprendre pourquoi une personne a choisi de se suicider (motivation psychologique ou philosophique) ;
- accumuler des données pour mieux comprendre le comportement suicidaire, dans une démarche de prévention (Ebert, 1991) ;
- évaluer l'implication d'un tiers dans le processus suicidaire (Jacobs et Klein-Benheim, 1995) ;
- disposer d'un outil de recherche pour aider à la compréhension et à la prévention du suicide (Jacobs et Klein-Benheim, 1995) ;
- disposer d'un outil thérapeutique permettant d'aider les survivants d'un suicide (Ebert, 1987 ; Jacobs et Klein-Benheim, 1995 ; Spellman et Heyne, 1989).

La diversité des sources d'information prévaut dans les autopsies psychologiques. Ceci comprend tant les données d'une éventuelle enquête judiciaire (constatations médico-légales), que les données médicales obtenues auprès du médecin traitant ou de praticiens hospitaliers. Cependant, la source principale proviendra de l'entretien avec les proches de la personne suicidée. Cette approche est la clé de voûte de l'autopsie psychologique, mais elle n'en demeure pas moins chargée de questions méthodologiques et pratiques.

Approche méthodologique

À l'heure actuelle, il n'existe pas de protocole standardisé pour mener à bien une autopsie psychologique. Néanmoins, Younger et coll. (1990) évoquent les paramètres essentiels pour une bonne autopsie psychologique :

- définition des hypothèses primaires (« épine dorsale » de l'étude) ;
- délimitation de la zone de recrutement dans le temps et l'espace ;
- définition précise de ce qui sera considéré comme un suicide ;
- description des qualifications cliniques et de la formation des interrogateurs ;
- protocole d'entretien standardisé, avec outil statistique pour augmenter la fidélité inter-juge ;

- discussion détaillée sur la manière de concilier des informations contradictoires ;
- avertissement sur le nombre de cas où les données sont manquantes ou insuffisantes pour en tirer une conclusion ;
- référence de l'outil diagnostique utilisé, si l'étude aborde la question d'un diagnostic ;
- sélection d'un ou plusieurs groupes témoins ;
- définition de ce qu'est un « bon » informant ;
- définition du nombre minimum d'informants par cas ;
- description de la manière dont les informants sont contactés puis avertis de la nature de l'étude.

Afin d'établir les aspects pratiques de l'étude, il convient impérativement de commencer par poser clairement les questions auxquelles il faut répondre et les hypothèses de travail. À partir de celles-ci, la structure de l'étude sera établie en se focalisant sur une partie de l'interview ou encore sur le choix de sujets témoins (Hawton et coll., 1998).

Dans certaines situations, la totalité des informations requises pour l'étude ne peut être obtenue par l'autopsie psychologique. L'expérience menée au Royaume-Uni par Hawton et coll. (1998) montre que l'information provenant de toutes les sources disponibles, dont les proches, n'est généralement obtenue que dans 50 à 60 % des cas. Dans ce pays, l'information est techniquement toujours disponible en provenance des *coroners* et du dossier médical. Ces informations peuvent déjà répondre à un bon nombre de questions abordées par la recherche.

Sources d'information

Les sources d'informations varient selon les pays. Dans des pays comme l'Angleterre et le Pays de Galles, le rôle joué par le *coroner* est central. Le *coroner* est un officier civil, assisté d'un jury, chargé d'instruire l'affaire en cas de mort violente ou de suicide. Il convient dès lors pour les chercheurs d'établir avec ses services de bonnes relations de travail, tant les données qu'il est à même de fournir sont précieuses (Hawton et coll., 1998). Elles peuvent pallier les éventuels manques des réponses des proches.

Le médecin traitant est une personne-clé dans une telle recherche, tant par sa connaissance médicale du suicidé et de son contexte de vie, que par sa proximité potentielle avec l'entourage, un atout pour l'inclure dans le protocole de recherche. De plus, un grand nombre de médecins traitant sont soucieux de transmettre les données relatives à leurs patients suicidés. Le médecin peut tout à la fois devenir un informant de grande qualité comme il peut constituer le relais avec l'entourage de la personne suicidée. Il peut également assurer la validité des informations recueillies par le chercheur. Même concerné par le deuil, il n'en demeure pas moins un tiers d'une grande fiabilité.

Les proches se révèlent être d'excellents vecteurs d'information quant à la personne suicidée. Beskow et coll. (1990) suggèrent que les chercheurs devraient rencontrer plusieurs proches afin d'affiner et compléter les informations recueillies, ceci pour augmenter l'exactitude et la fiabilité des données. Cette démarche, qui pourrait être faite par téléphone (Isometsa, 2001), nécessite toutefois beaucoup plus de temps et, par conséquent, est souvent négligée. Dans le cas du suicide d'un sujet jeune, la rencontre d'un pair permet de recueillir des informations tout à fait spécifiques, peut être inconnues de la famille ou du médecin traitant (Hawton et coll., 1998).

Concernant les modalités de contact avec les proches, l'approche la plus fréquemment utilisée et qui rencontre l'adhésion des comités d'éthique consiste en l'envoi d'une lettre, laquelle sera suivie d'un contact téléphonique. Runeson et Beskow (1991) ont obtenu de meilleurs taux de participation par un premier contact personnel ou un contact téléphonique, mais cette approche est souvent peu appréciée par les familles.

Le moment approprié pour prendre contact avec les proches varie entre 3 mois et un an après le décès. Nombre d'auteurs (dont Hawton et coll., 1998) suggèrent que ce délai permet que le travail de deuil soit entamé et que sa période la plus traumatique soit révolue. Un tel délai permet également que la mémoire des proches ne soit pas trop altérée. Comme d'autres, Conwell et coll. (1996) ont quant à eux rencontré des proches en deçà des 3 mois recommandés. Il semble exister un consensus sur certaines périodes à éviter, comme la date anniversaire du suicide, l'anniversaire de la personne suicidée ou encore des moments comme les fêtes traditionnellement passées en famille (par exemple Noël).

Groupes témoins

Dans les recherches basées sur l'autopsie psychologique, il est souhaitable de faire appel à un groupe témoin. La constitution d'un tel groupe doit se fonder sur les hypothèses de la recherche. Hawton et coll. (1998) donnent comme exemple que si les hypothèses de base de l'étude portent sur la maladie mentale et les facteurs liés à la personnalité, le groupe témoin devrait être constitué de personnes non sélectionnées. À l'inverse, si l'influence des facteurs sociaux est l'objectif de l'étude, il sera alors nécessaire d'apparier un groupe témoin composé de personnes présentant une maladie mentale. Cette pratique comporte toutefois le risque de voir les groupes se superposer et donc d'atténuer la capacité de dégager des variables exploratoires.

Par ailleurs, Hawton et coll. (1998) précisent que certaines études peuvent nécessiter plusieurs groupes témoins, notamment afin de vérifier plusieurs hypothèses simultanément.

La question se pose de savoir si les sujets témoins doivent être en vie ou décédés. Le choix sera orienté par les hypothèses de la recherche. Par exemple, une recherche menée sur les risques associés au suicide dans une

population avec un diagnostic spécifique nécessitera des sujets témoins en vie, tandis que des sujets décédés seront mieux adaptés pour une étude portant sur les besoins de proches endeuillés par un suicide.

Idéalement, selon Hawton et coll. (1998), les informants qui renseignent sur le groupe témoin devraient à chaque fois être des tiers. Comme les informants du groupe principal, c'est-à-dire des « cas », sont eux-mêmes des tiers, le recueil d'informations concernant le groupe témoin devrait s'appuyer sur des proches de sujets identifiés comme témoins de la personne suicidée. Il est toutefois très difficile de mettre en œuvre de telles procédures, car souvent les sujets témoins n'acceptent pas que leurs proches soient interrogés (Beskow et coll., 1990). Finalement, la constitution du groupe témoin donne lieu à un biais, difficile à éluder.

Les entretiens menés dans le cadre d'une autopsie psychologique peuvent également avoir des conséquences négatives pour les sujets témoins (Beskow et coll., 1990). Ils peuvent renforcer des problèmes existants (par exemple trouble psychiatrique et difficultés relationnelles). D'autre part, les informants témoins sont parfois moins au courant de tel type de comportement ou difficulté que ne le sont ceux d'une personne suicidée. Ceci peut être un biais qu'il est souvent très difficile d'évaluer par manque d'information, parfois lié à un refus de participation.

Conduite des entretiens

L'entretien avec les proches ou d'autres informants se déroule généralement au domicile du proche ou en terrain neutre (cabinet du médecin traitant, par exemple).

La durée des entretiens est variable et peut être de deux à cinq heures, en fonction du protocole de l'étude. Les informants doivent être avertis de la durée approximative.

L'utilisation d'échelles d'évaluation confère aux entretiens une structure. Elle permet que tous les domaines à exploiter soient effectivement couverts. Cependant, il est important pour l'investigateur de se montrer souple et de s'adapter aux besoins psychologiques des informants. Comme dans un entretien clinique usuel, chaque domaine exploré devrait d'abord l'être par une question ouverte avant de poursuivre par des questions plus précises. La première question devrait être celle des circonstances du décès de la personne.

Une prise de notes excessive est souvent déconseillée. L'enregistrement des entretiens sur un support audio semble rencontrer l'assentiment de nombre d'informants (Beskow et coll., 1991) et permet plus de fluidité dans l'entretien.

6 La mémoire de la personne décédée doit être respectée. Les informants doivent se sentir libres d'aborder certains sujets sensibles, comme ils auront le

droit de ne pas répondre à certaines questions ou de mettre fin à l'entretien à tout moment (Nirui et Chenoweth, 1999). L'investigateur doit se rendre compte que certains proches ne considéreront pas le décès comme un suicide, et cette opinion devra être respectée.

L'entretien doit pouvoir ménager des moments de pause si, par exemple, l'informant montre des signes de fatigue.

L'interrogateur devrait, selon Hawton et coll (1998), terminer l'entretien sur une note positive, par exemple en connotant que la participation de ce proche est extrêmement utile.

Impact des entretiens sur les informants

Les enquêtes détaillées sur un proche suicidé sont à même de susciter nombre de réactions émotionnelles chez les proches interrogés. Parmi ces réactions, on peut rencontrer le sentiment de détresse, la colère ou la culpabilité. Parfois, certains vont même jusqu'à présenter une idéation suicidaire. De telles émotions pourraient être considérées comme négatives mais, en général, elles ne le sont pas lorsqu'on interroge les proches à ce sujet. En effet, Asgard et Carlsson-Bergström (1991) ainsi que Hawton et coll. (1998) ont mentionné que les proches révèlent avoir tiré un bénéfice de ces entretiens. Quelques informants ont déclaré que l'échange avait été la première occasion pour eux d'aborder en détail le décès.

Si l'informant vient à présenter quelque signe de détresse en cours d'entretien, l'interrogateur doit être capable d'y faire face mais aussi de l'accompagner dans une démarche plus spécifique auprès de personnes mandatées pour ce type d'aide, par exemple le médecin traitant ou un centre de santé mentale. Dans certains cas, comme lorsque l'on identifie dépression ou idées suicidaires, plutôt que simplement donner les coordonnées pour obtenir de l'aide, l'interrogateur devrait accompagner l'informant et « trianguler » avec l'autre professionnel. Hawton et coll. (1998) signalent qu'à plusieurs reprises des interrogateurs ont estimé nécessaire de délivrer aux proches des informations liées au deuil et au travail de deuil (durée, étapes, lectures conseillées...).

Les entretiens peuvent également soulever des questions quant au traitement qu'aurait peut-être dû suivre leur proche pour ne pas en arriver au suicide. De telles questions suscitent un sursaut de culpabilité chez l'informant, ou encore de colère ou de révolte envers les professionnels de soins qui se sont montrés incapables d'éviter le suicide.

Une équipe de professionnels de la santé mentale doit être disponible pour une éventuelle prise en charge de tout participant, informant ou chercheur, qui en aurait besoin ou qui le souhaiterait. Cette aide peut avoir un caractère immédiat ou différé (Niuri et Chenoweth, 1999). Cette équipe de professionnels doit être indépendante de l'équipe des chercheurs ; il pourrait s'agir de membres d'un centre de santé mentale. Ces membres-relais devraient être

clairement identifiés avant le début de la recherche et les chercheurs devraient en posséder la liste avec leurs coordonnées.

Interrogateurs

La plupart des études emploient des psychologues ou des psychiatres comme interrogateurs, d'autres des travailleurs sociaux ou des infirmiers(es).

Selon Hawton et coll. (1998), lorsque des données psychiatriques et sociales sont collectées, il paraît utile d'effectuer des entretiens conjoints, c'est-à-dire avec un intervenant psychiatrique expérimenté et un scientifique avec une expérience des méthodes de recherche.

L'interrogateur doit avoir une expérience dans le champ clinique et connaître en profondeur le champ social. Il doit être capable d'empathie sans être sujet à trop d'investissement émotionnel de la situation. Aussi, l'interrogateur devrait pouvoir bénéficier d'une supervision régulière, auprès d'un superviseur chevronné, pour gérer l'aspect émotionnel lié à ce type de recherche.

Information recueillie par les études fondées sur l'autopsie psychologique

De nombreux domaines sont abordés au décours d'une autopsie psychologique (Hawton et coll., 1998 ; Cavanagh et coll., 1999) :

- détails de la mort (circonstances, méthode du suicide, préméditation...)
- *background* familial, comprenant les antécédents psychiatriques et les conduites suicidaires ;
- enfance, adolescence, éducation (trajet de vie) ;
- relations avec le partenaire, la famille, les amis... ;
- support social, isolement ;
- style de vie et situation maritale ;
- problèmes éventuels avec la justice ;
- situation et conditions professionnelles ;
- santé physique (affection actuelle, maladie grave, douleur chronique, historique de traitement, nombre de visites chez le médecin traitant au cours des trois ans écoulés) ;
- au niveau de la santé mentale, consultation chez le médecin traitant pour un problème psychologique ;
- dernière visite du médecin traitant ;
- antécédent de suivi psychiatrique ambulatoire et hospitalier ;
- contact avec un psychiatre ;
- historique d'un traitement psychiatrique ;
- dernier rendez-vous psychiatrique ;
- durée du suivi avec un service de soins psychiatriques ;
- antécédents de tentatives de suicide et/ou d'auto-mutilation ;

- trouble de la personnalité et facteurs associés ;
- comportement religieux ;
- événements de vie ;
- contact avec un professionnel de soin avant le décès ;
- réactions des proches face au décès.

Évaluation d'un trouble psychiatrique

Même si dans de nombreuses études les auteurs ne spécifient pas la classification diagnostique utilisée, l'évaluation de la présence d'un trouble psychiatrique est réalisée grâce à des systèmes de diagnostics tels que l'ICD (*International classification of diseases*) ou le DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*). En pratique, dans le DSM il s'agit d'une analyse multi-axiale où après l'axe I, réservé aux symptômes cliniques et aux troubles du comportement, un axe II regroupe les troubles de la personnalité sous-jacente et les troubles spécifiques du développement. Un axe III correspond aux affections et troubles physiques concomitants. Enfin, les deux derniers axes sont utilisables dans des protocoles spéciaux d'études cliniques et de recherche en fournissant une information complétant les diagnostics des trois premiers : l'axe IV pour préciser la sévérité des facteurs de stress psychosociaux et l'axe V pour indiquer le niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé atteint durant l'année précédant l'apparition des troubles mentaux.

Utilisation standard d'un même outil diagnostique

L'évaluation de la présence d'un trouble psychiatrique par l'interrogation d'un proche soulève la question de la validité d'un tel processus. Brent et coll. (1993) ont exploré cette manière de procéder. Ils ont montré qu'il existait une corrélation forte entre le diagnostic présenté par le suicidé et ce que les membres de l'entourage fournissaient comme éléments diagnostiques. Cette validité conforte l'utilisation de telles méthodes au cours des autopsies psychologiques et Kelly et coll. (1996) ont démontré que la méthode des autopsies psychologiques pouvait générer des diagnostics post-mortem valides.

L'échelle utilisée est la plus succincte possible avec des séparations franches entre les différentes sections de diagnostic pour rendre l'entretien le plus court possible, ceci en particulier lorsqu'il aborde des thèmes comme la culpabilité, le pessimisme ou les idées de suicide, ce dont l'informant n'est pas nécessairement au courant. La stricte application des critères de diagnostic nécessite la présence de certains signes ou symptômes dont l'informant n'est peut être pas conscient, ce qui pourrait conduire à une sous-estimation de la prévalence de troubles psychiatriques.

La littérature psychopathologique et du suicide montre que le trouble de l'humeur et la schizophrénie, sur l'axe I, sont particulièrement représentés chez les sujets qui commettent un suicide (Tanney, 1992).

Dans plus de vingt travaux de recherche d'importance majeure utilisant l'autopsie psychologique, Isometsa et ses collaborateurs retrouvent la présence d'un trouble mental (tableau 1.I). Ce trouble mental apparaît nécessaire mais ne semble pas être une condition suffisante pour le suicide. De plus, la comorbidité semble être la règle. D'autres autopsies psychologiques ont confirmé la co-occurrence de trouble de l'humeur et de l'abus de substance ou bien d'un trouble de la personnalité et de l'abus de substance, ce qui multiplie les risques de suicide.

Tableau 1.I : Prévalence d'un trouble mental dans les cas de suicide, études menées par autopsie psychologique (d'après Isometsa, 2000)

Trouble mental	Prévalence %
Trouble de l'humeur	30 – 90
Trouble bipolaire	0 – 23
Schizophrénie	2 – 12
Abus/Dépendance alcool	15 – 56
Trouble de la personnalité	0 – 57
Trouble mental	81 – 100

Évaluation d'un trouble de la personnalité

L'évaluation d'un trouble de la personnalité est plus délicate que celle du trouble psychiatrique. De nombreux informants estiment que cet aspect des entretiens est le plus difficile émotionnellement car il se focalise sur des aspects plus négatifs des caractéristiques du sujet suicidé. L'utilisation d'échelles avec un rapide survol de certaines sections (zone de *cutt-off*) doit être privilégiée : *Personality assessment schedule* (Tyrer et coll., 1988), *Structured assessment of personality* (Mann et coll., 1981).

Une variété de caractéristiques spécifiques de la personnalité et du comportement semblent directement liées au comportement suicidaire et peuvent donc requérir l'utilisation de l'autopsie psychologique pour les mettre à jour. Il s'agit de l'impulsivité (Plutchik et van Praag, 1986), l'agressivité (Brown et coll., 1979, 1982) et l'hostilité (Buss et Durkee, 1957).

Les sujets avec une personnalité antisociale ou état limite ont un risque majoré de tentative de suicide et de suicide, comparativement à d'autres troubles de la personnalité (Kelly, 1996).

Évaluation des événements de vie

Cette tâche est souvent ardue car les proches sont rarement au courant des événements vécus par leur proche et n'ont que peu d'idée de l'impact éventuel d'un événement donné. Ceci est encore plus complexe quand le sujet est atteint d'un trouble psychiatrique. Brugha et Cragg (1990) ont dès lors opté pour une évaluation des seuls événements majeurs dans la vie d'un individu.

Cavanagh et coll. (1999) ont mené une étude sur l'impact des événements de vie récents associés au suicide et aux cas de morts indéterminées. Ils démontrent que des événements de vie récents et identifiés comme négatifs peuvent contribuer de façon majeure au suicide, malgré la stabilité d'autres éléments comme la maladie mentale. Ils constituent alors des facteurs précipitants.

Ces événements de vie peuvent être catégorisés comme suit (Cavanagh, et coll., 1999) : travail ; éducation ; situation financière ; santé ; deuil ; déménagement ; statut et situation conjugale ; problème avec la justice ; situation socio-familiale ; difficultés au cours des 12 derniers mois ; autres.

Il est difficile d'apprécier certains « problèmes » auxquels a dû faire face la personne avant son suicide et d'établir s'ils ont contribué ou non à la démarche suicidaire. Dans ces cas, le recours à un consensus ou à des évaluations indépendantes sur la base des informations disponibles semble préconisé. On évaluera s'il s'agit d'un problème particulier (problème relationnel, perte d'emploi par exemple) qui est apparu et s'il a pu contribuer au suicide. Il est important que les chercheurs retracent la séquence chronologique du suicide et son articulation avec la pathologie psychiatrique. Une telle approche ouvrira également de nouvelles voies de connaissance sur le processus suicidaire, et permettra peut-être d'élaborer des stratégies préventives.

Validité et fiabilité des données

Plusieurs problèmes peuvent entacher la validité et l'exactitude des données obtenues par les entretiens avec les proches. Le principal est un biais lié au rappel. À cause de la nature complexe du processus de deuil dans le décours d'un suicide, tout comme du souvenir des moments et émotions vécus, le rappel de ces souvenirs peut être altéré. Certains aspects peuvent être enjolivés, exagérés ou encore oubliés. L'information donnée par les proches peut aussi se révéler inexacte pour de multiples raisons : méconnaissance de certains événements (par exemple des parents peuvent ignorer la prise de toxiques de leur fils ou ne pas avoir connaissance de difficultés liées à son orientation sexuelle), rétention volontaire de certains éléments (particulièrement ceux qui pourraient faire apparaître la personne suicidée sous un mauvais jour), reconstruction d'une histoire familiale de la personne suicidée.

Quelques précautions permettent d'atténuer ce genre de problèmes :

- recueillir les informations auprès de plusieurs sources (augmente l'exactitude mais aussi le coût) (Hawton et coll., 1998 ; Beskow et coll., 1990) ;
- adopter un processus de consensus avec les autres membres de l'équipe de recherche quant à certaines données récoltées (par exemple diagnostic psychiatrique) ;
- confier la relecture et l'analyse des données à un chercheur indépendant (augmente coût et temps). Dans ce cas, il peut s'agir de l'évaluation à partir du support audio (Brent et coll., 1988) ;
- mener l'autopsie psychologique avec deux ou plusieurs informants séparément, puis examiner la concordance des informations recueillies (Asgard et coll., 1991) ;
- mener un second entretien auprès du même informant avec un autre chercheur ;
- mener l'entretien avec deux chercheurs simultanément (Barraclough et coll., 1974) qui alterneraient les rôles d'investigateur et d'évaluateur en cours d'entretien ;
- élargir un maximum les échantillons pour ne pas constituer des groupes trop peu représentatifs (par exemple des hommes blancs) (Brent et coll., 1999) ;
- utiliser des procédures d'entretiens standardisées.

Des travaux doivent encore être réalisés pour mieux cerner la manière d'augmenter la validité et l'exactitude des données engrangées par l'autopsie psychologique. Werlang et Botega (2003) ont toutefois démontré qu'il était possible de développer et d'appliquer, avec un très haut degré de fiabilité inter-juge, une interview semi-structurée.

Considérations éthiques

Est-il acceptable de s'introduire dans une famille qui vient de connaître le décès d'un de ses membres par un suicide, même s'il s'agit d'une recherche d'intérêt indéniable ? Le proche est-il à même de décider sereinement de prendre part à un protocole de recherche, tant après une lettre ou un appel téléphonique ? Cette situation de crise place la famille et ses membres dans un état tel qu'ils pourraient révéler des choses qu'ils auraient souhaité taire. De telles informations pourraient être précieuses dans la compréhension des actes suicidaires mais elles seraient parfois recueillies au détriment des proches (Gustafsson et Jacobsson, 2000).

La recherche menée par Asgard et Carlsson-Bergstrom (1991) sur les entretiens avec les survivants d'un suicide va à l'encontre de l'idée que les personnes endeuillées ne toléreraient pas une intervention pour une recherche. Il n'existerait pas, selon ces auteurs, de raison éthique pour s'abstenir d'un entretien lors de ces moments. Quelques informants peuvent

même retirer un bénéfice d'une telle expérience, y compris à long terme (Sheperd et Barraclough, 1974). L'entretien initial peut être assimilé à une reconstruction. Il éclairera d'une manière nouvelle tout ce qui entoure le suicide. Plus d'un tiers des informants estiment que l'entretien engendre cet effet (Asgard et Carlsson-Bergstrom, 1991). L'informant a également l'opportunité d'exprimer ses sentiments de culpabilité, de tristesse et de souffrance, bien plus qu'il ne pourrait le faire dans son environnement quotidien.

Manifestement, il existe des conflits d'intérêt entre les aspects de recherche et les considérations éthiques. L'agrément d'un comité d'éthique concernant le protocole de recherche est indispensable, tout comme la supervision de chercheurs qui mènent les entretiens, et ceci pour garantir le respect des recommandations éthiques. Trois domaines doivent être tout particulièrement pris en considération : garantir le respect de la personne suicidée, garantir le respect comme la santé de la personne interrogée, garantir les ressources psychologiques de l'investigateur (Beskow et coll., 1990).

À propos de respect de la personne suicidée, il est important de ne pas révéler aux proches des éléments que le sujet souhaitait garder privés. Par ailleurs, les proches ont certainement le droit de connaître les circonstances de la mort, mais certains aspects doivent être dévoilés avec beaucoup de tact et de précaution (Beskow et coll., 1990 ; Gustafson et Jacobsson, 2000).

Concernant le respect du proche, l'interrogateur se doit d'anticiper les inquiétudes et les craintes que chaque informant peut ressentir. Dès le premier contact, le chercheur doit accepter un refus de collaboration, comme il doit atténuer toute possible culpabilité liée à ce refus. En cas d'accord, il peut être souhaitable de différer l'entretien.

Lorsque l'entretien devient émotionnellement très chargé, il peut être utile de le reporter, comme il est nécessaire que l'interrogateur puisse dispenser une information liée au processus de deuil. Il doit être capable d'accompagner l'informant dans l'expression de ses sentiments. Si le chercheur vise uniquement à collecter des informations et néglige le contexte psychologique de l'informant, ceci peut conduire ce dernier à exprimer des sentiments douloureux (tristesse, culpabilité...). L'interrogateur devrait pouvoir intervenir dans ces moments de crise pour parer aux besoins immédiats et être en mesure, dans un second temps, d'orienter vers des services de soins (Beskow et coll., 1990).

Les interrogateurs doivent avoir une formation dans le domaine du suicide, de la crise (intervention de crise) et les techniques d'entretien. L'expérience de la clinique psychiatrique paraît indispensable. Une supervision permanente, menée par une personne expérimentée et indépendante de la recherche est nécessaire. Elle permet à l'interrogateur d'exprimer les émotions et de progresser personnellement et professionnellement. Les données recueillies sont protégées par le secret professionnel ; l'investigateur

se doit de réserver au seul milieu professionnel la divulgation des informations recueillies (Beskow et coll., 1990).

Des comités d'éthique se sont prononcés sur certaines conditions pour ce type d'investigations :

- lettre d'introduction de la recherche auprès des familles ;
- période en-deçà de laquelle un contact avec la famille n'est pas envisageable (4 semaines) (Michel, 1987) ;
- prise en compte des réactions des informants dans les protocoles de recherche.

Dans ce domaine comme dans d'autres, une étroite collaboration est nécessaire entre chercheurs, cliniciens et comités d'éthique.

En conclusion, au vu des données disponibles, la méthode de recherche par autopsie psychologique, à condition qu'elle soit bien menée, a fait ses preuves quant à sa contribution à une meilleure compréhension de mécanismes menant au suicide et devrait permettre d'identifier de nouvelles stratégies de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

BESKOW J, RUNESON B, ASGARD U. Ethical aspects of psychological autopsy. *Acta Psychiatr Scand* 1991, **84** : 482-487

BRENT DA, PERPER JA, KOLKO DJ, ZELENAK JP. The psychological autopsy : methodological considerations for the study of adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 362-366

BRENT DA, PERPER JA, MORITZ G, ALLMAN CJ, ROTH C. et coll. The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims : use of family history. *Acta Psychiatr Scand* 1993, **87** : 118-122

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

BROWN GL, GOODWIN FK, BALLENGER JC, GOYER PF, MAJOR LF. et coll. Aggression in humans correlates with cerebrospinal amine metabolites. *Psychiatry Res* 1979, **1** : 131-139

BROWN GL, EBERT MH, GOYER PF, JIMMERSON DC, KLEIN WJ. et coll. Aggression, suicide and serotonin : relationship to CSF amine metabolites. *Am J Psychiatry* 1982, **139** : 741-746

- BRUGHA T, CRAGG D. The list of threatening experiences : the reliability and validity of a brief life event questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 1990, **82** : 77-81
- BUSS AH, DURKEE A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol* 1957, **21** : 343-348
- CARNEY SS, RICH CL, BURKE PA, FOWLER RC. Suicide over 60 : the San Diego study. *J Am Geriatr Soc* 1994, **42** : 174-180
- 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
- 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
- DORPAT TL, RIPLEY HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry* 1960, **1** : 349-359
- EBERT B. Guide to conducting a psychological autopsy. *Prof psychol research practice* 1987, **18** : 52-56
- EBERT B. Guide to conducting a psychological autopsy. In : ANCHOR K. (ed) *The handbook of medical psychotherapy*. Hans Huber/Hogrefe, New York, 1991 : 249-256
- FOSTER T, GILLESPIE K, MCCLELLAND R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1997, **170** : 447-452
- GELLES MG. Psychological autopsy : an investigative aid. In : KURKE MI, SCRIVNER EM. (eds) *Police psychology into the 21st century*. Series in Applied Psychology. Hardcover. 1995 : 337-355
- GOULD MS, FISHER P, PARIDES M, FLORY M, SHAFFER D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 1155-1162
- GUSTAFSSON L, JACOBSSON L. Interviewing significant others by telephone as part of modified psychological autopsy. *Nord J Psychiatry* 2000, **54** : 127-133
- HAWTON K, APPLEBY L, PLATT S, FOSTER T, COOPER J. ET COLL. The psychological autopsy approach to studying suicide : a review of methodological issues. *J Affect Disord* 1998, **50** : 269-276
- 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
- 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, ISOMETSA ET, HIETANEN PS, ARO HM, LONNQVIST JK. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995, **36** : 11-20
- ISOMETSA ET. Suicide. *Curr Opin Psychiatr* 2000, **13** : 143-147
- ISOMETSA ET. Psychological autopsy studies – a review. *Eur Psychiatry* 2001, **16** : 379-385

- JACOBS D, KLEIN-BENHEIM M. The psychological autopsy : a useful tool for determining proximate causation in suicide cases. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995, **23** : 165-182
- KELLY TM, MANN JJ. Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy : a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1996, **94** : 337-343
- LA FON D. Psychological autopsies for equivocal deaths. *Int J Emergency Mental Health* 1999, **3** : 184
- LITMAN RE. Psychological autopsies in court. *Suicide Life Threat Behav* 1984, **14** : 88-95
- LITMAN RE. Suicidology : a look backward and ahead. *Suicide Life Threat Behav* 1996, **26** : 1-7
- 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
- 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
- MICHEL K. Suicide risk factors : a comparison of suicide attempters with suicide completers. *Br J Psychiatry* 1987, **150** : 78-82
- NIRUI M, CHENOWETH L. The response of healthcare services to people at risk of suicide : a qualitative study. *Aust NZ Psychiatry* 1999, **33** : 361-371
- PLUTCHIK R, VAN PRAAG HM. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Clin neuropharmacol* 1986, **9** : 380-382
- RITCHIE EC, GELLES MG. Psychological autopsies : the current Department of Defense effort to standardize training and quality assurance. *J Forensic Sci* 2002, **47** : 1370-1372
- ROBINS E, MURPHY GE, WILKINSON RH JR, GASSNER S, KAYES J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959, **49** : 888-899
- RUNESON B. Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatr Scand* 1989, **79** : 90-497
- RUNESON B, BESKOW J. Reactions of survivors of suicide victims to interviews. *Acta Psychiatr Scand* 1991, **83** : 169-173
- 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
- SHEPHERD D, BARRACLOUGH BM. The aftermath of suicide. *BMJ* 1974, **2** : 600-603
- SPELLMAN A, HEYNE B. Suicide ? Accident ? Predictable ? Avoidable ? The psychological autopsy in jail suicides. *Psychiatr Q* 1989, **60** : 173-183
- TANNEY BL. Mental disorders, psychiatric patients and suicide. In : MARIS RW. (ed) *Assessment and prediction of suicide*. New York, Guilford Press, 1992 : 277-320

TYRER P, ALEXANDER J, FERGUSON B. Personality assessment schedule (PAS). In : TYRER P. (ed) Personality disorder : diagnosis, management and course. Butterworth/Wright, London, 1988 : 140-167

WERLANG BS, BOTEGA NJ. A semistructured interview for psychological autopsy : an inter-rater reliability study. *Suicide life threat behav* 2003, **33** : 326-329

YOUNGER SC, CLARK DC, CEHMIG-LINDROTH R, STEIN RJ. Availability of knowledgeable informants for a psychological autopsy study of suicides committed by elderly people. *J Am Geriatr Soc* 1990, **38** : 1169-1175