



L'Autopsie psychologique entre pratique et position de recherche Vignette clinique d'un décès par suicide

Dr. Dalila Zouad-Admane

Centre Universitaire de Tipasa

Date de soumission: 26-12-2017–Date d'acceptation: 02-03-2018

ملخص

تعتبر تقنية التشريح النفسي أداة قيِّمة لدراسة وتحليل مشكلة الإقدام إلى الانتحار ولكن من الصعب على المختصين في مجال الصحة النفسية تطبيقها ميدانيا، وذلك لعدم توفر تكوين متخصص يعمل على تدريب الأخصائيين النفسيين على هذه الأداة المستعملة في التحقيق والبحث عن العوامل المؤدية إلى هذه المشكلة، وكذلك لعدم قدرة بعض المهنيين على التعاطف والمشاركة الوجدانية مع معاناة عائلة الفقيد في ظروف انجاز البحث. سوف نعتمد دراسة هذا الموضوع على المقاربة البسيكو ديناميكية كخلفية لتحليل خطاب الأفراد الذين كانت لهم علاقة مع المنتحر للكشف عن عوامل الخطر التي ساعدت على تعزيز المرور إلى الفعل الانتحاري بواسطة سلاح ناري لموظف تابع لمؤسسة أمنية ولإجراء التشخيص بعد الوفاة . كما سنعرض تطبيقنا للطرق المستعملة في التشريح النفسي انطلاقا من تجربتنا المهنية اليومية مع ما يطبق في إطار البحث الأكاديمي.

الكلمات الدالة: الإنتحار؛ التشريح النفسي؛ عوامل الخطر.

Abstract

The Psychological autopsy is a valuable tool in the study of suicide but difficult to achieve by mental health professionals. These difficulties are inherent in the unavailability of training on this tool of investigation and research as well as the inability of some professionals to share the pain of the bereaved family by the dramatic event. In this article, we expose, through our experience as a clinical psychologist and analyst of a case, the implementation and investigative steps of psychological autopsy. This tool is used to establish a post-mortem diagnosis and identify the risk factors which favored the suicidal acting out by firearm of an agent practicing in a security institution. The data collected is confronted with what is done in an academic research context and the psychodynamic theory constitutes the backdrop for the discourse analysis of the interviewees.

Keywords: Suicide; psychological autopsy; risk factors

Résumé

L'autopsie psychologique est un outil précieux dans l'étude du suicide mais de réalisation difficile pour les professionnels de la santé mentale. Ces difficultés sont inhérentes à la non disponibilité des formations sur cet outil de recherche, mais aussi à l'incapacité de certains professionnels de partager la douleur de la famille endeuillée par l'évènement dramatique tout en s'inscrivant dans un cadre de recherche. Dans cet article, nous suivrons les démarches d'investigation de l'autopsie psychologique à travers notre expérience de psychologue clinicien pour mettre en œuvre cet outil et pouvoir ainsi établir un diagnostic post mortem et dépister les facteurs de risque qui ont favorisé le passage à l'acte suicidaire par arme à feu chez un agent

exerçant dans une institution sécuritaire. Nous tenterons de confronter notre pratique de l'autopsie psychologique dans le cas étudiée avec ce qui se fait dans la recherche académique dans le cadre de la théorie psycho dynamique constitue la toile de fond pour l'analyse du discours des interviewés.

Mots clés : Suicide; autopsie psychologique; facteurs de risque

Introduction

En Algérie le taux de suicide a connu un bond effrayant : il est passé de 0,94 en (1999) à 2,25 pour 100.000 habitants en (2003). Des hommes, des femmes mais aussi des adolescents se donnent la mort de manière violente, ces statistiques sont loin de la réalité en l'absence d'un organisme chargé de répertorier les cas. (Le Soir d'Algérie : 16 février 2005)

La plupart des études effectuées sur le phénomène sont à caractère épidémiologique car elles se contentent d'afficher des chiffres sans pour autant les faire parler, souvent l'approche psychopathologique est négligée. (Zouad, 2014)

Pendant mes années d'exercices en qualité de psychologue clinicien dans une institution à caractère sécuritaire, j'ai été amenée à travailler sur ce phénomène car c'était l'une priorité de la hiérarchie qui s'inscrivait dans une optique préventive pour faire face aux répercussions désastreuses de la décennie noire.

En Algérie, malgré l'importance de cet outil de recherche mais son application est quasi-absente, cela est peut être dû à l'absence d'un observatoire national chargé d'étudier ce phénomène.

1. Principes de l'autopsie psychologique

La méthode a été développée aux États-Unis, puis dans quelques pays principalement nordiques (Inserm, 2005). À l'origine, une série d'entretiens intensifs auprès des proches d'une personne décédée dans des circonstances mal définies a été conduite en vue de reconstituer les circonstances sociologiques et psychologiques associées au décès. C'est à Farberow et Schneidman que l'on attribue l'utilisation, en (1961), des termes d'«autopsie psychologique».

L'autopsie psychologique vise à éclaircir les circonstances d'un décès dans les cas de suicide, d'homicide ou de mort suspecte, donc c'est une démarche qui s'inscrit dans un contexte de recherche en suicidologie, elle associe plusieurs disciplines de la clinique à l'épidémiologie, à partir de cas individuels pour constituer des échantillons suffisamment nombreux et représentatifs, elle se base sur un protocole pour améliorer la connaissance des situations de suicide et permet leur quantification et la mesure des associations entre facteurs individuels et environnementaux, passant par différentes étapes.

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 du parcours psychologique social et médical, elle comprend l'analyse des dimensions spéculatives et probabilistes (Gelles, 1995).

2. Méthodologie du travail

Avant d'entamer tout travail d'autopsie psychologique il est impératif d'attendre les résultats du rapport d'examen balistique, de l'enquête judiciaire et celui de la médecine légale, une fois l'hypothèse de suicide est confirmée, le psychologue procédera à la phase de recueil des données, cette phase est la plus importante car elle permet de procéder au recrutement de bon « informant » ce terme désigne toute personne connaissant le mieux l'individu décédé, ami, ou de la famille, collègue, voisin, médecin... proche du défunt susceptible de nous fournir des informations ciblées sur le suicidé.

En effet, Pour aboutir à des informations authentique qui nous rapprochent le plus de la réalité il est indispensable selon (Asgard et coll., 1991) de mener l'autopsie psychologique avec deux ou plusieurs informants séparément, puis d'examiner la concordance des informations recueillies.

Dans l'éthique de cet outil aucune entrevue n'est entreprise sans le consentement écrit des informants endeuillés ; Et le programme d'entrevues débute seulement trois mois après le décès afin d'accorder une période de retrait aux personnes endeuillées qui leur donnait le temps d'entamer leur deuil. (Inserm, 2005)

Généralement cet outil se fait sur une large population, ou les entretiens semi-directives sont enregistrés pour assurer une vérification ultérieure de la consistance des entrevue les participants, assimilés à une série de questions semi-standardisées, les chercheurs administrent des questionnaires auprès d'un membre de la famille connaissant bien la personne décédée Structured Clinical Interview Diagnostic (SCID) (Spitzer, 1992).

Il s'agit d'instruments permettant d'établir un diagnostic en fonction des critères diagnostiques du (DSM-IV). Les données recueillies permettront d'établir un diagnostic courant (6 mois) ainsi que les antécédents complets quant aux troubles psychiatriques. Cet instrument de recherche a déjà fait l'objet d'une validation dans le cadre d'études sur le suicide par notre groupe de recherche (Lesage et all., 1994 ; Turecki et all., 2001).

2.1 Détermination d'objectif

L'objectif de ce travail de recherche est de tenter de comprendre ce qui, dans un passé plus ou moins récent (de trois à six mois voir même une année) a pu conduire au geste suicidaire, et d'appréhender les associations et les interactions entre les facteurs individuels et environnementaux sans prétendre expliquer la décision unique d'un sujet face à un phénomène aussi complexe.

2.2 Les étapes de la démarche

Etablir un rapport d'autopsie psychologique est une lourde tâche pour le clinicien, la difficulté se situe dans le tiraillement entre les deux positions, celle du chercheur et/ou celle de l'accompagnateur des proches endeuillés ; C'est pour cela d'ailleurs, que les spécialistes en suicidologie préconisent de travailler en équipe pour se partager les différentes tâches ; A noter que, l'auteur de l'article adhère complètement à cela mais il a enfreint cette règle par obligation

d'ordre professionnelle, car il a été désigné par la hiérarchie pour apporter des éléments de réponse sur le drame aussitôt que possible. En vue de reconstituer les circonstances sociologiques et psychologiques du drame, des informations ont été recueillies aussi bien par le témoignage des proches que par la consultation de son dossier administratif et cela en quête d'éléments susceptibles de nous éclairer sur cette tragédie. Nous avons eu une série d'entretiens intensifs semi-directifs auprès des proches du défunt dans des circonstances mettant en émoi tout son entourage, car nul ne s'attendait à un tel geste, surtout de la part d'une personne qui renvoie le sentiment de toute puissance et d'invulnérabilité.

2.3 La conduite des entretiens du point de vue éthique

Dans le souci d'établir un climat de confiance, et d'éviter d'être jugé comme intrusif, nous avons planifié les modalités de contact avec les proches endeuillés pour s'entendre sur le moment et le lieu où s'établit le contact via le chef de la structure (lieu d'exercice du défunt) qui se situe à l'Est du pays. En premier lieu, nous nous sommes déplacés à la dite structure pour effectuer des groupes de paroles avec les collègues du défunt, cette outil nous a aidé à recruter les « bons informants».

A noter que, le temps écoulé entre le suicide et le premier contact avec la famille était fixé à quinze jours, pour éviter les événements chargés de significations (ex : 3^{ème} et 40^{ème} jrs), Les entretiens se sont déroulés au domicile familial au début, puis dans un bureau au sein de la structure. Au cours de ces entretiens, nous avons abordé différents domaines relatif à la sphère intime du suicidé, afin de permettre une analyse multifactorielle de chaque aspect à savoir les aspects suivants :

3. Les faits

3.1 La trajectoire de vie

Dans le souci de préserver l'anonymat de la personne décédée et de ses proches, nous changerons juste leur noms, nous gardons le reste pour préserver l'authenticité des éléments de l'enquête, nous nommerons notre cas Mr (Nacer) qui est âgé de 35ans, marié depuis 01an sans enfant, après avoir échoué à l'examen de baccalauréat, il a rejoint une institution à caractère sécuritaire ou il a passé 08 ans de son existence jusqu'au jour sinistre, nous ne relevons pas d'antécédents psychiatriques ni médicaux, quant au détail du suicide, il est survenu un mercredi : 15.04.2009, à 12h30 dans son domicile familial, plus exactement dans sa propre chambre par arme à feu.

Le lieu du suicide n'est jamais anodin comme disait Freud, par ce lieu le sujet semble adresser un message d'une revendication quant à son milieu familial, nous analyserons plus loin ce point qui est extrêmement important dans l'évaluation de l'intentionnalité du geste (Tremel, 2007).

Le sujet est l'aîné d'une famille composée de sept membres, d'un niveau socioéconomique moyen, c'est le deuxième responsable de la famille après le père, il participait aux projets de celle-ci (construction de maison, achat de véhicule); Néanmoins, aucun événement de vie

majeur n'a été enregistré, mis à part des conflits survenus après son mariage (conflit belle fille/belle famille).

3.2 Le volet interrelationnel

Au travail avec son responsable direct : selon ce dernier le défunt était assidu, se pointe au travail avant l'heure, stricte, *« je ne lui ai jamais fait de remarque concernant le travail »* nous annonce avec tristesse. Quant au responsable de la structure c'est avec regret qu'il s'exprimait à son sujet : *« c'est un agent exemplaire, distingué par sa tenue droite, son amour du métier, le seul défaut qu'il avait, c'est qu'il ne parlait jamais de ses problèmes, il ne se plaignait jamais. Il était présent le jour du briefing effectué le 13/04/2009, il semblait très investi, coopérant, quand je leur ai demandé si quelqu'un avait des problèmes, le sujet me répond ainsi « moi je suis à l'aise »*, dans cette phrase le défunt emploi des procédés d'évitement du conflit et de mise à distance pour ne pas se laisser voir vu la fragilité de ses assises narcissique.

Ses collègues le trouve pieux, peu loquace, *« il nous imposait le respect par son attitude ferme, très distant et enfermé »* nous disaient-ils.

Relations familiales : les propos recueillis par son épouse mettent en évidence une personnalité très méfiante voir même paranoïaque : *« il était quelqu'un de loyal, à la recherche de la vérité, très méticuleux, très propre, très jaloux, lorsqu'il envisage de faire quelque chose il ne le dit à personne »*

-A ma question sur leur disputes la plupart étaient liées à l'utilisation du portable, le défunt l'interdisait de répondre aux appels téléphoniques; à force de ces disputes, il décida de lui acheter une puce et la choisit parmi ses numéros favoris en lui demandant d'éteindre son portable, pour que les appels seront transmis sous forme de SMS, et chaque soir, il vérifiait son répertoire téléphonique.

Avec son beau frère : à ma question concernant son caractère, son beau frère ma répondu que sa jalousie était tellement forte qu'il a même interdit à sa femme de rendre visite à toute personne (cousins, familles par alliance), et ce avant même le mariage. D'ailleurs, après leur union, elle n'a rendu visite à ses propre parents qu'une seule fois (une journée) et ce, sur une période de dix mois.

De ces témoignages nous relevons une angoisse d'intrusion qui s'érige par le biais d'une méfiance rigide et extrême qui véhicule un vécu chargé de persécution à la limite de la paranoïa.

Analyse des relations familiales: l'analyse des données obtenues des entretiens mettent en évidence un paysage familial caractérisé par un schéma parental insécure et des imagos parentales archaïques loin d'être contenant :

-Un père à caractère rigide et tyrannique, exigeant et superstitieux, ne sollicitant son fils que lorsqu'il a besoin de ses services.

-Une maman autoritaire assise au centre, d'un regard figé, elle relatait l'événement froidement sans affects ni digressions.

-Les représentations de la famille envers le défunt variaient entre respect, peur, idéalisation et méfiance.

3.3 Analyse du processus suicidaire

3.3.1 Les facteurs de risques primaires

-L'existence d'antécédents psychiatriques dans la famille : les antécédents psychiatriques dans la famille du défunt sont nombreux, nous les avons recueillis par le biais de la belle fille ainsi que les cousins paternels du défunt, la famille a nié complètement l'existence de tels problèmes.

-Son père a fait l'objet d'une tentative de suicide par pendaison à l'aide d'une ceinture suite à un conflit familial, et cela s'est passé quand le feu avait l'âge de deux ans.

◇Sa mère souffre d'une maladie psychiatrique (sous traitement psychiatrique après avoir tenté des séances de Roquia qui sont vouées à l'échec), son trouble remonte au jour de l'assassinat de son frère dont elle a vu le cadavre, depuis, elle fait des crises de pleurs et de cris, alitée tout le temps, elle pense qu'elle est possédée par un "Djinn".

-Le deuxième oncle maternel souffre d'une maladie psychiatrique (psychose chronique invalidante).

-Le troisième est décédé suite à un accident de la voie publique.

-Un système familial hermétique : malgré la piété qui règne au sein de cette famille, la superstition garde néanmoins, une place prépondérante; d'ailleurs, il n'y a pas un événement fâcheux qui frappe cette famille sans que l'on impute au mauvais œil ou au sortilège par exemple.

La famille reprochait à leur belle fille le fait qu'elle soit libertine « elle n'a pas les mêmes mœurs que nous ». Et cela malgré qu'elle porte le voile et elle ne sort jamais de la maison sauf si elle est accompagnée par son mari.

L'épouse dit : « je ne me suis jamais senti chez moi, je me sens comme une intruse, tout le monde se méfie de moi, on me cache tout, je ne suis au courant de rien.»

Le contexte familial est régi par un système fermé, méfiant, il n'accepte pas l'étranger par ce qu'il est considéré comme intrus (cas de la belle fille), ceci nous révèle un fonctionnement familial paranoïaque régnée par un sentiment de persécution.

-L'organisation défensive de la famille : la projection est omniprésente, les parents insistent sur le déni de la réalité, ils rejettent toute responsabilité sur la belle fille qui est perçue comme une rivale

A ma question sur l'aspect interrelationnel avec la belle fille, nous avons été surpris par l'incapacité de la famille à répondre aux sollicitations relationnelles, à l'exception de celles qui véhiculent un fantasme de persécution « elle était jalouse de notre relation avec notre frère et incapable de lui apporter les bons soins ».

La projection de la jalousie est massive, nous pouvons lui attribuer les causes suivantes :

-les cinq sœurs sont célibataires.

-le choix du mariage de Mr (Nacer) a été respecté, mais pas intégré dans l'esprit collectif de la famille (un refus passif), car, la maman aurait souhaitée qu'il se marie avec une fille de son choix.

-le père ne cesse de demander à son fils des exigences qui dépassaient les capacités financières du défunt (achat de bijoux pour ses sœurs).

A noter que Mr (Nacer) rembourse toujours à son père les dettes empruntées à l'occasion de son mariage jusqu'à son dernier souffle.

-L'existence d'éléments psychopathologique chez le sujet : l'approche auprès des informants proches de la personne décédée, nous a permis de déterminer s'il y avait présence chez cette dernière d'un trouble psychopathologique.

Nous avons pu déterminer le diagnostic post mortem en fonction des critères diagnostiques du DSM-IV par les données recueillies chez les personnes suivantes :

-Son frère nous rapporte ce qui suit : « mon frère c'est le Roi, il fréquente toujours des personnes plus âgées que lui, il exige toujours le meilleur plat pour lui, là où on habite, personne ne connaît son identité professionnelle, il ne communique pas, très sérieux, il n'aimait pas les plaisanteries, car il considérait ça comme de l'enfantillage, très méticuleux, quand il prenait son café en dehors de la maison, il prend toujours sa tasse avec lui »

A ma question sur le degré de son implication dans la famille il me cita l'exemple suivant : « le jour des fiançailles de ma sœur mon père n'a pas parlé du tout, c'est lui qui a pris le monopole de la discussion en allant jusqu'à dire au prétendant les propos suivants : «Si jamais ma sœur empiète sur ton honneur un jour, je t'ordonne de la tuer et moi je viendrais l'enterrer»

-Son collègue, ami proche et confident. ; Il le décrivait comme: « un acteur, en rajoutant que l'acteur normalement ne meurt jamais, Il était renfermé, ne possède pas le sens de l'humour, très sérieux, très discipliné, rancunier, s'énerve et s'acharne contre celui qui tente de franchir son espace»

Sur le plan image du corps: «il se donnait de la valeur, donnait trop d'importance à l'aspect physique, portait des tenues classiques avec cravates, fréquentait les restaurants, se douchait trois fois par jour, même s'il faisait un froid insupportable à la caserne, il pliait ses affaires avec soins au quotidien, même si on passe des journées pénibles, il ne se fatigue jamais, parfois je me dis qu'il est fabriqué peut être en plastique».

De l'analyse du discours nous relevons des éléments d'ordre psychopathologique relatifs à l'incapacité de régression vu la présence massive des procédés rigides en l'absence de mécanismes souples de gestion de conflit.

Analyse du discours et diagnostic post mortem : de l'analyse du discours rapporté par les différents informants, le défunt se caractérise par le profil suivant :

- Une surestimation de soi : au point où il est vu comme "un Roi ou un acteur", le fait de donner trop d'importance à l'aspect physique pourrait expliquer le besoin mégalomane de puissance chez le sujet.
- Enfant parentifié, l'indifférenciation entre son rôle et celui du père témoignant d'une problématique prégénitale (la non reconnaissance de la castration).
- les sentiments de doute et de jalousie (vérification du répertoire téléphonique) témoignent d'une vigilance excessive, ne fait confiance à personne par peur d'être trahi.
- absence d'élaboration mentale du conflit chez le sujet, ce dernier adopte un mode de communication par le comportement
- la présence d'éléments crus et l'émergence de processus primaire pourraient nous amener à conjecturer une organisation défensive psychotique
- le sujet est obsédé par les thèmes de trahison surtout concernant l'honneur.
- le sujet ne pouvait se confier au psychologue ceci témoigne de l'incapacité d'empathie et de relation transférentielle, par peur de se donner à voir à l'autre.

De l'analyse globale des différents propos, le défunt présente une personnalité paranoïaque, ce trouble est défini comme un état de méfiance soupçonneuse envers les autres, la personnalité paranoïaque pré-morbide selon les critères diagnostiques du DSM-IV.

3.3.2 Les Facteurs de risque secondaires

Ce qui a actionné le processus du passage à l'acte suicidaire sont les facteurs de risque suivants

- L'existence d'un conflit intrafamilial

Les facteurs contribuant à la rupture familiale : La genèse des faits remonte au 24/03/2009 caractérisée par un conflit opposant son épouse à sa sœur, Le défunt était ce jour-là témoin de la dispute, sous la colère il frappa sa sœur et par la suite sa mère, qui a intervenu pour prendre la défense de sa fille ; Tout en insultant son fils, elle l'ordonne de quitter la demeure familiale.

Suite à cette dispute, le défunt a décidé de prendre sa femme chez ses parents en attendant de trouver un logement.

La situation était devenue encore plus insupportable, surtout, lorsque son père avait, lui aussi défendu ses filles en agressant verbalement sa belle fille, le défunt s'est senti rejeté, humilié par sa propre famille, il réalisa que l'image qu'il a construit de son monde a éclaté en morceaux, depuis cet instant, son père est devenu la partie sadique et meurtrière de lui-même (par le biais du mécanisme d'introjection projective) éveillant en lui des sentiments inconscients de persécutions et de destruction totale.

3.3.3 Facteurs de risque tertiaires

- **les facteurs d'aggravation** : nous les énumérons comme suit :

-Absence de facteurs de protection

-une famille fragile narcissiquement avec l'absence d'échange et de dialogue au sein de la famille a favorisé la rupture des liens et la perte du soutien familial.

-une famille étouffée par le recours à la religion comme défense maniaque afin de se protéger contre le mauvais œil.

-l'existence du fantasme de parricide chez le sujet, selon la révélation confiée à son copain quelques jours avant sa mort, le père est perçu comme un mauvais objet qui mérite la destruction selon les propos du défunt : « je lui rendrais son argent et je lui rajouterais une corde pour se pendre, et je lui dirais que tu nous as abandonné pour tes filles »

- **Les facteurs précipitant** :

- L'accès facile au moyen léthal : l'arme à feu.

- Les conversations téléphoniques avant le geste suicidaire :

Le jour du suicide le sujet avait décidé de rentrer chez lui avec l'intention de prendre ses affaires et de quitter définitivement le domicile familial, mais la communication téléphonique qu'il a eu avec son père avant le drame a changé le cours des événements, c'est dans un moment critique traduisant une situation de perte et d'échec induisant une faillite de son système régulateur dans un contexte paranoïde ou il se représentait comme (victime) et le père comme responsable de son drame (agresseur) d'où le sentiment de vengeance sous l'emprise du mécanisme (d'identification à l'agresseur) que le passage à l'acte s'est produit.

Voici le contenu des appels téléphoniques relaté par le père:

-Dans le premier appel, le père n'a pas reconnu la voie de son fils en répondant ainsi : « qui êtes vous ? »

Ce fait, a accentué le sentiment de colère, de haine et a renforcé le sentiment de rejet, suite à quoi le défunt a prononcé des propos obscènes associée à une intention d'homicide et/ou de suicide (un acting-out auto ou hétéro-agressif) témoigné par la phrase suivante : « ou êtes vous, aujourd'hui tu m'enterreras ou je t'enterrerais »

-Dans le deuxième appel, le père a menti sur l'endroit où il se trouvait, par peur d'être agressé par son fils il lui a indiqué qu'il se trouvait à la maison.

Une fois le défunt sur les lieux (le domicile) et qu'il avait découvert que son père lui avait menti, il est devenu fou de rage ; Ses sœurs le décrivaient comme suit : « on avait l'impression comme-ci que son visage s'est noirci, il tremblait de colère, agité, il nous a demandé où était notre père, puis il est ressorti »

-Troisième et dernier appel, le défunt s'est rendu compte que son père l'évitait, puis, il rentra dans sa chambre et décida de mettre fin à cette situation en se tirant une balle dans la tête.

La conversation téléphonique a accentué le niveau de détresse émotionnelle, et le sentiment de dévalorisation face à une image de père persécutrice chargée de mouvements négatifs (rejet, indifférence et mensonge).

La pulsion agressive traduite par les propos de vengeance mortifères est expulsée à l'extérieur par le biais du mécanisme de la projection paranoïaque, l'absence du père (persécuteur) a fait échouer le mécanisme de projection qui a été remplacé par le mécanisme d'identification à l'agresseur (le retournement de la pulsion agressive en son contraire) conduisant à un passage à l'acte suicidaire.

Hypothèse du diagnostic post mortem : L'ensemble des données permet de mettre en lumière un passage à l'acte suicidaire effectué sous l'emprise des facteurs de vulnérabilité suscités chez une personnalité à caractère paranoïaque pré-morbide.

Conclusion

Les données de la littérature insistent sur le fait que le suicide est un événement difficile à prédire avec précision, de part sa rareté (Hawton 1987), l'étude de (Simon 1992) atteste que la prédiction du risque suicidaire à court terme (24-48 heures) reste plus fiable que celle du risque à long terme ; Ce fait est confirmé par les données précitées dans l'analyse des circonstances de l'acte dramatique de (Nacer); Donc l'importance de cet outil est double, car il intervient en amont et en aval, son secret réside dans sa démarche rétrospective-descriptive qui nous permet non seulement la compréhension du geste suicidaire et sa prévention quant à la réversibilité de l'acte, mais aussi nous sert de banque de données regroupant tous les facteurs de risque et les facteurs précipitant que nous utiliserons comme des déterminants dans un contexte d'évaluation de la crise suicidaire, comme le souligne Marie Choquet (1989), le risque de suicide serait multiplié par sept lorsqu'un sujet cumule de plus de 3 facteurs de risque.

Il est également important de noter, qu'un passage à l'acte suicidaire est généralement lié à l'existence d'un trouble psychopathologique et que l'idéation suicidaire et un facteur prédictif d'un imminent passage à l'acte, ce facteur est à prendre au sérieux et à ne pas négliger.

Au total et étant donné qu'on ne dispose pas d'études quantitatives validées pour unifier la méthode d'approche et sur le fait que les experts insistent qu'il n'y a pas un guide spécifique que l'on peut appliquer à chaque cas, il ne nous reste qu'à proposer comme stratégie évaluative le jugement du clinicien et son expérience associés aux recommandations issues des études en suicidologie.

Bibliographie

1. Conférence de consensus, 2000. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge, La revue du praticien-médecine générale- tome 4, n° 518, 2187-2193, Paris.
2. Dumézil Cl., 1988. Essai sur la signification de la mort par suicide, revue de l'école freudienne de Paris: Scilicet, n° 1. Seuil, 1968, 135-146. Eissler K., Le suicide de Victor Tausk, Presses Universitaires de France, Paris.
3. Freud A., 1936. Le moi et les mécanismes de défense, éd. PUF, Paris.
4. Freud S., 1993. «Contribution à la discussion sur le suicide [1910]», In: Freud S. Œuvres complètes, psychanalyse, vol X. 1909-1910, éd. PUF, 75-78, Paris, France.
5. INSERM, 2005. Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention, collection expertise collective Inserm, Éditions Inserm, Paris.
6. Jacobs D., Klein-Benheim M., 1995. The psychological autopsy: a useful tool for determining proximate causation in suicide cases, Bull Am Acad Psychiatry Law, 23, 165-182.
7. Laplanche J., Pontalis J-B., 2002. Vocabulaire de la psychanalyse, Presses Universitaires de France, Paris.
8. Séguin M., Castelli-Dransart D.A., 2006. «Le deuil suite à un suicide: symptomatologie et choix d'intervention». Traité de Psychiatrie et de pédopsychiatrie de l'encyclopédie médicochirurgicale (EMC), 37, 500-A-50, 1-8.
9. Spelleman A., Heyne B., 1989. Suicide? Accident? Predictable? Avoidable? The psychological autopsy in jail suicides, psychiatric quaterly, 60,173-181.
10. Younger SC., Clark DC., 1990. Oehmig-Lindroth R, Stein RJ. Availability of knowledgeable informants for a psychological autopsy study of suicides committed by elderly people, JAGS, 38, 1169-1175.
11. زواد، 2014. الهشاشة النفسية والسير الانتحارية لدى المراهق والشباب الجزائري، دراسة 30 حالة، أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.
12. الخولي سناء، 1999. الأسرة والحياة العائلية، دار المعرفة الجامعية.