

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1508

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Aline ROUILLON

le 29 janvier 2019

**FACTEURS DE RISQUE DE DECES PAR SUICIDE : REVUES DE LA
LITTERATURE DES AUTOPSIES PSYCHOLOGIQUES ET DES
ETUDES CAS - TEMOINS**

Directeur de thèse : Dr Antoine YRONDI

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Assesseur

Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO

Assesseur

Monsieur le Docteur Antoine YRONDI

Assesseur

Monsieur le Docteur Guilhem CARLE

Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LECOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGUOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTON Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LAURENT Guy
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BOCCALON Henri	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur BONEU Bernard	Professeur MANELFE Claude
Professeur CARATERO Claude	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CHAP Hugues	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur CONTE Jean	Professeur RISSCHMANN Pascal
Professeur COSTAGUOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur DABERNAT Henri	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SIMON Jacques
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

M. ADOUE Daniel (C.E.)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E.)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E.)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E.)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E.)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E.)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E.)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E.)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E.)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E.)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E.)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E.)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E.)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E.)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E.)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E.)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E.)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E.)	Maladies infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E.)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E.)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E.)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E.)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E.)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E.)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E.)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E.)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E.)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E.)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E.)	Chirurgie infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E.)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E.)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E.)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E.)	Hépatogastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biochimie et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E.)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRACON Anne
Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière
Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe Psychiatrie
 M. ACAR Philippe Pédiatrie
 M. ACCADBLED Franck Chirurgie Infantile
 M. ALRIC Laurent (C.E) Médecine Interne
 Mme ANDRIEU Sandrine Epidémiologie
 M. ARNAL Jean-François Physiologie
 Mme BERRY Isabelle (C.E) Biophysique
 M. BONNEVILLE Fabrice Radiologie
 M. BUJAN Louis (C. E) Urologie-Andrologie
 Mme BURA-RIVIERE Alessandra Médecine Vasculaire
 M. BUSCAIL Louis (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie
 M. CANTAGREL Alain (C.E) Rhumatologie
 M. CARON Philippe (C.E) Endocrinologie
 M. CHAUFOUR Xavier Chirurgie Vasculaire
 M. CHAYNES Patrick Anatomie
 M. CHIRON Philippe (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
 M. CONSTANTIN Arnaud Rhumatologie
 M. COURBON Frédéric Biophysique
 Mme COURTADE SAIDI Monique Histologie Embryologie
 M. DAMBRIN Camille Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
 M. DELABESSE Eric Hématologie
 M. DELOBEL Pierre Maladies Infectieuses
 M. DELORD Jean-Pierre Cancérologie
 M. DIDIER Alain (C.E) Pneumologie
 Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) Thérapeutique
 M. ELBAZ Meyer Cardiologie
 M. GALINIER Michel (C.E) Cardiologie
 M. GLOCK Yves (C.E) Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel Anatomie Pathologique
 M. GOURDY Pierre Endocrinologie
 M. GRAND Alain (C.E) Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.
 M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) Chirurgie plastique
 Mme GUIMBAUD Rosine Cancérologie
 Mme HANAIRE Hélène (C.E) Endocrinologie
 M. HUYGHE Eric Urologie
 M. KAMAR Nassim (C.E) Néphrologie
 M. LARRUE Vincent Neurologie
 M. LEVADE Thierry (C.E) Blochimie
 M. MALECAZE François (C.E) Ophtalmologie
 M. MARQUE Philippe Médecine Physique et Réadaptation
 M. MAURY Jean-Philippe Cardiologie
 Mme MAZEREEUW Juliette Dermatologie
 M. MINVILLE Vincent Anesthésiologie Réanimation
 M. OTAL Philippe Radiologie
 M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) Psychiatrie Infantile
 M. RITZ Patrick (C.E) Nutrition
 M. ROLLAND Yves (C.E) Gériatrie
 M. ROUGE Daniel (C.E) Médecine Légale
 M. ROUSSEAU Hervé (C.E) Radiologie
 M. ROUX Franck-Emmanuel Neurochirurgie
 M. SAILLER Laurent Médecine Interne
 M. SCHMITT Laurent (C.E) Psychiatrie
 M. SENARD Jean-Michel (C.E) Pharmacologie
 M. SERRANO Elie (C.E) Oto-rhino-laryngologie
 M. SOULAT Jean-Marc Médecine du Travail
 M. SOULIE Michel (C.E) Urologie
 M. SUC Bertrand Chirurgie Digestive
 Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) Pédiatrie
 Mme URO-COSTE Emmanuelle Anatomie Pathologique
 M. VAYSSIERE Christophe Gynécologie Obstétrique
 M. VELLAS Bruno (C.E) Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme Biochimie et biologie moléculaire
 M. BERRY Antoine Parasitologie
 M. BOUNES Vincent Médecine d'urgence
 Mme BOURNET Barbara Gastro-entérologie
 M. CHAFUT Benoit Chirurgie plastique et des brûlés
 Mme DALENC Florence Cancérologie
 M. DECRAMER Stéphane Pédiatrie
 Mme FARUCH-BILFELD Marie Radiologie et Imagerie Médicale
 M. FAGUER Stanislas Néphrologie
 M. FRANCHITTO Nicolas Addictologie
 M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio Chirurgie Plastique
 M. GATIMEL Nicolas Médecine de la reproduction
 Mme LAPRIE Anne Radiothérapie
 M. LAURENT Camille Anatomie Pathologique
 M. LE CAIGNEC Cédric Génétique
 M. MARCHEIX Bertrand Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 M. MEYER Nicolas Dermatologie
 M. MUSCARI Fabrice Chirurgie Digestive
 M. REINA Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique
 M. SILVA SIFONTES Stein Réanimation
 M. SOLER Vincent Ophtalmologie
 Mme SOMMET Agnès Pharmacologie
 Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia Gériatrie et biologie du vieillissement
 M. TACK Ivan Physiologie
 M. VERGEZ Sébastien Oto-rhino-laryngologie
 M. YSEBAERT Loïc Hématologie

P.U. Médecine générale
 Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre
 M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	M. GAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
M. CAVAGNAC Eterme	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme CORRE Jill	Hématologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
Mme de GIUSEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. RIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. TRENER Emmanuel	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme VAYSSSE Charlotte	Cancérologie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	Mme VALLET Marion	Physiologie
		M. VERGEZ François	Hématologie
		M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Mariele

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGECIS Odile
Dr LATROUS Lella
Dr. BOUSSIER Nathalie

Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,

Je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale,

De l'honneur et de la probité.

Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,

Mes confrères et la société.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury. Et je vous remercie également pour votre fiabilité et votre investissement auprès des internes. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. La qualité de vos conférences et de votre enseignement a été une aide précieuse dans mon apprentissage de la pédopsychiatrie. Soyez assuré de ma plus grande estime.

A Monsieur le Professeur Nicolas Franchitto,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette thèse. Votre implication dans l'enseignement de l'addictologie est un atout pour notre formation. Soyez assuré de ma considération à votre égard.

A Monsieur le Docteur Antoine Yroni,

Merci pour ta grande disponibilité et tes conseils qui m'ont été d'une grande aide tout au long de la construction de ce travail. Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Guilhem Carle,

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Et recevez toute ma considération pour votre présence.

A Madame la Docteure Anjali Mathur,

Merci pour ton soutien, ton enseignement et pour m'avoir fait bénéficier de tes connaissances. Sois assurée de mon profond respect.

Merci aux services qui m'ont accueilli et formé en tant qu'interne,

Merci à l'équipe soignante de Leyme qui m'a soutenu sur mon premier semestre,

Merci aux équipes soignantes de Saint Girons, repère essentiel sur mes premières gardes,

Merci à l'équipe soignante et sociale du SMPR, pour leur soutien et leurs encouragements,

Merci à l'ensemble de l'équipe de l'UF4 et de l'ACA, pour ce semestre aussi prenant qu'enrichissant, et aux playlist youtube de Noël pendant les ECT,

Merci à l'équipe du CMP enfants et adolescents de Castres, même ainsi désœuvré, on en aura au moins bien ri,

Merci à l'ensemble de l'équipe de psychiatrie périnatale de Paule de Viguier, pour votre bienveillance à toutes, votre endurance, votre solidité, ... et le chocolat,

Merci au CMP du secteur 7, pour votre professionnalisme, votre entrain et surtout pour les samossas et les financiers, il ne vous manque qu'une écriture déchiffrable pour être parfaits,

Merci au CRIAVS et au SUPEA pour la qualité et la variété de leurs conférences et formations ainsi que pour leur implication et leur accessibilité auprès du grand public rendant les échanges aussi riches qu'éclectiques,

Et pour finir, un grand merci à toutes les secrétaires que j'ai eu l'honneur et la chance de côtoyer durant mon cursus, sans qui, je pense, beaucoup de choses auraient été bien plus compliquées tant psychologiquement qu'administrativement.

Merci à tous ceux qui m'ont accompagné sur ce parcours, des Beaux-Arts dans le Nord, à l'internat en Midi-Pyrénées, en passant par la première partie de mes études médicales sur Besançon,

A ceux qui m'ont poussé au-delà de mes limites, à ceux qui m'ont offert un havre de paix, à ceux qui m'ont fait partager leur univers,

Aux excès, entre un camps d'itinérants et des rails de chemins de fer,

Aux battements cardiaques, aux récits oniriques, et à la lutte contre le sabotage,

A nos chemins transgressifs convergents sur un vis à vis avec la citadelle,

A la retraite en campagne, aussi repliée qu'exaltée, sur mélodies aqueuses symphoniques et cette phrase presque lyrique « je crois que vous êtes en train de noyer nos chiens », mein freund, ich bin sehr stolz darauf, was wir heute sind und was wir aufgebaut haben,

Aux miaulements entre midi et deux, aux déclarations emportées dans l'impassibilité d'un service de réanimation,

Aux retrouvailles hasardeuses, grazie mille pour cette quête napolitaine,

A chacune sa place mais toutes autour d'un mardi gras, au rituel italien hebdomadaire, après tant de chemin on pouvait bien louper une station de métro,

Au vin rouge illimité dans des bouteilles en plastique, aux chips naufragées dans l'évier,

A trois êtres, trois moyens, trois cheminements, et un accomplissement,

A l'expression appliquée « plus de vaches que d'habitants », la terre cultivée, la neige, les courants d'air, et les brasiers,

A ma famille.

Table des matières

Table des matières.....	10
LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION GENERALE.....	15
PREMIERE PARTIE : L'Autopsie Psychologique.....	18
I/ INTRODUCTION.....	18
II/ MATERIEL ET METHODE.....	19
Recherche initiale.....	19
Critères d'inclusion.....	20
Critères d'exclusion.....	20
III/ RESULTATS.....	21
Résultats de la recherche.....	21
Résultats de l'analyse des articles.....	22
Analyse des résultats.....	22
Figure 1 : Diagramme de flux – Autopsies psychologiques.....	33
Tableau 1 – répartition par sous catégories.....	34
Tableau 2 – Autopsies psychologiques, séries de cas.....	35
Tableau 3 - Autopsies psychologiques, études cas – témoins.....	37
IV/ DISCUSSION.....	39
Biais et limites.....	46
V/ CONCLUSION.....	48
SECONDE PARTIE : les Soins en Ambulatoire.....	49
I/ INTRODUCTION.....	49
II/ MATERIEL ET METHODE.....	49
Recherche initiale.....	49
Critères d'inclusion.....	50
Critères d'exclusion.....	50
III/ RESULTATS.....	51
Résultats de la recherche.....	51
Résultats de l'analyse des articles.....	51
Analyse des résultats.....	52
Tableau 4 – Soins en ambulatoire, études rétrospectives cas – témoins.....	59
Figure 2 : Diagramme de flux – études rétrospectives cas - témoins.....	62
IV/ DISCUSSION.....	63

Biais et limites.....	66
Forces	67
V/ CONCLUSION.....	67
CONCLUSION GENERALE.....	68
Bibliographie	70
Annexe : Protocole pour l'entretien semi-directif de l'autopsie psychologique (Knoll et al. 2009) ¹³ ...	75

LISTE DES ABREVIATIONS

ADGs : Aggregated Diagnosis Groups

AP : autopsie psychologique selon protocole avec entretiens semi-structurés sur informateur(s) identifié(s) comme proche(s) du défunt ou du sujet

ATCD : antécédents

ATCD F : antécédents familiaux

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BHS : Beck Hopelessness Scale

BHS-CR : Chinese revised version of Beck Hopelessness Scale

BIS-11 : Barratt Impulsivity Scale

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

Cs : consultation

DS : différence significative

DNS : différence non significative

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

EDC : épisode dépressif caractérisé

F : individus de sexe féminin

FDR : facteur de risque

FDS : facteur de stress

Gr : groupe

H : individus de sexe masculin

H/F : échantillon mixte

HRSD : Hamilton rating scale for depression

IC : intervalle de confiance

IDS : idées suicidaires

IRLE : Interview of Recent Life Events scale

MA : moyenne d'âge

Majoritaire : > 50%

OHC : mésusage chronique d'alcool

OR : odd ratio

PAA : passage à l'acte

PEC : prise en charge

Prb : problèmes

PS : psychosocial

RDoC : National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria

RIO : Rurality Index of Ontario score

RR : risque relatif de suicide

RS : risque suicidaire

SCHZ : schizophrénie

SCID-I/P : Structured clinical interview for DSM-IV-I/P

SES : Self-Esteem Scale

SIS : Beck Suicide Intent Scale

SSD : schizophrenia spectrum disorders

SSIPA : Semistructured Interview for Psychological Autopsy in suicide cases

SSRS : L'échelle d'évaluation du soutien social

SSS : Social Support Scales

STAI : Spielberger State-Trait Anxiety Inventory

SUD : substance use disorder

TAI : troubles mentaux relevant de l'axe I (EDC, TBP, SCHZ)

TAII : troubles de personnalité, anciennement troubles de l'axe II

TBP : troubles bipolaires

THC : cannabis

TS : tentative de suicide

INTRODUCTION GENERALE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé¹, près de 800 000 personnes se suicident chaque année. Le principal facteur de risque pour la population générale serait les antécédents de tentative de suicide. Selon les statistiques internationales, Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-29 ans et 79% des suicides dans le monde ont lieu dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires. Parmi les méthodes de suicides retenues, l'ingestion de pesticides, la pendaison et les armes à feu sont les plus courantes à l'échelle mondiale¹. Le décès par suicide touche davantage les hommes que les femmes. La surmortalité des hommes par suicide touche tous les pays mais, dans une proportion plus forte, les pays à revenu élevé, dont la France. Cependant, depuis les années 1990, le suicide connaît une baisse tendancielle dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), en dehors du Japon, de la Corée et des USA². Les répercussions sont d'avantage conséquentes puisqu'on considère qu'un suicide endeuille en moyenne 7 proches et impacte plus de 20 personnes.³

En France métropolitaine, en 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm, soit près de 24 décès par jour³. Fin 2019, la Veille stratégique de l'Observatoire National du Suicide redéfinit des champs sémantiques relatifs au suicide jugés prioritaires, repérés depuis sa création en 2013, comme les groupes à risque (agriculteurs, jeunes, détenus, ...), les effets de la crise et des inégalités sociales, les moyens de soins en santé mentale et la prévention, entre autres⁴. Un groupe de

travail relatif à la prévention du suicide propose ainsi d'inscrire la prévention du suicide dans le champ plus global de la santé mentale et de cibler les personnes les plus à risque.

Le suicide est un phénomène complexe, avec de multiples facteurs de risques explorés à travers différentes études et théories. Entre autres, l'autopsie psychologique de Schneidman⁵ a permis d'éclairer certains points psychopathologiques chez les victimes de suicide.

En octobre 2000, la Conférence de consensus française sur la crise suicidaire⁶ définit les comportements suicidaires comme un modèle plurifactoriel impliquant à la fois des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques reposant sur une dynamique intégrative où chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments. Dans ses recommandations, elle met l'accent sur l'évaluation empathique du potentiel suicidaire selon trois principaux axes dénommés RUD (Risque, Urgence, Dangerosité) à coter en niveau faible, moyen ou élevé. Staikowsky et al. (2008) précisent qu'en pratique, face à un suicidant, par une démarche clinique et diagnostique, il est nécessaire d'identifier les facteurs qui concourent en interagissant sur l'urgence et la dangerosité du geste, et qui décideront de l'avenir d'une crise suicidaire. Cette démarche doit nécessiter du temps et conduire les praticiens à privilégier un court séjour de 48 à 72 heures à un séjour inférieur à 24 heures⁷.

Dans les années 2000, la théorie interpersonnelle du suicide de Joiner⁸ a, quant à elle, lancé les recherches sur la voie d'une intrication de plusieurs facteurs tant personnels qu'environnementaux. Quelques années après, Seguin définit quatre trajectoires de vie, pour aider à mieux comprendre l'impact, différenciées selon la présence cumulée de facteurs de risque ou de protection dans la vie des personnes. L'étiologie des comportements suicidaires y est décrite comme une entreprise complexe qui nécessite la prise en compte de variables multiniveaux (contextuelles, développementales et psychologiques), en plus de tenir compte

de l'évolution de ces variables et de leur influence croisée sur la durée de vie⁹. Cependant, ces études ne peuvent être exhaustives du fait de leurs analyses rétrospectives.

En 2018, The National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) jugeait qu'« au-delà de l'échec à prédire avec précision le comportement suicidaire, se concentrer sur les troubles mentaux fournit peu de pouvoir explicatif concernant les processus qui conduisent à un comportement suicidaire » et proposait d'axer la recherche sur les dimensions transdiagnostiques et dimensionnelles à travers des études prospectives longitudinales. Ils notaient également que si de nombreuses études prospectives se concentraient sur les valences négatives tel que le désespoir, beaucoup moins, en revanche, s'intéressaient aux systèmes de valences positives comme le renforcement des apprentissages¹⁰. Suivant cette approche, notre recherche s'est orientée sur les facteurs de risque via une approche transdiagnostique.

Cette revue a pour objectif de faire un état des lieux sur les connaissances actuelles des facteurs de risque de passages à l'acte suicidaire létale afin d'améliorer la prise en charge des personnes à risque sur les soins en ambulatoire.

Cette analyse s'effectuera dans un premier temps à travers la littérature au sujet de l'autopsie psychologique sur des sujets décédés par suicide. Puis dans un second temps sur les limites observées lors de suivi médicale en ambulatoire avant le passage à l'acte suicidaire.

PREMIERE PARTIE : L'Autopsie Psychologique

I/ INTRODUCTION

Durkheim, en 1897, dans son étude sociologique « Le Suicide »¹¹ avait proposé un modèle global basé sur la dysrégulation des forces sociales, en particulier les degrés d'intégration sociale, comme aboutissant au suicide⁸. En 1998, Schneidman propose la théorie du « Psychache » selon laquelle présence simultanée à l'échelle individuelle de trois facteurs, psychose, pression et perturbation, est nécessaire à la survenue d'un comportement suicidaire mortel⁵. Afin d'identifier ses facteurs de risque, il reprend en 1996 dans « Suicide Mind » sa méthode d'autopsie psychologique créée en 1958 pour différencier les décès par overdoses des suicides, qu'il définit comme «une enquête rétrospective approfondie sur l'intention du défunt»¹². Une décennie plus tard, Berman en 2007¹³ puis Knoll en 2009^{12,14} protocolisent cette méthode afin d'en améliorer sa validité et définissent une procédure¹⁴ qui aide à classer les « morts équivoques » impliquant « une analyse rétrospective approfondie et systématique de la vie du défunt, avec un accent particulier sur les facteurs de risque de suicide, les motivations et les intentions. »¹² (Annexes)

Cette revue de la littérature analyse les études basées sur des autopsies psychologiques. Dans un premier temps, il sera analysé les liens entre une dizaine de variables et le suicide. Ces variables seront ensuite catégorisées comme facteurs risque distaux ou proximaux. Dans un second temps, il sera discuté des implications cliniques issues des résultats obtenus.

II/ MATERIEL ET METHODE

Recherche initiale

L'ensemble des recherches pour cette revue s'est déroulé sur la période du 01/01/2000 au 01/08/2019. La recherche initiale a débuté sur PubMed avec les mots clés ("Suicide, Attempted"[Mesh]) AND "Forecasting"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh]. Parmi les articles sélectionnés, celui de Eric D. Caine, « Forging an Agenda for Suicide Prevention in the United States »¹⁵ m'a orienté sur l'autopsie psychologique. Compte tenu de l'absence de mots clés répertoriés dans Mesh concernant cette méthode d'analyse psychologique post mortem, la recherche s'est poursuivie sur la base de similarité d'articles en partant de celui de Conwell et al. « Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide : a psychological autopsy study »¹⁶.

Une seconde recherche par similarité à partir de la revue Luoma JB « Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence »¹⁷ dans le but de cibler des articles traitant des comportements suicidaires dans la prise en charge médicale ambulatoire. La période d'article sélectionnés s'est alors restreinte de 01/01/2010 à 01/08/2019. Puis elle-même complétée par une recherche Pubmed, /Cross Ref et Google Scholar a été effectuée avec les mots clés « Suicide » et « Ambulatory Care ».

Parmi les articles inclus lors de cette recherche initiale, seule les études type séries de cas ou cas-témoins se basant sur des autopsies psychologiques ont été retenues pour cette revue.

Après une première lecture des articles sélectionnés, une majorité des études basées sur des analyses cliniques post mortem ne suivait pas le protocole de l'autopsie psychologique, aussi

la recherche a-t 'elle été complétée sur Pubmed via les mots clés non répertoriés « psychological autopsy » « suicide completed ».

Pour cette étude nous avons suivi les recommandations PRISMA (« Preferred Reporting Items for Sytematic Reviews and Méta Analyses ») concernant la réalisation d'une revue systématique de la littérature¹⁸.

Critères d'inclusion

Les articles ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion initiaux :

- Prise en charge ambulatoire,
- Langue anglaise,
- Suicide abouti,
- Suivi ambulatoire,
- Année de publication entre 01/01/2010 et 01/08/2019.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Prise en charge hospitalière, afin d'éviter les facteurs de confusion en lien avec risque suicidaire majoré en pot-hospitalisation,
- Idées suicidaires sans passage à l'acte,
- Passage à l'acte auto agressif, automutilation, sans intentionnalité suicidaire,
- Année de publication inférieure au 01/01/2010, dont les référentiels et données seraient trop anciens.

III/ RESULTATS

Résultats de la recherche

La sélection d'articles est résumée dans le diagramme de flux (Figure 1)

La recherche initiale débutée sur PubMed avec les mots clés ("Suicide, Attempted"[Mesh]) AND "Forecasting"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh] correspondait à 19 articles. 10 ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion. Les critères d'exclusion ont permis d'exclure 9 articles.

La recherche s'est poursuivie sur la base de similarité d'articles en partant de celui de Conwell Y. « Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide : a psychological autopsy study. », article par ailleurs non inclus dans la sélection car datant de 1996.

Il y avait 196 articles similaires, 36 ont été inclus selon les critères initiaux, les études retenues étaient celles publiées entre 2010 et 2019 afin d'obtenir les données les plus récentes.

Une seconde recherche par similarité à partir de la revue Luoma JB « Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence »¹⁷ correspondait à 63 articles, dont 13 ont été inclus.

Afin de compléter la recherche sur le critère d'inclusion de prise en charge ambulatoire, une seconde recherche Pubmed, Cross Ref et Google Scholar a été effectuée avec les mots clés "Suicide"[Mesh] et "Ambulatory Care"[Mesh], 9 articles de Pubmed, 8 de Cross Ref et 5 de Google Scholar correspondaient aux critères d'inclusion.

Après une première lecture des articles sélectionnés, la recherche a été complétée sur Pubmed via les mots clés non répertoriés « psychological autopsy » « suicide completed » donnant 45 articles dont, après élimination des doublons déjà sélectionnés par les recherches antérieures, 12 qui correspondaient aux critères d'inclusion.

Résultats de l'analyse des articles

Au total, cette recherche a identifié 92 articles correspondant aux critères de recherches et parmi eux 30 ont été retenus comme études intégrant des autopsies psychologiques à proprement parler, 2 en ont été exclus, l'un tout à fait similaire à un article inclus de la même équipe, la même année¹⁹, l'autre dont les résultats étaient non significatifs car le protocole des autopsies psychologiques n'avait pas été respecté²⁰, ce qui a réduit le nombre final à 28 articles.

Parmi ces 28 articles, 15 présentaient des séries de cas et 13 étaient des études cas – témoins.

Les tableaux 2 et 3 donnent le détail de chacun des articles en fonction du type d'étude.

Analyse des résultats

Les articles ont été ensuite classés par sous catégories en fonction de leurs résultats principaux :

- Troubles mentaux relevant de l'axe I : EDC, TBP, SCHZ
- Troubles de personnalité,
- Troubles addictologiques,
- Antécédent(s) de tentative(s) de suicide,

- Sexe (homme/femme)
- Tranche d'âge (moins de 25 ans, 25-60 ans, plus de 60 ans),
- Comorbidités non psychiatriques,
- Critères psychosociaux imputables,
- Évènements de vie négatifs,
- Antécédents familiaux de comportement suicidaires,
- Accès aux soins ambulatoires.

Le tableau 1 expose le nombre et les références bibliographiques des articles impliqués dans chaque catégorie et leurs pourcentages. On constate une association entre la variable et le suicide abouti et/ou une différence significative entre cas et témoins.

Les troubles mentaux

Concernant les troubles mentaux relevant de l'axe I (EDC, TBP, SCHZ), 79% des articles y faisaient référence (tableau 1). Zhang et Li 2011²¹, Overholser et al. 2012²², Hirokawa et al. 2012²³, Tong et Phillips 2010²⁴, Sun et Jia 2014²⁵, Paraschakis et al. 2015²⁶, Paraschakis et al. 2012²⁷, Giupponi et al. 2014²⁸, Renaud et al. 2014²⁹, étaient les 9 études comparatives qui ont retrouvé une différence significative entre cas et témoins concernant les TAI dont majoritairement l'EDC dans les suicides analysés par autopsie psychologique. Tandis que Schneider et al. 2011³⁰, Gagné, Moamai, et Bourget 2011³¹ n'ont pas retrouvé cette différence. Dans les études analysant des séries de cas, Srivastava 2013³², Keugoung et al. 2013³³, Abdullah et al. 2018³⁴, Berman et al. 2014³⁵, Knoll et Hatters-Friedman 2015³⁶, Hagaman et al. 2017³⁷, Zhou et Jia 2012³⁸, ont fait une association entre TAI et suicide abouti.

Judd et al. 2012³⁹, Freuchen, Kjelsberg, et Grøholt 2012⁴⁰, Giupponi et al. 2016⁴¹, Torresani et al. 2014⁴² n'ont pas retrouvé d'arguments en faveur de cette association.

Les troubles de personnalité

Pour les troubles de personnalité, seulement 29% des articles traitaient du lien avec les suicides aboutis (tabl. 1). Parmi eux, Knoll et Hatters-Friedman 2015³⁶, Hagaman et al. 2017³⁷, Abdullah et al. 2018³⁴, trois séries de cas, ont démontré une association entre suicide et troubles de personnalité. Zhang et Li 2011²¹, Overholser et al. 2012²², Tong et Phillips 2010²⁴, Renaud et al. 2014²⁹, étaient les quatre études qui ont montré une différence significative entre cas et témoins. Schneider et al. 2011³⁰ quant à eux, ne n'ont pas trouvé de modifications concernant l'effet du «non travail» sur le suicide complet après ajustement des troubles de l'axe II.

Les suicidants

La majeure partie des suicides analysés était représentée par des primo-gestes, laissant peu de place aux antécédents suicidaires comme facteurs prédictifs dans les résultats, soit 29% des articles impliqués (tabl. 1). Les antécédents suicidaires des victimes de suicide étudiées dans les séries de cas Srivastava 2013³², Freuchen, Kjelsberg, et Grøholt 2012⁴⁰, Berman et al. 2014³⁵ ont démontré une association entre antécédents de TS et suicide, contrairement à celles de Paraschakis et al. 2015⁴³ et Hagaman et al. 2017³⁷ qui n'ont pas trouvé de corrélation. Les études cas-témoins, comme celles de Gagné, Moamai, et Bourget 2011³¹, Zhou et Jia 2012³⁸, Paraschakis et al. 2015²⁶ n'ont démontré chacune aucune différence significative entre les deux groupes concernant cette variable.

Les critères psycho-sociaux

Les critères psycho-sociaux potentiellement corrélés aux suicides aboutis ont été retrouvés dans 82% des articles sélectionnés (tabl. 1). Parmi eux les séries de cas de Judd et al. 2012³⁹ ont analysé leurs sous-groupes de sujets décédés par suicide sans antécédents psychiatriques, mais avec une prédominance de facteurs de stress tels que les difficultés interpersonnelles et problèmes financiers et judiciaires. Paraschakis et al. en 2015⁴³ et dans leur études cas-témoins en 2012²⁷ ont mis en avant l'isolement social comme variable prédominante, surtout pour les personnes âgées, ainsi que les lettres d'adieu comme marqueur de forte intentionnalité. Srivastava 2013³² au contraire a défini dans ses résultats le mariage comme facteur aggravant sur le risque suicidaire concernant les femmes de culture indiennes. Abdullah et al. 2018³⁴ ont retrouvé des difficultés financières pour 80% de l'échantillon. Berman et al. 2014³⁵ ont identifié une prédominance de facteurs de stress psycho-sociaux au moment de l'acte, associés à une communication des intentions à l'entourage pour une proportion similaire et la concomitance de problèmes financiers pour la moitié. Giupponi et al. 2016⁴¹ ont trouvé des résultats en faveur d'un risque plus grand pour les femmes au foyer. Hagaman et al. 2017³⁷ ont noté une différence de facteur de risque entre Occident et Népal. Dans la culture népalaise, la sphère familiale induirait une pression sociale supplémentaire en cas de précarité, induisant des comportements suicidaires. Knoll et Hatters-Friedman 2015³⁶ ont conclu que le sujet auteur d'homicide-suicide « diffère du meurtrier typique et du suicide typique en termes de caractéristiques sociodémographiques » avec une prédominance de conjugopathie et d'antécédents personnels et familiaux de violence. Giupponi et al. 2014²⁸ ont noté un changement de comportement social comme signe avant-coureur de passage à l'acte suicidaire. Chávez-Hernández et Macías-García 2016⁴⁴ ont mis en évidence que les conditions de grande précarité sociale favorisaient les comportements suicidaires. Paraschakis

et al. 2014⁴⁵ ont décrit les sujets décédés par suicide issus de population migrante comme plus jeune et sans emplois par rapport à leurs homologues autochtones. Toutes les études présentées ci-dessus mettaient en évidence une association statistiquement significative entre facteurs psycho-sociaux et suicides aboutis, contrairement aux études de Zhou et Jia 2012³⁸, Torresani et al. 2014⁴² qui ne faisaient pas d'association. Les études cas-témoins comme Overholser et al. 2012²² et Sun et Jia 2014²⁵ ont retrouvé des cas décédés par suicide plus susceptibles d'être célibataires toutes raisons confondues. Tong et Phillips 2010²⁴ ont décrit des passages à l'acte suicidaire impulsifs, réactionnels à des conflits interpersonnels chez les sujets de milieu rural sans antécédents psychiatrique connus. Gagné, Moamai, et Bourget 2011³¹ ont mis en évidence un facteur de risque spécifique en lien avec les moyens létaux accessibles concernant les sujets de professions médicales dans le choix de l'intoxication médicamenteuse volontaire. Arensman et al. 2016⁴⁶ ont noté une prédominance du suicide en semaine chez l'adulte de 25-35 ans contrairement aux moins de 25 ans qui présentaient un pic de fréquence sur le week-end, en général associé aux alcoolisations aiguës. Renaud et al. 2014²⁹ ont utilisé le modèle d'Andersen et Laake qui définit trois principaux déterminants impliqués dans l'utilisation des services de santé : société, système et individu et identifie la stigmatisation liée à la santé mentale comme un déterminant social clé des échecs de suivi concernant les adolescents. González-Castro et al. 2016⁴⁷ ont analysé une désinsertion sociale secondaire aux consommations chroniques d'alcool, ainsi qu'à l'agressivité et la dépression qui en découlent. Schneider et al. 2011³⁰ quant à eux, ont identifié l'inactivité professionnelle, les conditions de travaux défavorables, comme facteurs de risque important de comportement suicidaire, y compris en dehors de toutes comorbidités psychiatriques. Toutes ces études faisaient une différence significative entre les 2 groupes analysés. Seuls Paraschakis et al. 2015²⁶ n'ont pas retrouvé de différence significative entre

les sujets ayant communiqué des intentions suicidaires avant leur passage à l'acte et les non communicants.

En résumé, ces résultats suggèrent un profil de victime de suicide isolée, socialement ou psychologiquement, sans reconnaissance sociale, voire exclue par manque de moyens financiers ou professionnels, et ayant accès à des moyens létaux qu'elle sait employer.

Le sex-ratio homme/femme

Dans l'analyse des différences entre homme et femme, 43% des articles y faisaient référence (tabl. 1). Les séries de cas de Judd et al. 2012³⁹, Paraschakis et al. 2015⁴³, Keugoung et al. 2013³³, Hagaman et al. 2017³⁷, Paraschakis et al. 2014⁴⁵ ont démontré une prédominance masculine parmi les sujets analysés. Srivastava 2013³² a obtenu des résultats en faveur d'une association forte entre suicide et le sexe féminin avec statut d'épouse. Giupponi et al. 2016⁴¹ ont retrouvé une forte proportion de femmes au foyer dans leur échantillon. Torresani et al. 2014⁴², quant à eux, n'ont pas trouvé de prédominance de l'un ou l'autre sur les comportements suicidaires. La seule étude cas-témoins ayant étudié le sujet, celle de Zhang et Li 2011²¹, retrouvait une différence significative entre les femmes, atteinte d'un EDC et ayant choisi une méthode de suicide non violent, par rapport à leurs homologues masculins appariés minoritaires, qui eux-mêmes sont significativement plus représentés que les individus des 2 sexes, sans troubles psychiatriques ayant choisi une méthode de suicide violente (comme la pendaison par exemple). Tong et Phillips 2010²⁴ ont analysé la schizophrénie comme facteur de risque de suicide plus important chez la femme. Giupponi et al. 2014²⁸ ont démontré une proportion de suicides plus importante chez les hommes n'ayant pas bénéficié de prise en charge médicale le mois avant le geste, en contraste de leurs homologues de sexe féminin plus à même de consulter. González-Castro et al. 2016⁴⁷ ont

retrouvé une majorité d'hommes en association avec les variables analysées, significativement supérieures aux femmes de leur échantillon.

Différences intergénérationnelles

54% des équipes de chercheurs ont concentré une partie de leurs études sur des tranches d'âge précises (tabl. 1). La génération des sujets âgés de 65 ans et plus, présentait une association significative pour le risque suicidaire dans quatre études^{27,39,42,43}. La série de cas Judd et al. 2012³⁹ a obtenu une association significative entre le groupe d'âge 65 ans et plus, les pathologies non psychiatriques, l'EDC et le comportement suicidaire. Paraschakis et al. 2015⁴³ ont retrouvé une fréquence de suicides très faible chez les sujets jeunes et très élevée chez les sujets âgés. L'étude de la même équipe en 2012²⁷ a différencié les suicides chez les 60-74 ans comme une fin « choisie » par ces derniers face à leur statut de célibataire avec une différence significative par rapport aux plus de 75 ans qui se suicidaient en réaction à une santé sur le déclin. Torresani et al. 2014⁴² ont retrouvé une augmentation du taux de suicide entre 60 et 70 ans. Arensman et al. 2016⁴⁶ ont observé un risque de pendaison diminuant avec l'âge, en faveur de technique moins violentes comme les intoxications médicamenteuses volontaires. En ce qui concerne le groupe des moins de 25 ans, huit études ont conclu à une association significative sur le risque suicidaire et la génération des mineurs et jeunes adultes^{29,32,37,38,40,41,45,48}. Freuchen, Kjelsberg, et Grøholt 2012⁴⁰ sur leur échantillon de 14 ans de moyenne d'âge ont conclu que les victimes de suicide de moins de 16 ans ressemblent dans la plupart des cas aux victimes de suicide d'adolescents plus âgés, mais avec des signes avant-coureurs moins apparents ; Giupponi et al. 2016⁴¹ ont identifié l'abus d'alcool et les problèmes de santé comme potentiel facteur précipitant de suicide selon les différents groupes d'âge, ceci s'observerait surtout chez les jeunes hommes. Les résultats d'Hagaman et al. 2017³⁷ ont préconisé d'améliorer la prévention du suicide chez les jeunes dans les zones

rurales, en limitant les pesticides et les poisons disponibles, et en réduisant la stigmatisation tout en sensibilisant les personnes aux idées de suicide aux signes avant-coureurs. Crepeau-Hobson 2010⁴⁸ ont défini l'âge de 8 ans comme la limite en dessous de laquelle les décès, toutes circonstances confondues, n'étaient pas étiquetés comme suicide par les examinateurs d'autopsie psychologique. Zhou et Jia 2012³⁸ ont identifié le public jeune avec un haut niveau d'éducation sujet à l'isolement comme à risque de suicide abouti. Paraschakis et al. 2014⁴⁵ ont retrouvé une moyenne d'âge chez les migrants décédés par suicide inférieure à leur homologues grecques. Renaud et al. 2014²⁹ ont identifié la stigmatisation liée à la maladie mentale comme un déterminant social dans la difficulté des jeunes à aller vers les soins. Srivastava 2013³² a retrouvé, quant à lui, une majorité de suicides entre 20 et 29 ans dans l'échantillon dont l'âge moyen des sujets décédés de suicide est de 36 ans. Toutes générations confondues, 2 articles tiraient les conclusions suivantes : Keugoung et al. 2013³³ ont retrouvé des répartitions similaires sur chaque tranche d'âge étudiée. Dans l'étude cas-témoin de Paraschakis et al. 2015²⁶ les cas ayant communiqué leurs intentions avant le geste suicidaire étaient globalement plus âgés que ceux qui étaient restés discrets (pour une moyenne d'âge de 52 ans sur l'échantillon total)

Les antécédents familiaux

Les antécédents familiaux de suicides ont été pris en compte dans 18% des études afin d'explorer le lien entre la psychogénéalogie et comportement suicidaire (tabl. 1). Les résultats étaient partagés entre facteurs aggravants^{32,37}, facteur d'acceptation du geste suicidaire comme solution, ou facteurs protecteurs²⁸, encourageant les descendants de victimes de suicide à investir les systèmes de soins. Srivastava 2013³², Hagaman et al. 2017³⁷, Knoll et Hatters-Friedman 2015³⁶, ont retrouvé dans leurs 3 séries des antécédents familiaux de suicide en proportion significative chez leurs sujets décédés par suicide. De même pour l'étude

cas-témoins de Sun et Jia 2014²⁵ dont les cas de suicides « non-violents » présentent une différence significative avec les témoins appariés. Giupponi et al. 2014²⁸ ont mis significativement en évidence une meilleure capacité à demander de l'aide pour les cas ayant connu la maladie mentale à travers leurs ascendants.

Les comorbidités non psychiatriques

Dans la corrélation entre suicide et problèmes de santé non psychiatriques, analysée dans 29% des articles (tabl. 1). L'étude cas-témoins de Sun et Jia 2014²⁵, a associé les troubles non psychiatriques et le suicide non violent, association significativement plus marquée par rapport aux témoins. Paraschakis et al. 2012²⁷ et 2015²⁶, troubles non psychiatriques et âge au-delà de 60 ans comme observant un risque suicidaire plus élevé par rapport aux groupes control. Seule l'étude cas-témoins d'Overholser et al. 2012²² ne retrouvait pas de différence significative entre patients victimes de suicide et décès accidentel sur une population de 50 ans en moyenne. Dans leurs séries de cas, Torresani et al. 2014⁴², Berman et al. 2014³⁵, Keugoung et al. 2013³³, Judd et al. 2012³⁹, ont fait une association entre maladie non psychiatrique et suicide, principalement dans les échantillons de personnes âgées.

Les troubles addictologiques

Les troubles addictologiques tels que la polytoxicomanie et la dépendance alcoolique chronique, réunis sous l'appellation « SUD » (Substance Use Disorders), ont été analysés dans 61% des articles (tabl.1). Les études cas-témoins de Zhang et Li 2011²¹, Tong et Phillips 2010²⁴, Gagné, Moamai, et Bourget 2011³¹, Arensman et al. 2016⁴⁶, Renaud et al. 2014²⁹, González-Castro et al. 2016⁴⁷ ont retrouvé une différence significative entre les cas dont les consommations étaient plus importantes que leurs témoins appariés. Seul Giupponi et al. 2014²⁸ a trouvé une tendance inverse concernant les sujets avec un diagnostic de mésusage

chronique d'alcool. Les séries de cas telles que Judd et al. 2012³⁹, Srivastava 2013³², Berman et al. 2014³⁵, Giupponi et al. 2016⁴¹, Knoll et Hatters-Friedman 2015³⁶, Hagaman et al. 2017³⁷, Paraschakis et al. 2014⁴⁵ ont fait une association entre suicide et SUD. Abdullah et al. 2018³⁴, ont démontré une augmentation des SUD chez les hommes par rapport aux études antérieures mais restant dans une faible proportion

Les évènements de vie intercurrents

21% des articles ont analysé les évènements de vie indésirables comme facteurs précipitant d'un passage à l'acte suicidaire (tabl.1). C'est le cas de Srivastava 2013³², Freuchen, Kjelsberg, et Grøholt 2012⁴⁰, Berman et al. 2014³⁵, qui ont retrouvé ces facteurs de stress pour plus de la moitié de leurs sujets de leur série entre 15 et plus de 50 ans d'âge. Les résultats des études cas-témoins de Overholser et al. 2012²², et Sun et Jia 2014²⁵, ont mis en évidence une différence significative entre cas et témoins, des adultes en seconde partie de vie. Gagné, Moamai, et Bourget 2011³¹ n'ont pas retrouvé cette différence « en faveur » des témoins n'appartenant pas à la profession médicale.

Soins en ambulatoire

La proportion d'articles traitant de l'utilisation des services de soins de santé primaires, ainsi que des services de santé mentale ambulatoires s'élevait à 32% malgré la recherche ciblée (tabl.1), et concernait principalement les consultations en cabinet de médecine générale. Les résultats couvraient la période à court terme avant le suicide. Globalement, plupart des sujets qui avait fait appel à un médecin durant les 4 semaines avant le passage à l'acte avait verbalisé une plainte psychique à type de désespoir. Les études de Srivastava 2013³², Abdullah et al. 2018³⁴, Giupponi et al. 2016⁴¹, Torresani et al. 2014⁴², Hagaman et al. 2017³⁷, ont retrouvé une fréquence significative de consultation auprès d'un médecin traitant (généraliste ou

psychiatre) les semaines avant le passage à l'acte. Keugoung et al. 2013³³, quant à eux ont trouvé une faible proportion de leur série de cas qui avait fait appel à une infirmière non spécialisée concernant des symptômes de dépression avant le passage à l'acte. Dans les études cas-témoins, Gagné, Moamai, et Bourget 2011³¹ ont noté parmi les sujets de profession médicale, une faible proportion ayant été en mesure de demander de l'aide à leurs confrères avant leur suicide. Giupponi et al. 2014²⁸, ont mis en évidence un plus grand nombre de patient bénéficiant initialement d'un suivi régulier, consultant avant le passage à l'acte. Renaud et al. 2014²⁹ ont découvert une faible proportion des sujets décédé par suicide ayant eu recours aux soins malgré les éléments de psychopathologie retrouvé à l'autopsie psychologique. Tous mettaient en évidence une différence significative avec les témoins appariés.

Figure 1 : Diagramme de flux – Autopsies psychologiques

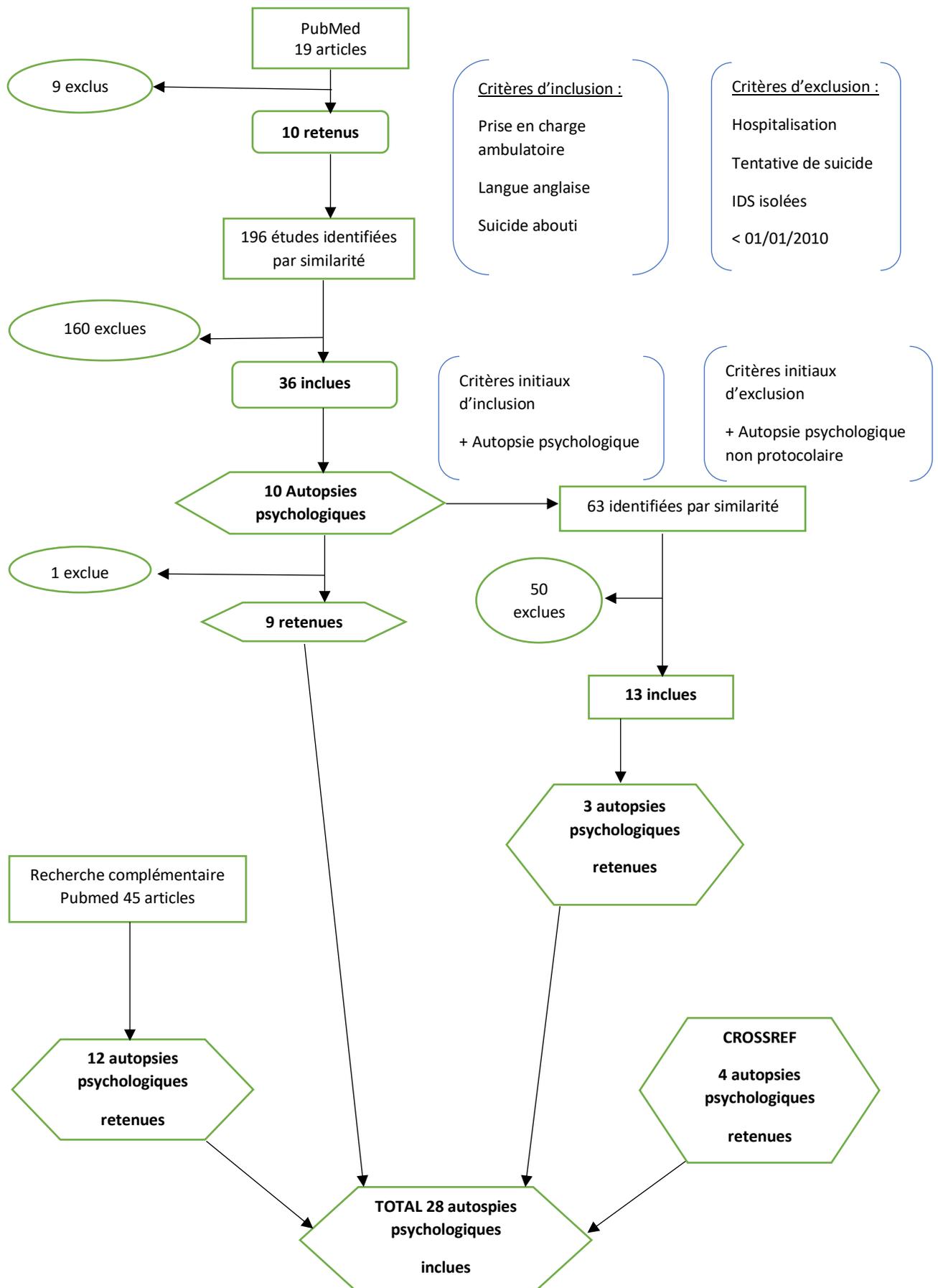


Tableau 1 – répartition par sous catégories

Catégories	Série de cas (n)	Association entre catégorie et suicide (%)	Etudes comparatives (n)	Différence significative (%)	Total sur les 28 articles % de la totalité
Tb Axe I	11 ³²⁻⁴²	64 % ³²⁻³⁸	11 ²¹⁻³¹	82 % ²¹⁻²⁹	22 articles (79%) Lien avec suicide 57 %
Tb Axe II	3 ^{34,36,37}	0 %	5 ^{21,22,24,29,30}	80 % ^{21,22,24,29}	8 articles (29%) Lien avec suicide 25 %
Tb Addictologique	10 ^{32,34-37,39,41,45}	90 % ^{32,35-37,39,41,45}	7 ^{21,24,28,29,31,46,47}	86 % ^{21,24,29,31,46,47}	17 articles (61%) Lien avec suicide 54 %
ATCD TS	5 ^{32,35,37,40,43}	60 % ^{32,35,40}	3 ^{26,31,38}	0 %	8 articles (29%) Lien avec suicide 11 %
Sexe H/F	8 ^{32,33,37,39,41-43,45}	88 % ^{32,33,37,39,41,43,45}	4 ^{21,24,28,47}	100 % ^{21,24,28,47}	12 articles (43%) Lien avec suicide 40 %
Tranches d'âge	11 ^{32,33,37,39-43,48}	91 % ^{32,37-43,45,48}	4 ^{26,27,29,46}	100 % ^{26,27,29,46}	15 articles (54%) Lien avec suicide 50 %
Tb non psychiatriques	4 ^{33,35,39,42}	100 % ^{33,35,39,42}	4 ^{22,25-27}	80 % ¹⁷⁻¹⁹	8 articles (29%) Lien avec suicide 25 %
Critères psychosociaux	13 ^{32,34-39,41-45}	87 % ^{32,34-37,39,41,43-45}	10 ^{22,24-31,46,47}	88 % ^{22,24,25,27-31,46,47}	23 articles (82%) Lien avec suicide 71 %
Évènements de vie négatifs	3 ^{32,35,40}	100 % ^{32,35,40}	3 ^{22,25,31}	67 % ^{22,25}	6 articles (21%) Lien avec suicide 18 %
ATCD F suicide	3 ^{32,36,37}	100 % ^{32,36,37}	2 ^{25,28}	100 % ^{25,28}	5 articles (18%) Lien avec suicide 18 %
PEC ambulatoire	6 ^{32-34,37,41,42}	100 % ^{32-34,37,41,42}	3 ^{28,29,31}	100 % ^{28,29,31}	9 articles (32%) Lien avec suicide 32 %

Tableau 2 – Autopsies psychologiques, séries de cas

Auteurs	Population	Caractéristiques	Tests psychométriques	Résultats principaux	Association
Judd et al. 2012	8244 suicides USA	Divisés en 4 groupes : 3 adultes et 1 personnes âgées H/F,	AP, sans précisions	TAI : 25% au total FDS PS : Groupe 1 SUD : Groupe 3 Somatique : Groupe 2	Non Fréquence insuffisante Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative
Srivastava 2013	100 suicides Goa	Jeunes adultes et adultes, H/F	AP, ICD-10, DSM IV 2 informateurs	TAI dont EDC majoritaires OHC majoritaires Communication intentions FDS PS Mariés majoritaires	Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative FDR important Oui Fréquence significative Association plus forte avec F
Keugoung et al. 2013	47 suicides Cameroun	Jeunes, adultes, personnes âgées, H/F	AP, 2 informateurs, DSM IV	TAI H > F	Oui Fréquence significative Non Fréquence insuffisante
Freuchen, Kjelsberg, et Grøholt 2012	42 suicides Norvège	Adolescents, H/F	AP, 2 informateurs, Indice de suicide Kiddie-SADS-P, SIS	TAI dont EDC majoritaires FDS PS Communication intentions	Non Fréquence insuffisante Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative
Abdullah et al. 2018	63 suicides Pakistan	Adolescents, jeunes adultes H/F	AP, 2-4 informateurs DSM IV	TAI dont EDC majoritaires Soins ambulatoires FDS PS	Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative
Berman et al. 2014	55 suicides USA	Adultes, H/F, Rails de chemin de fer	AP, sans précision	TAI Patho somatique chronique SUD : OH, THC, Cocaine Communication intentions FDS PS	Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative
Giupponi et al. 2016	448 suicides Italie	Adultes, H/F	AP, 2 informateurs DSM IV	TAI Genre : F au foyer > H SUD : OHC et drogues H technique violente > F appariées Cs MG 1 mois avant F > H	Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative FDR chez la F, si TAI (+) Oui Fréquence significative Oui Différence significative
Knoll et Hatters-Friedman 2015	15 suicides USA	Adultes, H majoritaires 3 types Homicide-suicide	AP, 2 informateurs MINI	TAI dont EDC majoritaires H en couple (épouse victime) SUD : divers Communication intentions Méthode violente, ATCD violent ATCD F suicide / violence	Oui Fréquence significative Oui Effet « intimité » Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative Oui Intérêt systémique
Hagaman et al. 2017	39 suicides Népal	Adultes, H/F	AP, 2 informateurs MPAC, PHQ-9, DSM IV	TAI dont EDC majoritaires FDS PS : migration, suicide des proches	Non Fréquence insuffisante FDR

				SUD d'« adaptation » aux FDS PS ATCD F de suicide Mariés avec enfants Primo geste majoritaire	Oui, pression sociale de réussite FDR Oui, pression sociale de réussite Technique létale favorisée
Torresani et al. 2014	525 suicides Italie	Adultes, personnes âgées H/F	AP, >2 informateurs ICD-9, DSM IV	TAI dont EDC majoritaires <60ans, OH et isolement >60 ans, patho somatique et isolement	Non Fréquence insuffisante Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative
Chávez-Hernández et Macías-García 2016	9 suicides Mexique	Adultes, H/F	AP, 2 informateurs SSIPA	Pauvreté majoritaire Bas niveau d'éducation Victimes de violence	Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative Oui Fréquence significative
Paraschakis et al. 2014	53 suicides Grèce	Adultes, H/F Migrants origines multiples	AP, 2 informateurs SSIPA	Kuwaiti, Somali et Afghan majoritaires Jeunes, chômage, OHC Sexe ratio 3H : 1F	Haut taux de suicides Oui, p >0.001 p.r. grecques Non Similaire au grecques
Paraschakis et al. 2015	335 suicides Grèce	Adultes et personnes âgées, H/F	AP, 2 informateurs DSM IV	55% célibataire ou divorcé 42% retraités ou chômeurs Sexe ratio 3H : 1F Primo geste Communication intentions	P<0.001 p.r. pop générale P<0.001 p.r. pop générale H majoritaires Majoritaires La moitié
Zhou et Jia 2012	200 suicides Chine	Adultes, H/F, Gr comparés sur leur comportement suicidaires (verbal, comportemental, écrit, ou (-))	AP, DSM IV ISI, IRLE, SSS, HRDS, SCID-I/P, BHS-CR	%EDC communicants > non communicants 44% TAI sur suicides planifiés Communication et haut niv éducation Patho somatique et intention	P<0.005 Corrélés à intentionnalité DNS entre TAI et non TAI
Crepeau-Hobson 2010	94 examinateurs USA	Examineurs d'AP concernant les suicides chez l'enfant	AP, résultats comparés entre 2 examinateurs/cas	>8 ans : âge du non diag de suicide	Oui Fréquence significative

Tableau 3 - Autopsies psychologiques, études cas – témoins

Auteurs	Cas N et caractéristiques	Control N et caractéristiques	Test psychométriques	Résultats principaux sur le risque suicidaire	Différence Significative
Overholser et al. 2012	148 suicides Adultes H/F, USA Age moyen 49 ans	257 décès hors suicide Appariés	AP, 1 informateur DSM IV et SCID v2.0	TAI dont EDC cas > témoin Cas caucasien > control Cas sans conjoint > control	Oui p<0.001 Oui p<0.001 Oui p<0.001
Hirokawa et al. 2012	49 suicides Adultes H/F, Japon	145, échantillon vivant Appariés	AP, 1 informateur pour les cas et pour les témoins appariés DSM IV et SCID Axis I	Cas EDC > Témoins	Oui p<0.001
Tong et Phillips 2010	895 suicides, Adultes H/F, Chine, Age moyen 40 ans, urbains et ruraux	701 décès accidentels Appariés	AP, 2 informateurs DSM IV	TAI dont EDC cas > témoins Cas SCHZ F > SCHZ H Cas urbains +TAI > ruraux +TAI Cas SUD ruraux Cas FDS PS ruraux et TAI urbains Cas impulsivité ruraux > urbains	Oui P<0.005 FDR important pour F Le double Risque suicidaire accru Risque suicidaire accru Risque suicidaire accru
Gagné, Moamai, et Bourget 2011	36 suicides, Médecin de profession H/F, âge moyen 50 ans Québec	36 suicides, Profession hors médecine, Appariés	AP, 2 informateurs En aveugle DSM IV	Cas TAI = TAI control ATCD TS control > cas IMV, SUD cas > control FDS PS control > cas Recours aux soins : 1/3 des cas	Non fréquence similaire Oui « moyennement » Oui FDR spécifique Oui plus fréquent Plus stigmatisant
Sun et Jia 2014	199 suicides Dont 78 violents (V) et 121 non violents (NV) Adultes H/F, âge moyen 60 ans, Chine	199 témoins vivant, Appariés selon critères de chaque cas	AP, 2 informateurs Pour cas et pour les témoins appariés DSM-IV Axis I IRLE, SSRS, SIS, BHS, STAI, BIS-11, SES	TAI Cas NV/V > Control Sexe ratio suicide 3H : 2F Mariés Control > cas NV/V Ev de vie nég Cas NV/V > control Soutient social Cas NV/V moindre Patho somatique Cas NV > control Impulsivité Cas > control ATCD F Cas NV > control	Oui p < 0.005 H majoritaires Oui p < 0.004 Oui p < 0.001 = FDR Oui p < 0.001 Oui p < 0.04 Oui p < 0.001 Oui p < 0.05
Schneider et al. 2011	163 suicides, Adultes, Allemagne	396 sujets vivants Appariés	AP, 2 informateurs DSM-IV Axis I and II SCID-I, SCID-II, (German version)	Ajustement des TAI à l'effet du «non travail» sur le suicide complet. Sans emplois Cas > Control Changement d'emplois fréquent Conditions de travail défavorables F au foyer, mari à plein temps	Peu de modifications Association forte Risque suicidaire accru Leger accroissement RS Risque suicidaire accru

Renaud et al. 2014	67 suicides, Jeunes adultes, 20 ans Québec	56 sujets vivant, Appariés	AP DSM-IV-TR et SCID, axe I	TAI cas > témoins TAI cas > témoins SUD cas > témoins SUD associés à autres FDR Soins ambulatoires témoins > cas	Oui plus fréquent Oui plus fréquent Oui plus fréquent Risque suicidaire accru Oui p > 0.001
Paraschakis et al. 2015	124 suicides, Communication des intentions avant suicide Grèce, H/F, adultes	124 suicides, non communication des intentions avant suicide, appariés	AP, >2 informateurs DSM IV	TAI : Cas > Control Patho somatiques : Cas > Control Age : Cas > Control Niv d'éducation : Control > Cas ATCD TS et communication verbale	Oui p = 0.004 Oui p = 0.005 Oui p < 0.001 Oui p = 0.04 Non n.s.
Giupponi et al. 2014	190 suicides, PEC médicale (-) Italie, Adultes, H/F	206 suicides, PEC médicale (+) Appariés	AP, 2 informateurs SCID-I, DSMIV	TAI PEC (+) > PEC (-) Sans emploi PEC (-) > PEC (+) H PEC (-) > F PEC (+) ATCD F PEC (+) > PEC (-) ATCD TS PEC (+) > PEC (-)	Oui p < 0.001 Oui p = 0.01 Oui p < 0.001 Oui, influence positive Oui, p < 0.001
Paraschakis et al. 2012	61 suicides, « young-old » 60-74 ans, H/F, Grèce,	57 « old-old » >75 ans Appariés	AP, >2 informateurs DSM IV	TAI similaires pour les 2 gr Patho somatique Control > Cas Statut marital : Control veufs > cas Cas célibataires/divorcés > control	Non Non, corrélation forte Oui p = 0.019
Zhang et Li 2011	188 suicides, avec TAI Jeunes adultes et adultes, H/F Chine	204 suicides, sans TAI Appariés	AP, 2 informateurs DSM IV	F, EDC, suicide non-violent > H, EDC, non violent > F, H, sans tb psy, violent	Oui p = 0.002 Oui p = 0.000
Arensman et al. 2016	61 suicides, « Jeunes » 15-24 ans Irlande, H/F	60 suicides, « Adultes » 25-35 ans Appariés	AP, sans précisions	Célibat cas > control Cas : weekend et OH Control : jour de semaine SUD SUD associés à autres FDR	Oui p < 0.05 En association Pic de fréquence Non, haut taux pour les 2 Risque suicidaire accru
González-Castro et al. 2016	142 suicides, H, adultes Mexique	40 suicides, F, Appariées	AP, 2 informateurs SSIPA	Nbr H > nbr F H retraité/ sans-emplois > F H SUD (OHC), EDC et agressivité > F	Oui p < 0.001 Oui p = 0.004 Oui p < 0.001

IV/ DISCUSSION

Au total, plus de 70% des articles sélectionnés étaient en faveur d'un lien entre facteurs psycho-sociaux et suicide abouti et presque 60% concluaient à un lien entre troubles mentaux relevant de l'axe I et suicide. Les critères psychosociaux comme la précarité économique et sociale, l'isolement ou *a contrario* les conflits interpersonnels environnementaux ou conjugaux étaient retrouvés de façon relativement homogène dans les différentes études en faveur d'un lien avec le suicide. Ils se présentaient comme facteurs précipitants sur des terrains déjà fragilisés par ces troubles psychiatriques, dont l'épisode dépressif caractérisé était le diagnostic principal des sujets étudiés. Cette intrication des facteurs de stress psychosociaux et des TAI est en accord avec la littérature des 20 dernières années. Cavanagh et al. en 2003⁴⁹ et Isometsä en 2014⁵⁰ concluent que les troubles mentaux ont la plus forte association avec le suicide, association par ailleurs moins évidente avec les autres variables. Concernant les éléments de personnalité tels que l'agressivité ou le tempérament impulsif, ainsi que les terrains insécures construits sur des antécédents de maltraitances et/ou de négligences et l'exposition chronique aux psycho-traumatismes et microtraumatismes, prédisposaient mieux à des passages à l'acte violents et létaux. Les signes avant-coureurs de l'impériosité du passage à l'acte étaient décrits à travers des changements de comportements sociaux tels que l'agressivité ou le repli²². Si le suicide chez les adultes d'âge moyen était souvent réactionnel à une désinsertion sociale associée à des comorbidités psychiatriques dont les conduites addictologiques. La personne âgée, quant à elle, se suicidait dans un contexte de « déclin » ressenti par la concomitance de maladies non psychiatriques et d'un isolement socio-affectif s'aggravant progressivement²⁷. A noter que dans les deux extrémités de la vie, la dépression pouvait revêtir des formes "atypiques" et était souvent moins

recherchée par les professionnels en raison de l'âge trop jeune⁴⁸ ou des comorbidités non psychiatriques au premier plan^{27,42}.

La communication des intentions aux proches, verbalement ou par écrit, ainsi que les lettres d'adieu laissées ("suicide note") dénotaient à chaque étude d'une forte intentionnalité dans le geste suicidaire. Ainsi, la thérapie familiale, les entretiens conjoints avec les proches et l'analyse systémique des situations de crises où les terrains sont initialement fragilisés par différentes comorbidités tant psychiatriques que non-psychiatriques mériterait d'être mieux investie. D'une part pour renforcer la part sécuritaire de l'environnement de l'individu. D'autre part, pour permettre de lever le tabou que représente l'idéation suicidaire. L'entourage familial au premier degré doit être le premier espace investi en tant que ressources externes^{26,36,38}. Tout ceci pourrait permettre de recueillir les signes avant-coureurs qui peuvent parfois être occultés en thérapies individuelles. Par ailleurs, si les traitements antidépresseurs diminuent l'expression de la dépression chez les mineurs, ils n'auraient en fait que peu d'influence sur l'intentionnalité suicidaire⁴⁰.

Dans la littérature analysant l'hypothèse d'une prédominance environnementale et sociale dans le passage à l'acte suicidaire, Van Orden et al. 2010⁸, dans leur théorie interpersonnelle du suicide, définissent l'isolement social comme indicateur le plus fiable d'idéation suicidaire, de comportement suicidaire létal ou quasi létal au cours de la vie, ainsi que d'autres aspects des liens sociaux tels que la solitude et la perte du conjoint. Ces deux éléments sont des indicateurs observables d'un besoin humain fondamental non satisfait. C'est ce qu'ils nomment l'appartenance contrariée. Elle correspond un état cognitif-affectif dynamique évoluant dans le temps car multidimensionnel. Cet état chronique provoquerait au long terme

de nombreux effets délétères sur la cognition et le comportement⁸. Cette notion se retrouve dans les deux extrêmes de la vie, d'une part chez les adolescents en quête identitaire et d'une autre part chez les personnes âgées qui « perdent » leur rôle social d'époux(se) ou d'adultes autonomes comme l'ont montré les résultats précédents. A cela s'ajoute ce qu'ils appellent la lourdeur perçue, comme les conflits familiaux, le chômage et la maladie physique qui constituent trois des facteurs de risque de suicide car ils entraînent une idéation suicidaire active⁸. Le passage à l'acte élaboré au décours de ces deux éléments sera réalisé grâce à une troisième condition : la capacité acquise au suicide qui résulte d'une accoutumance à la peur de se faire du mal ainsi qu'à une tolérance accrue à la douleur⁸. Ceci se construit en général sur des terrains de maltraitance, d'exposition à la violence ou à des psychotraumatismes répétés. Ce qui est en corrélation avec les résultats de suicides achevés sur récurrences, sur terrains de précarité⁴⁴ ou de professions à risque³¹. En conclusion, le risque le plus élevé de suicide est conféré par la présence simultanée d'un sentiment d'appartenance contrariée, ou d'isolement socio-affectif durable, et d'un fardeau perçu ou sentiment d'être une charge pour son environnement. Ces deux conditions engendrant le désespoir, l'acte sera ensuite guidé par une capacité acquise d'automutilation mortelle⁸. Sous l'angle du genre, le sexe masculin prédominait généralement dans les cas de suicides aboutis, dont une partie par des techniques violentes^{39,43}, et était plus étroitement liée à la précarité, la désinsertion sociale et l'abus de substance. Les femmes se démarquaient sur les facteurs de risques associés tels que la schizophrénie²⁴ ou le manque de reconnaissance sociale. A noter aussi qu'elles se saisissaient mieux de l'aide offerte par les services de soins primaires, ce qui constitue un facteur protecteur supplémentaire^{28,41}. A l'inverse, les hommes avaient une tendance à être mieux désensibilisés à la violence et à la douleur et à ne pas avoir recours aux différentes sources d'aide en cas de détresse psychique. Les individus de sexe féminin analysés dans les études

étaient, par contre, plus prompts à se sentir exclus, non reconnus, et seuls face à leur charges mentales, et ce principalement pour les femmes dites « au foyer »⁴¹. Les femmes seraient donc plus enclines à l'idéation suicidaire, l'homme à la capacité acquise au suicide et au passage à l'acte si le terrain sur lequel il évolue l'y engage (précarité, chômage, la maladie)⁸. D'où la prédominance masculine dans la plupart des autopsies psychologiques toutes cultures et âges confondus⁵⁰. Conner et al. 2019, cependant, retiennent qu'un épisode dépressif caractérisé peut être un facteur de risque plus puissant chez les femmes⁵¹. A noté que les mesures de parité dans les pays occidentaux devraient tendre à modifier ces résultats dans les générations à venir.

Le lien entre suicide et troubles addictologiques était observé dans plus de la moitié des articles sélectionnés. Le mésusage et/ou l'abus d'alcool associé au trouble dépressif caractérisé était plus courant chez les hommes que chez les femmes. L'aboutissement au suicide semblait lié à la levée d'inhibition induite par la consommation d'alcool. Hagaman et al. (2017) concluent "consommation d'alcool, les tentatives de suicide antérieures et les antécédents familiaux de suicide, semblent être des facteurs de risque universels". La prise en charge addictologique concomitante à la psychothérapie et à un éventuel traitement médicamenteux n'est nécessaire pour les cas de psychopathologie avec conduites addictives, car comme cela a été démontré, les SUD augmentent le risque suicidaire. Ces abus et/ou mésusage de substances se doivent d'être considérés comme signes avant-coureurs en cas d'introduction ou d'augmentation des consommations^{28,35}. Des directives cliniques proposent des entretiens ciblés sur l'idéation suicidaire, partant de l'hypothèse que le patient ne les verbalisera pas spontanément. Hagaman et al. ajoutent enfin « Si un individu présente deux des problèmes suivants : mouvement géographique récent, consommation excessive d'alcool ou symptômes de dépression, il devrait bénéficier d'un soutien en matière de

prévention du suicide ». Les SUD sont les comorbidité les plus communes des terrain évoqués ci-dessus, et en particulier par la consommation d'alcool⁵⁰. La levée d'inhibition induite par l'alcoolisation aiguë aggrave en effet les idéations suicidaires actives et encourage le passage à l'acte⁸. A noter cependant que Conner et al., en 2019⁵¹, dans une méta-analyses d'études cas-témoins, concluent à une absence de différence entre SUD et abus d'alcool exclusifs, et les placent dans les potentiels facteurs de risque à intégrer dans l'évaluation clinique.

Concernant les troubles de personnalité, peu d'autopsies psychologiques retrouvaient des éléments en faveur d'un diagnostic de troubles de personnalité. Les études retenues stipulaient surtout les troubles anxieux et les troubles du cluster B. Sur certains terrains particuliers, comme les troubles de personnalité borderline qui observe un critère particulier qu'est l'idéation suicidaire chronique, dont la différence d'intensité est tributaire des évènements de vie. Bien qu'augmentant statistiquement le risque suicidaire, les IDS dans ce cas ont une valeur prédictive moindre si l'intentionnalité reste faible. Il sera ainsi admis que cette suicidalité « va de paire » avec le terrain psychiatrique, comme le conclut Paris en 2019⁵² à travers sa revue de la littérature. Ainsi, il serait nécessaire d'en accepter le risque au cours de la prise en charge, et d'en éviter le renforcement en les orientant systématiquement sur les services d'urgences. Dans ce cadre de pathologie, des thérapies spécifiques ont été mises en place avec succès, c'est le cas des troubles de personnalité borderline pour lesquels existent traitements psychothérapeutiques tels que la DBT (Dialectical Behavior Therapy)⁵². Il est recommandé d'éviter le renforcement des comportements via l'orientation sur les urgences induisant en général une rémission temporaire et réactionnelle aux hospitalisations. Il aurait été observé une meilleure efficacité des traitements ambulatoires (consultation ou Hôpitaux de jour) avec des formes spécialisées de psychothérapies. L'admission en hospitalisation courte et contractualisée serait réservée pour les cas de TS graves ou les

épisodes dissociatifs aigus⁵². Ces notions sont pertinentes concernant les prises en charge ambulatoires. Les interventions qui traitent directement ou indirectement la lourdeur perçue et l'appartenance contrariée devraient produire les meilleurs résultats parmi les individus suicidaires⁸.

Il a été vu dans les résultats que les soins primaires étaient en première ligne des demandes d'aide et de suivi de troubles psychiatrique pour certaines populations^{28,29,32,33,41,42}(personnes âgées, patient sans antécédent psychiatrique, désert médicaux ou régions en grande précarité socio-économique avec population observant un faible niveau d'éducation). Stene-Larsen et Reneflot (2019), dans leur revue systématique de la littérature couvrant la période de 2000 à 2017 retrouvaient des résultats similaires concernant le recours aux soins ambulatoires avant le passage à l'acte suicidaire. Selon leurs résultats, le contact avec les services de soins de santé primaires avant le suicide est courant⁵³. Faute de créer un meilleur accès aux soins en santé mentale, largement moins représenté que les structure de soins primaires, il serait donc nécessaire d'améliorer la formation des soignants en soins primaires. Overholser et al. (2012)²² analysent que "L'évaluation du suicide fait souvent la distinction entre les facteurs de risque et les signes avant-coureurs. Les facteurs de risque, tels que les caractéristiques démographiques, sont chroniques et ne peuvent généralement être que très peu modifiés par une intervention". Ce qui impliquerait des mesures distales en matière de soins et d'aide à la personne. Ceci marque le contraste avec "Les signes avant-coureurs (par exemple, agitation extrême, toxicomanie, communication d'intention) qui sont de nature proximale, indiquant un risque élevé de suicide et la nécessité d'une intervention immédiate" qui requièrent donc des mesures proximales faciles d'accès telles que les services de santé primaires ou mentale, ainsi que les services d'urgences.

Cette revue rassemble des articles issus de plusieurs pays différents ce qui favorise la généralisabilité des résultats. Cependant, des différences interculturelles rendaient certains résultats non internationalement standards. Sociologiquement les facteurs de risque ne tiennent pas entre cultures et pays. Dans la culture occidentale il est apparu que le célibat et l'isolement social représentaient un terrain favorable aux comportements suicidaires. Contrairement à la culture indienne où les mariages arrangés et la stigmatisation des femmes divorcées sont ancrés dans les mœurs, et font parfois percevoir le suicide comme seule issue à une union malheureuse³⁷. En Chine le suicide serait un sujet interdit et le passage à l'acte stigmatisant pour la famille²⁵. A noter que dans la culture chinoise, l'incidence de maladies mentales dans les cas de suicides demeurent relativement faible par rapport à l'occident^{24,25}. Cette différence culturelle est en contradiction des résultats de la méta-analyse de Conner et al. 2019 qui fournit de nouvelles preuves selon lesquelles les troubles dépressif caractérisé et les troubles de l'humeur peuvent constituer un facteur de risque de suicide proximal particulièrement virulent chez les populations asiatiques⁵¹.

Les principaux facteurs de risque de suicide révélés sur cette revue de littérature sont donc par ordre de fréquence : les troubles de l'axe I, en particulier l'EDC et la schizophrénie, et les facteurs de stress psychosociaux, dont l'isolement socio-affectif toute cause confondue et le manque de reconnaissance par les pairs. Le facteur précipitant le plus courant est l'alcoolisation aigue, entraînant une désinhibition psychique et motrice. Suivent les individus de sexe masculin évoluant sur des terrains fragilisés par les premiers facteurs décrits. Enfin le manque d'accès aux moyens d'aides, contrastant avec l'accessibilité grandissante aux moyens létaux, entraînent l'évolution du processus cognitif vers le passage à l'acte suicidaire. L'ensemble de ces facteurs se retrouvent dans le R.U.D. échelle largement utilisée par les soignants car simple et rapide⁶ afin d'évaluer le risque suicidaire lors des entretiens

individuels. Elle place, cependant, l'ensemble de ces FDR sur le même plan (par exemple « Danger troubles psychiatrique et de la personnalité »), étiquetant ainsi comme « suicidaire » bon nombre de faux positifs. De même, les facteurs protecteurs dictés par cette même échelle, tels que « entourage familial et social », nécessiteraient d'être approfondis sur la suite de l'entretien. Les outils proposés aux soignants parfois isolés nécessitent donc d'être complétés par une formation plus large et mieux orientée sur l'individualité du vécu de chaque patient en proie à des idéations suicidaires. Il serait également nécessaire de suivre les hypothèses de la RDoC, et prévoir, à l'avenir, des études prospectives transdiagnostiques et dimensionnelles afin d'améliorer les connaissances théoriques sur le suicide.

Biais et limites

Biais propres à la revue

Deux types d'études ont été incluses dans la recherche : les séries de cas et les études cas-témoins rétrospectives basées sur des autopsies psychologiques. Le niveau de preuve des études sélectionnées était faible (garde C). Les tests psychométriques utilisés étaient variables selon les études. L'absence de nomenclature normalisée en suicidologie et le manque, la plupart du temps, de protocole sur les instruments d'évaluation utilisés rendaient les résultats hétérogènes hormis pour l'évaluation des troubles de l'Axe I et II pour lesquels la plupart se basaient sur le DSM IV, les plus récentes sur le DSM V (SCID). Ainsi le référentiel entre les études était différent. Les autres variables étaient évaluées sur des échelles différentes et non superposables d'une équipe à l'autre.

Biais propres aux autopsies psychologiques

Le principal biais est le manque d'homogénéité entre les études pour les raisons suivantes :

- Le biais d'attribution, les coroners et leurs équivalents dans d'autres pays, sont peut-être plus susceptibles de rendre des verdicts de suicide chez ceux avec troubles mentaux connus⁴⁹
- Une autre source de biais se trouve auprès des informateurs collatéraux qui tendent à la « recherche après le sens ». ils peuvent, rétrospectivement, identifier un certain nombre de causes facteurs qui pourraient expliquer le suicide.⁴⁹
- Les biais de rappel tributaires des informateurs caractérisés par le rappel sélectif de qualités positives et la rétention d'informations négatives⁴³, qui entraîne en général une sous déclaration des facteurs de risque stigmatisants tels que l'alcoolisme ou les antécédents de passages à l'acte auto-agressifs²². De plus la latence entre le décès et les entretiens auprès des informateurs étaient variables selon les études, de 1 mois à 1 an. De même cette approche rétrospective ne permet pas l'évaluation des variables intrapsychiques (désespoir, manque d'estime de soi) durant les heures et les minutes précédant le passage à l'acte²².
- Le protocole présente un biais dans le recueil de données auprès des informateurs collatéraux, car leur nombre varie quantitativement, entre un et au-delà de deux, et qualitativement, parents ou médecins traitant, entre les études. L'autopsie psychologique tend à manquer de standardisation sur ces éléments de l'analyse. Sa validité en devient controversée : "Les analyses ont été basées sur des cas précis et non sur des cas probables ou inconnus. Il existe donc un risque de sous-estimation de l'ampleur d'une relation, ainsi qu'un risque possible d'erreur de type II."³¹
- Les zones géographiques sont limitées dans la plupart des études, se bornant en général à un état, un district, un canton, ou une région.

- La taille des échantillons est faible à modérée pour la majorité des études retenues, différences interculturelles entre pays et structurelles entre municipalités, ainsi que dans les moyens à disposition, ce qui limite la généralisabilité et la fiabilité des résultats

V/ CONCLUSION

Au total, il est important de noter que le diagnostic psychiatrique à lui seul ne permet de pas de prédire l'achèvement du suicide. L'influence des facteurs environnementaux sur la transition des idées suicidaires au passage à l'acte létal apparaît primordiale, d'autant que les individus se « conditionnent » généralement sur un scénario précis. L'analyse des résultats a démontré que le suicide était le point culminant d'un ensemble de facteurs prédisposants, perpétuants, précipitants puis déclenchants. Il a également été mis en évidence que les signes avant-coureurs étaient perceptibles pour qui savaient où les chercher et comment les accueillir. La prise en charge à l'échelle individuelle ainsi qu'un lien thérapeutique fiable avec le patient et de son entourage sociale et/ou familial semble être la clé d'une meilleure prévention primaire ou secondaire sur le suicide. Ainsi, une formation des professionnels soignants toutes disciplines confondues sur le risque suicidaire permettraient de limiter le chiffre croissant chaque année de suicide.

Une lacune, cependant, reste commune à toutes les autopsies psychologiques : le manque d'éléments concernant les quelques minutes à quelques heures avant le passage à l'acte fatal, laissant une zone d'ombre autour des éléments cliniques avant le geste. De là, la nécessité de réaliser des études prospectives afin de mieux identifier les facteurs de risques à court terme.

SECONDE PARTIE : les Soins en Ambulatoire

I/ INTRODUCTION

En seconde partie, un point est fait sur l'aspect pragmatique des soins en ambulatoire concernant les patients à risque. Comme la première partie le stipulait, une association avait été faite entre les patients suivis par le corps médical et les décès par suicide. La revue de la littérature de JB Luoma et al. en 2002 a montré qu'une majorité des patients victimes de suicide ont été en contact avec le système de santé au cours de l'année précédant leur décès¹⁷.

Cette analyse de la littérature basée sur des études rétrospectives cas-témoins a pour objectifs de déterminer les limites et les forces des suivis en ambulatoire (soins primaires, soins en santé mentale et service d'urgences) auprès des patients décédés par suicide.

II/ MATERIEL ET METHODE

Recherche initiale

La recherche sur la base de similarité d'articles à partir de l'étude de Conwell et al. « Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide : a psychological autopsy study. »¹⁶ a permis de fournir une liste d'articles sur les suivis ambulatoire en santé mentale.

Une seconde recherche par similarité à partir de la revue de la littérature de Luoma et al. « Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence »¹⁷ dans le but de cibler des articles traitant des comportements suicidaires dans la prise en charge médicale ambulatoire. Nous avons complété ces premières données par une

recherche Pubmed, Cross Ref et Google Scholar a été effectuée avec les mots clés « Suicide » et « Ambulatory Care ».

Parmi les articles inclus lors de cette recherche initiale, seule les études rétrospectives cas-témoins se basant sur les cas décédés par suicide ont été retenues pour cette revue de la littérature.

Pour cette étude nous avons suivi les recommandations PRISMA (« Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses ») concernant la réalisation d'une revue systématique de la littérature¹⁸.

Critères d'inclusion

Les articles ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion initiaux :

- Prise en charge ambulatoire,
- Langue anglaise,
- Suicide abouti,
- Suivi après tentative de suicide,
- Suivi ambulatoire,
- Année de publication entre 01/01/2010 et 01/08/2019.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Prise en charge hospitalière, afin d'éviter les facteurs de confusion en lien avec risque suicidaire majoré en pot-hospitalisation,
- Idées suicidaires sans passage à l'acte,
- Passage à l'acte auto agressif, automutilation, sans intentionnalité suicidaire.

- Année de publication inférieure au 01/01/2010, dont les référentiels et données seraient trop anciens.

III/ RESULTATS

Résultats de la recherche

Parmi les articles inclus, seules les études rétrospectives cas-témoins se basant sur le suivi de cas décédés par suicide ont été retenues pour cette revue.

La recherche sur la base de similarité d'articles à partir de l'étude de Conwell et al. « Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide : a psychological autopsy study. » comptait 196 articles, dont 2 correspondaient aux critères d'inclusion.

Une seconde recherche par similarité à partir de la revue de la littérature Luoma et al. « Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence »¹⁷ a permis d'inclure 4 articles sur 63. La recherche complémentaire Pubmed a été effectuée avec les mots clés « Suicide » et « Ambulatory Care » comptait 86 articles dont 4 ont été inclus.

Résultats de l'analyse des articles

10 articles ont été inclus à partir des critères de sélection⁵⁴⁻⁶³ (Figure 2). Toutes ces études étaient du type rétrospectives cas – témoins. L'ensemble des cas sur chaque étude a été sélectionné selon le critère d'inclusion « victime de suicide ». les témoins étaient appariés selon les critères socio-démographiques, tels que l'âge, le sexe, l'origine, et le lieu

d'habitation, ainsi que, pour certaines études, selon leurs profils psychopathologiques^{54,58,61} voire leur propre statut de victime de suicide^{54,63}. Parmi les générations étudiées, une étude portait les mineurs⁶², deux études sur la personne âgée^{57,59} de 65 ans et plus, et sept études sur l'adulte entre 18 et 64 ans (moyenne d'âge des cas environ 50 ans). Quatre études ont analysé le sexe ratio. Elles retrouvaient une majorité d'hommes parmi leurs cas^{56,57,59,60} et notaient une meilleure utilisation des soins par les femmes. Seule une étude⁵⁵ retrouvait une prédominance de sujets féminins victimes de suicide en lien avec des tableaux de comorbidités non psychiatriques multiples. Des deux études se référant au lieu de vie, une seule faisait un lien entre suicide et ruralité du lieu de vie⁵⁷ et une autre faisait un lien avec le milieu urbain⁵⁴.

Analyse des résultats

60% des articles analysaient le rapport des patients aux soins l'année avant leur suicide⁵⁶⁻⁶¹. Trois sortes de structures de soins étaient analysées sur l'ensemble (soins primaires, soins en santé mentale et services d'urgences). Seulement deux études ont spécifiquement analysé l'évaluation des idées suicidaires par les soignants^{58,61}.

Soins primaires

Concernant les soins primaires, sept articles y faisaient référence^{55,56,58-63}. L'EDC était le motif de consultation le plus significativement associé au suicide dans 71 % de ces articles⁵⁵⁻⁵⁹. Les patients décédés par suicide fréquentaient significativement plus les soins primaires que les témoins dans 57 %^{55,56,60,62}.

Webb et al. (2012)⁵⁵ ont trouvé un risque suicidaire significativement accru sur les soins primaires concernant une population atteinte de pathologies chroniques non psychiatriques

ajustées à l'EDC (cancer, de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de BPCO et d'ostéoporose). Morrison et al. (2011)⁵⁶ ont démontré que l'EDC et l'anxiété / le stress étaient les diagnostics de troubles mentaux avec le nombre moyen de visites le plus élevé. Denneson et al. (2016)⁵⁸ ont obtenus des résultats similaires entre cas et témoins sur les schémas thérapeutiques d'antidépresseurs, avec cependant une meilleure observance chez les témoins. Forma et al. (2016)⁵⁹ ont démontré que les soins de longue durée, ainsi que les soins à domicile, étaient moins fréquents chez les personnes décédées par suicide. Selon les ordonnances, les troubles mentaux et l'utilisation de médicaments psychotropes était plus fréquents chez les patients décédés par suicide que chez les témoins. Chock et al. (2015)⁶⁰ retrouvaient une plus grande fréquentation des services de santé primaires l'année avant le suicide. Smith et al. (2013)⁶¹ démontraient un faible taux d'évaluation des idées suicidaires sur les soins primaires. Katz et al. (2011)⁶² retrouvaient des taux de suicide plus élevés chez les mineurs ayant des antécédents de suivis médicaux.

Soins en santé mentale ambulatoire

Nous retrouvons 6 études concernant les soins ambulatoires en santé mentale^{54,57,60-63}. La totalité concluait à une plus grande fréquentation des services psychiatriques en ambulatoire concernant les sujets décédés par suicide. Un lien significatif entre troubles de l'humeur, en particulier l'épisode dépressif caractérisé, et le suicide a été établi dans 4 des 6 articles^{54,57,60,61}.

Yeh et al. (2017)⁵⁷ se sont concentré sur le suivi psychiatrique de la personne âgée. Une relation étroite a été trouvée entre les maladies psychiatriques et le suicide dans cette étude (EDC et TBP). Les maladies non psychiatriques comme le cancer étaient également des

prédicteurs significatifs du suicide. Smith et al. (2013)⁶¹ retrouvaient que 38% des sujets décédés par suicide avaient eu un diagnostic d'EDC suivis en psychiatrie, contre 25% chez les témoins vivant à la même période. Dans l'étude de Zaheer et al. (2018)⁵⁴, 56% des patients décédés par suicide atteints de troubles du spectre schizophrénique (Schizophrenia Spectrum Disorders) avaient eu accès à une forme de soins en santé mentale, contre 27% du groupe des non-schizophrènes également décédés par suicide. Dans l'étude de Chock et al. (2015)⁶⁰, les personnes décédées de suicide étaient significativement plus susceptibles d'avoir eu un diagnostic de pathologie mentale et beaucoup plus susceptibles d'avoir eu plus de visites liées à cette pathologie en ambulatoire. Katz et al. (2011)⁶² percevaient une diminution du risque relatif de suicide chez les mineurs avec antécédents de troubles mentaux bénéficiant d'une prise en charge médicale après un placement par le système de protection de l'enfance. Il n'existait pas de différence du taux de suicide suite à l'augmentation des placements en dehors du domicile. Katz et al. (2013)⁶³ ne retrouvaient aucune association significative entre les taux de suicide et l'augmentation des effectifs des soignants en santé mentale par disciplines (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux ou infirmières, par exemple) ou dans le cadre de programmes de surspécialités pour patients externes (prise en charge addictologique en post cure ou réhabilitation psychosociale).

Services d'urgences (psychiatriques et non psychiatriques)

Trois articles faisaient mention de prises en charge aux urgences^{56,57,60}. Tous retrouvaient un lien significatif entre les décès par suicide et les antécédents de passages aux urgences pour troubles de santé psychiatrique et/ou de passage(s) à l'acte auto agressif(s).

Morrison et al. (2011)⁵⁶ retrouvaient en moyenne 28 fois plus de visites aux services d'urgence et près de 50 fois plus d'hospitalisations par sujets décédés victimes de suicide par rapport à leurs témoins. Les antécédents de passage(s) aux urgences pour automutilation(s) volontaire(s) multipliaient par cinq les probabilités de suicide abouti. Yeh et al. (2017)⁵⁷ mettaient en évidence le risque suicidaire majoré en cas de passage aux urgences pour raison de pathologies psychiatriques, sans prise en charge psychiatrique au décours. Chock et al. (2015)⁶⁰ retrouvaient 16% de passage aux urgences pour troubles mentaux dans les patients décédés par suicide contre 0% chez les témoins appariés en vie à la même période.

Prise en charge sur l'année précédant le geste suicidaire

Cinq études ont analysé les contacts avec les services de soins l'année avant le suicide^{56-58,60,61}. Si la plupart des études retrouvaient un taux globalement similaire de contacts avec les soins sur cette période, les résultats divergeaient sur le nombre de visites lié au risque suicidaire.

Morrison et al. (2011)⁵⁶ retrouvaient que 60% des patients décédés par suicide avaient eu une visite pour soins de santé avec diagnostic de trouble mental l'année précédente, contre 18% chez les témoins. Les personnes n'ayant eu qu'une seule visite chez le médecin au cours de l'année précédente avaient un risque de suicide plus élevé par rapport à celles qui avaient eu entre 2 et 12 visites⁵⁶. Yeh et al. (2017)⁵⁷ ont démontré une forte association entre le niveau de contacts avec les soins psychiatriques (53% des cas) l'année précédente et le suicide. Le risque suicidaire était majoré lorsqu'il y avait eu une visite aux urgences sur cette période. Chock et al. (2015)⁶⁰, quant à eux, retrouvaient un nombre de visites significativement plus élevé au cours de l'année précédant le décès par suicide par rapport aux témoins appariés sur la prise en charge. Les actes de passages aux urgences, comme précédemment vu, ne s'observaient

que pour les sujets décédés par suicide. Denneson et al. (2016)⁵⁸ n'ont, quant à eux, pas retrouvé de différence de prise en charge thérapeutique entre suicides et non suicides sur la dernière année. Smith et al. (2013)⁶¹ notaient que les patients décédés par suicide étaient plus susceptibles d'adhérer à des idées suicidaires au cours de la dernière année que lors de la dernière visite.

Prise en charge sur les 30 jours précédant le geste suicidaire

Six études y faisaient référence^{54,57,58,60,61}. Toutes les victimes de suicide incluses dans ces études avaient vu un soignant sur le dernier mois avant leur geste, mais aucune n'avait bénéficié de prise en charge spécifique concernant le risque suicidaire imminent.

Chock et al. (2015)⁶⁰ retrouvaient un nombre de visites significativement plus élevé au cours du dernier mois avant le décès par rapport au témoins appariés non décédés par suicide. Smith et al. (2013)⁶¹ ont observé que plus de 70% des patients avec des idéations suicidaires n'avaient pas bénéficié d'une prise en charge adaptée à leurs velléités exprimées en entretien jusqu'à 7 jours avant le geste. Yeh et al. (2017)⁵⁷ retrouvaient un délai moyen entre le dernier contact médical et le suicide de 32,41 jours pour ceux qui n'avaient reçus qu'un seul contact avec une salle d'urgence psychiatrique l'année précédente. De manière plus spécifique, Zaheer et al. (2018)⁵⁴ notaient que les patients étudiés atteints de schizophrénie étaient plus susceptibles de rechercher des soins de santé mentale dans le mois précédant le décès par suicide. D'autre part, Denneson et al. (2016)⁵⁸, concernant la prise en charge des vétérans, concluaient que les derniers contacts étaient relativement proches du décès (médiane de 38 jours) et les deux tiers des patients décédés par suicide ayant verbalisé leurs idées suicidaires avaient été vus dans les 30 jours avant le décès. Environ la moitié des derniers contacts concernaient principalement des soins courants.

Evaluation des idées suicidaires sur les soins en ambulatoires

Les deux articles ont pu observer un défaut de prise en charge et/ou de dépistage des idées suicidaires actives.

Denneson et al. (2016)⁵⁸ a observé que les idées suicidaires avaient été évoquées dans moins de la moitié des cas et des témoins suivis pour troubles mentaux. Lorsque les idées suicidaires étaient verbalisées dans le cadre des soins primaires les types de prise en charge les plus couramment proposés consistaient à s'assurer que les patients étaient en contact avec des soins spécialisés (étude menée sur une population d'anciens combattants). Il n'y avait pas de détresse émotionnelle documentée sur les derniers entretiens avant geste où les idées suicidaires avaient été évaluées. Smith et al. (2013)⁶¹ ont retrouvé sur leur étude de faibles taux d'évaluation des idées suicidaires lors de la dernière visite, de 7 à 30 jours précédant le suicide : $\leq 30\%$ pour les soins primaires et 40% pour les soins psychiatriques. De plus, les taux d'évaluation des idées suicidaires lors de la dernière visite variaient fortement selon l'âge (34% chez les patients de moins de 65 ans contre 21% chez les patients de ≥ 65 ans).

Le cheminement vers l'acte suicidaire

Trois études précisait que l'acte planifié en vue d'un suicide semblait le cheminement d'un parcours débutant bien avant la dernière année avant le décès^{58,59,61}.

Smith et al. (2013)⁶¹ concluaient que « les idées suicidaires au pire moment de la vie d'un patient sont plus prédictives du suicide que les idées actuelles ». Forma et al. (2016)⁵⁹, pour leur part, estimaient que "le suicide n'est pas un événement isolé, mais un processus qui peut commencer bien avant l'acte mettant fin à l'existence de l'individu". Denneson et al. (2016)⁵⁸

ont noté qu' "il est également important de reconnaître qu'un laps de temps considérable peut s'écouler entre les contacts des cliniciens en soins primaires et le développement d'un risque imminent".

Lien avec les comorbidités non psychiatriques

Trois articles ont analysé l'influence des comorbidités non psychiatriques sur le suicides (ajustées aux troubles mentaux)^{55,57,59}.

Webb et al. (2012)⁵⁵ dont les résultats principaux démontraient un risque suicidaire plus élevé concernant les coronaropathies, les antécédents d'AVC, la BPCO et l'ostéoporose avec une différence plus marquée pour les femmes. Le seul risque suicidaire significatif chez les hommes était lié à l'ostéoporose. Dans l'étude de Yeh et al. (2017)⁵⁷ le cancer était un prédicteur significatif du suicide. Forma et al. (2016)⁵⁹ obtenaient une différence significative sur une plus grande fréquence de troubles de santé non psychiatriques (principalement les pneumopathies et les cancer) parmi les cas. Seule la démence constituait une exception notable avec une fréquence plus élevée chez les témoins.

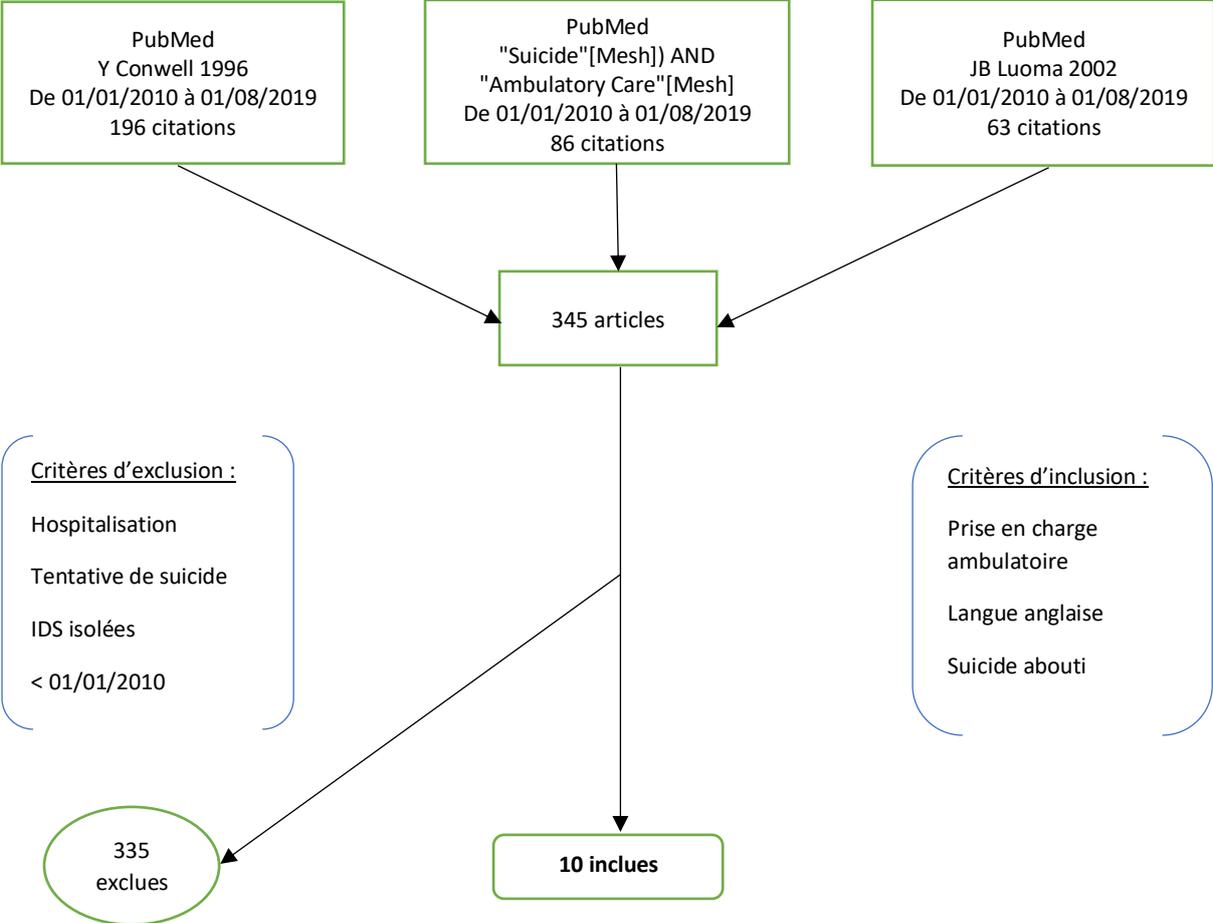
Tableau 4 – Soins en ambulatoire, études rétrospectives cas – témoins

Auteurs	Cas N et caractéristiques	Témoins N et caractéristiques	Test(s) et Référentiel(s)	Résultats principaux sur le risque suicidaire	Différence Significative
Zaheer et al. (2018)	663 suicides avec SSD H/F, MA 47 ans Canada	4987 suicides sans SSD Appariés	ADGs, RIO CIM 9/10	Age cas < âge témoins Cas urbain > témoins Accès aux soins cas > témoins Consommation OH cas < témoins	Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001
Webb et al. (2012)	873 suicides, avec problèmes de santé MA 43 ans, H/F Angleterre	460, en vie, sans problèmes de santé MA 62 ans, appariés	CIM 9	Coronaropathie : cas F> cas H> témoins AVC : cas F> cas H> témoin BPCO : cas F> cas H> témoins Ostéoporose : cas F> cas H> témoins	RS significatif (F) RS significatif*3 (F) RS significatif (F) RS significatif (H/F)
Morrison et al. (2011)	854 suicides Adultes de 25 à 64 ans Dossier de suivi médicaux Canada	1 752 323, en vie Appariés	CIM 9/10	Freq des Cs aux urgences cas > témoins Suicide av 1 Cs urgences > si pas de Cs Tb mentaux cas > témoins Suicide H>F Suicide 25-34 ans < RS 35-44 ans Suicide 1 Cs de suivi > 2 à 12 Cs de suivi	Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001
Yeh et al. (2017)	2528 suicides Agés de >= 65 ans Taiwan	2528, en vie Appariés	CIM 10	H > F Lieu de vie rural > urbain	Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001

				Contact avec urgences psy cas > témoins	
Denneson et al. (2016)	118 suicides Troubles mentaux, Vétérans MA 58 ans USA	118 en vie Appariés	CIM 10	Schéma thérapeutique ATD IDS évaluées sur l'échantillon Dernier RDV par les soins primaires IDS verbalisées 30 jours avant suicide	Non, cas = témoins < 50% C et T 1/3 des cas, 1 mois 67% des cas
Forma et al. (2016)	316 639 suicides 70 ans et plus Finlande	222 967, non suicides Appariés	CIM 10 Proportions d'utilisation des services et des médicaments	Service hospitalier cas < témoins Soins de longue durée cas < témoins Soins à domicile cas < témoins Médication cas > témoins Tb mentaux cas > témoins Tb non psychiatriques cas > témoins	Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001
Chock et al. (2015)	86 suicides 46 ans USA	258, en vie Appariés	Types de visites (psy et non-psy) et de fréquences 12 mois, 6 mois et 4 semaines avant le décès	Tb mentaux cas > témoins Soins psy ambu / urgences cas > témoins Contact avec soins l'année d'avant Fréquence des soins cas > témoins Urgences psy cas > témoins	Oui, p<0.05 Oui, p<0.05 Non, cas = témoins Oui, p<0.05 Oui, p<0.05
Smith et al. (2013)	244 suicides ATCD d'EDC Vétérans, MA 57 ans USA	244, en vie Appariés	CIM 9 Evaluation des idées suicidaires, et actions cliniques réalisées, 365 jours avant la date de décès	Eval IDS cas < témoins IDS sur les 365 j cas > témoins Eval IDS chez psy > soins primaires ATCD tb mentaux cas > témoins	Oui, p< 0.006 Oui p<0.0001 Oui, p<0.0001 Oui, p<0.0001 Non, p=0.05

				Eval IDS selon âge : moins de 65 ans < plus de 65 ans	
Katz et al. (2011)	8279 enfants et adolescents PEC par le système de protection de l'enfance	353 050 enfants et adolescents Non PEC	Calcul du risque relatif (RR) de suicide	Admission en soins psy cas > témoins ATCD psy sans soins psy ATCD psy chez les parents	RR diminué RR augmenté RR inchangé
Katz et al. (2013)	1000 suicides su les PEC de 2009 Vétérans	1000 suicides su les PEC de 2005 Appariés	Examen de la variabilité des augmentations d'effectifs et association avec le taux de suicide	Taux de suicide en fonction de : Effectifs soignants par discipline psychiatrique augmenté entre 2005 et 2009	DNS

Figure 2 : Diagramme de flux – études rétrospectives cas - témoins



IV/ DISCUSSION

Plus de la moitié des articles avaient analysé le rapport des victimes de suicide aux soins (primaires et psychiatriques) de 1 an à 30 jours avant le geste. Sur les soins primaires, la majorité des victimes de suicide s'y étaient présentées pour symptômes de dépression. Leur fréquentation des soins était globalement plus importante que pour les témoins. Cette différence était encore plus marquée pour les soins en santé mentale. Sans surprise, il existait également un lien significatif entre épisode dépressif caractérisé et suicide dans la plupart des études. L'analyse de la fréquentation des urgences pour troubles mentaux était statuée comme facteur prédictif de suicide encore plus unanime car l'ensemble des cas avaient significativement plus fait appel à ces services que les témoins. Ces résultats soulignent l'intérêt des services d'intervention de crise post urgences obtenant souvent de meilleurs résultats sur l'adhésion aux soins par les patients suicidants ou en proie à des idéations suicidaires actives que s'ils avaient été orientés sur des soins standards^{64,65}.

Si sur l'ensemble de l'année avant le geste suicidaire les résultats montraient une augmentation des demandes tous services confondus, ils démontraient également un désinvestissement des soins psychiatriques, que ce soit dans le nombre de visites ou dans le contenu des entretiens. Les sex-ratios montraient les femmes plus à même d'investir les soins à disposition. Ces résultats vont dans le sens de la revue de littérature de Stene-Larsen et al. (2019) qui met en avant un usage courant des services de soins en santé primaire l'année avant le passage à l'acte suicidaire, plus important cependant que l'usage des services de santé mentale, et majoritairement investi par les femmes⁵³. Les hommes, quant à eux, semblent plus sensibles à la stigmatisation engendrée par les troubles mentaux ou à l'auto-stigmatisation liée à la recherche d'une aide⁵⁹. Erkki Isometsä (2014) note que la plupart des suicides sont des hommes souffrant de comorbidités psychiatriques, dont le trouble dépressif

non traité, et dont l'intention est rarement communiquée, en particulier lors du dernier rendez-vous précédant le suicide⁵⁰. E. Isometsä précisait également que les idées suicidaires n'étaient généralement pas reconnues au cours des entretiens. Notre revue retrouve effectivement un défaut d'évaluation de vellétés suicidaires, y compris au sein des services de psychiatrie. Smith et al., d'après leurs résultats, concluent que " l'évaluation clinique du risque de suicide et les stratégies de prévention doivent aller au-delà de la simple confiance du patient dans l'approbation des idées de suicide"⁶¹. Il a par ailleurs été vu que le passage à l'acte suicidaire léthal découlait d'un cheminement s'élaborant sur un temps au-delà de la dernière année et, a fortiori, du dernier rendez-vous. Seguin et al. (2012)⁹ confirment cette hypothèse en décrivant quatre trajectoires de vie pouvant menées au suicide, dont les trois premières cumulaient de nombreux facteurs de risque tels que les éléments d'adversité précoces, les troubles mentaux, les éléments de personnalités pathologiques et les antécédents de passages à l'acte auto-agressifs dont les tentatives de suicide. La quatrième trajectoire n'observait, quant à elle, aucuns facteurs de risque connus et se retrouvait sur des suicides plus tardifs (moyenne d'âge 50 ans contre 35-40 ans pour les 3 autres trajectoires). En conclusion, chaque trajectoire type fait appel à des événements plus distants, au-delà de la dernière année, et à des situations plus récentes sur les derniers mois⁹. Ceci fait écho à la théorie interpersonnelle du suicide de Joiner et Van Orden mettant en jeu 3 conditionnements au cours de la vie, qui, réunis, mènent au suicide abouti ou à la tentative de suicide grave avec forte intentionnalité⁸. Les facteurs de risque reconnus par le test R.U.D. relatent ces facteurs distaux et proximaux, essentiels à prendre en compte, mais limitant l'analyse du risque suicidaire global au cours d'un entretien donné.

Les soins primaires sont souvent en première ligne. A cela, Forma et al. (2016)⁵⁹ envisageaient dans leur conclusion un modèle basées sur trois grandes stratégies: « 1) renforcer l'utilisation

d'approches moins sensibles au temps et aux visites pour réduire les risques de suicide, telles que la planification de la sécurité, la restriction des moyens et les lignes d'assistance téléphonique en cas de crise; 2) développer des attentes et / ou des moyens de renvoyer autant de patients que possible signalant des idées suicidaires aux services de santé mentale, afin de tirer parti des taux d'évaluation plus élevés réalisés dans ce contexte; et 3) alléger le fardeau et augmenter la routine des évaluations du risque de suicide ». Ceci est conforme aux orientations du groupe de travail français relatif à la prévention du suicide est copiloté par les professeurs Guillaume Vaiva et Pierre Thomas, psychiatres au centre hospitalier universitaire de Lille, et la Direction générale de la santé (DGS)³ qui souligne la nécessité de mettre en œuvre des actions de prévention multimodales pouvant s'adapter aux contextes des territoires et aux ressources mobilisables. Les cinq stratégies d'actions suivantes sont proposées :

- 1- Organiser le suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide en tenant compte des ressources mobilisables ;
- 2- Améliorer les formations au repérage du risque suicidaire en les centrant sur l'intervention de crise ;
- 3- Renforcer l'information du public ;
- 4- Mettre en place un numéro de prévention du suicide ;
- 5- Veiller au traitement médiatique et à la prévention de la contagion suicidaire. ³

A noter également que l'implication des comorbidités non psychiatriques graves sur le risque suicidaire, ajustées aux troubles de l'humeur, a été démontrée à travers de nombreuses études. Si l'orientation sur les soins en santé mentale lors de vellétés suicidaires reste pertinente, le risque suicidaire semble concerner toutes les disciplines médicales.

Sur les soins en santé mentale, un modèle de prise en charge post-tentative de suicide a été proposé en 1993 par M. M. Linehan, la Dialectical Behavior Therapy (DBT) qui est une approche cognitivo-comportementale mise au point pour les personnes se livrant à des comportements suicidaires⁶⁶. En 2007, M. Staudt reprend ce modèle pour le public adolescent améliorant l'engagement des mineurs dans les soins en impliquant leurs représentants légaux⁶⁷. Cependant, ces modèles, bien qu'ayant fait leurs preuves, ne s'appliquent qu'après une première tentative de suicide auprès de professionnels de santé spécifiquement formés. Il a été vu qu'en dehors des patients de pédopsychiatrie, la moyenne d'âge des adultes décédés par suicide était de l'ordre de 35-40 ans, dont la majorité étaient déjà connus des services de psychiatrie pour troubles mentaux, troubles de personnalité ou comorbidités addictologiques. Une étude cas-témoins prospective de Holmstrand et al. (2018)⁶⁸ en référence à la the Lundby Study 1947-1997⁶⁹ confirme ce profil. Le risque suicidaire pourrait donc être inclus dans l'éducation thérapeutique délivrée par les soignants aux patients atteints de troubles chroniques.

Biais et limites

- Biais de causalité : les études cas-témoins montrent une association entre une exposition et un résultat, non un lien de causalité ;
- Biais de sélection limités aux données disponibles via les bases de données administratives ou aux données de diagnostic qui reposaient sur le codage des médecins et qui ont tendance à ne pas être spécifiques ;
- Sur certaines études, le suicide était défini lorsqu'il est codé comme tel dans les données de l'état civil

- Peu de données socio-démographiques sur les différentes études donc pas d'ajustement sur les facteurs de confusion

Forces

- Appariement du score de propension (caractéristiques du groupe de cas pour la sélection des références similaires)
- Certaines études présentaient un très grand échantillon représentatif qui fournit probablement les estimations les plus précises des facteurs de risque de suicide

V/ CONCLUSION

En résumé, les critères de risque suicidaire repérés sur les différentes institutions de soins en ambulatoires ne peuvent prévenir de manière fiable le suicide. La demande d'aide de la part des patients concernés semble peu lisible par l'évaluation de routine, tandis que les questions directes n'engendrent ni les réponses adaptées, ni les moyens médicaux appropriés dans la plupart des cas. La question du suicide se doit d'être abordée sous un angle différent tant pour l'intéressé(e) que pour son entourage social et familial. Nos résultats suggèrent que la prévention du suicide est à élaborer sur le long terme pour chaque profil à risque en considérant les signes d'imminence du passage à l'acte suicidaire comme arrivant au bout d'un cheminement de plusieurs années, parfois à l'échelle d'une vie.

CONCLUSION GENERALE

Dans les forces de cette revue il est important de noter que plusieurs sous-ensembles de la littérature existante sur le suicide ont été pris en compte, et dont les résultats tendaient vers les mêmes constatations. A savoir que la prévention du suicide comporte une alliance thérapeutique à long terme dont la mise en place se base sur des critères tout d'abord distaux (terrains psychopathologiques, psychosocial, données socio-démographiques et accès aux soins), puis proximaux (facteurs de crise propres à chaque individu, contexte de désinhibition, accessibilité aux soins d'urgences). Ceci est complété par la présence ou l'absence de « gatekeepers » officieux comme officiels dans l'entourage familial, social ou professionnel. Le recours aux soins, bien qu'essentiel, peut amener le sujet suicidaire à taire verbalement ou de façon non verbale son intentionnalité face à un examen de routine, ce qui tendrait le soignant à sous évaluer l'imminence du risque.

Les limites de cette revue se concentrent principalement sur l'aspect rétrospectif des études incluses, par ailleurs basées sur des critères validés du risque suicidaire laissant peu de place à la découverte d'autres facteurs de risque dans leurs résultats. De même, les série de cas et des études cas – témoins empêche de conclure à une causalité, toutefois contrecarrées par une grande convergence des résultats principaux. Les biais de sélections sont également à prendre en compte face à une sélection sur dossiers administratifs et médico-légaux d'individus décédés *a priori* par suicide.

Selon The National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) l'avenir de la recherche sur le suicide tendrait vers les facteurs de protection, pour l'heure aucun n'a été significativement lié aux tentatives de suicide ou aux décès parmi ceux étudiés.

Concernant les suivis des patients étiquetés comme « à risque » suicidaire, l'enjeu est de cerner la probabilité d'une crise suicidaire par une alliance correcte basée sur un contrat de soins (tacite ou signé) à long terme permettant au patient, et éventuellement ses proches, de pouvoir se sentir étayé(s) au-delà de la crise suicidaire. Ceci laisse une place à la critique des idées qui peuvent alors être abordés sous l'angle psychothérapeutique. L'implication du patient et de son entourage ainsi son/leur investissement émotionnel dans la perception que la thérapie en vaut la peine et améliorera sa vie, est un point qui a fait ses preuves en pédopsychiatrie, mais qui aurait aussi sa place en psychiatrie adultes et du sujet âgée. La supervision des soignants reste également un point essentiel, au même titre que les formations.

Vu le président
du jury le 27/12/19

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

13.01.2020
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Ranguell

E. SERRANO

Bibliographie

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION *Suicide*. [en ligne] World health Organization, 2014, 2 sept 2019, [Accessed September 7, 2019] disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):74.
3. OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE *SUICIDE Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence*. [en ligne] Ministère des solidarités et de la santé, 2013, fev 2018, [Accessed December 18, 2019] disponible sur : pdf. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>.
4. OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE *Veille stratégique, L'essentiel de l'actualité documentaire consacrée au suicide*. [en ligne] Ministère des solidarités et de la santé, 2013, 13 dec 2019, [Accessed December 18, 2019] disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/veille_strategique_ons_no19_du_13_decembre_2019.pdf.
5. Schneidman ES. Further Reflections on Suicide and Psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2010;28(3):245 - 250
6. HAS-SANTE *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. [en ligne] Ministère des solidarités et de la santé, 2000, 19 et 20 oct 2000, [Accessed December 19, 2019] disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>.
7. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Réanimation*. 2008;17(8):783-789.
8. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*.
9. Séguin M, Di Mambro M, Desgranges A. L'apport de la recherche en psychologie dans la compréhension complexe de l'étiologie du suicide. *smq*. 2013;37(2):95-105.
10. Glenn CR, Kleiman EM, Cha CB, et al. Understanding Suicide Risk within the Research Domain Criteria (RDoC) Framework: A Meta-Analytic Review. *Depress Anxiety*. 2018;35(1):65-88.
11. Émile Durkheim, *Le Suicide : Étude de sociologie* Paris, Félix Alcan, 1897
12. Knoll JL. The Psychological Autopsy, Part I: Applications and Methods. 2008;14(6):5.
13. Snider JE, Hane S, Berman AL. Standardizing the psychological autopsy: addressing the Daubert standard. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(5):511-518.
14. Knoll JL. The Psychological Autopsy, Part II: Toward a Standardized Protocol: *Journal of Psychiatric Practice*. 2009;15(1):52-59.
15. Caine ED. Forging an Agenda for Suicide Prevention in the United States. *Am J Public Health*. 2013;103(5):822-829.
16. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, et al. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):1001-1008.

17. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(6):909-916.
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7).
19. Freuchen A, Kjelsberg E, Grøholt B et al. Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6(1):1.
20. Joiner TE, Buchman-Schmitt JM, Chu C. Do Undiagnosed Suicide Decedents Have Symptoms of a Mental Disorder? *J Clin Psychol*. 2017;73(12):1744-1752.
21. Zhang J, Li Z. Suicide Means Used by Chinese Rural Youths: A Comparison Between Those With and Without Mental Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011;199(6):410-415.
22. Overholser JC, Braden A, Dieter L. Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times: Understanding suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;68(3):349-361.
23. Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, et al. Mental disorders and suicide in Japan: A nationwide psychological autopsy case-control study. *Journal of Affective Disorders*. 2012;140(2):168-175.
24. Tong Y, Phillips MR. Cohort-specific risk of suicide for different mental disorders in China. *British Journal of Psychiatry*. 2010;196(6):467-473.
25. Sun S-H, Jia C-X. Completed Suicide with Violent and Non-Violent Methods in Rural Shandong, China: A Psychological Autopsy Study. *PLoS One*. 2014;9(8).
26. Paraschakis A, Michopoulos I, Christodoulou C, et al. Characteristics of suicide victims who had verbally communicated suicidal feelings to their family members. *Psychiatria Danubina*. 27(3):6.
27. Paraschakis A, Douzenis A, Michopoulos I, et al. Late onset suicide: Distinction between “young-old” vs. “old-old” suicide victims. How different populations are they? *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;54(1):136-139.
28. Giupponi G, Pycha R, Innamorati M, et al. The association between suicide and the utilization of mental health services in South Tirol, Italy: A psychological autopsy study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014;60(1):30-39.
29. Renaud J, Séguin M, Lesage AD, Marquette C, Choo B, Turecki G. Service Use and Unmet Needs in Youth Suicide: A Study of Trajectories. *Can J Psychiatry*. 2014;59(10):523-530.
30. Schneider B, Grebner K, Schnabel A, et al. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. *Psychiatry Research*. 2011;190(2-3):265-270.
31. Gagné P, Moamai J, Bourget D. Psychopathology and Suicide among Quebec Physicians: A Nested Case Control Study. *Depression Research and Treatment*. 2011;2011:1-6.
32. Srivastava A. Psychological attributes and socio-demographic profile of hundred completed suicide victims in the state of Goa, India. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013;55(3):268.

33. Keugoung B, Kongnyu ET, Meli J, et al. Profile of suicide in rural Cameroon: are health systems doing enough? *Tropical Medicine & International Health*. 2013;18(8):985-992.
34. Abdullah M, Khalily MT, Ahmad I, et al. Psychological autopsy review on mental health crises and suicide among youth in P akistan. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2018;10(4):e12338.
35. Berman AL, Sundararaman R, Price A, et al. Suicide on Railroad Rights-of-Way: A Psychological Autopsy Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014;44(6):710-722.
36. Knoll JL, Hatters-Friedman S. The Homicide-Suicide Phenomenon: Findings of Psychological Autopsies. *Journal of Forensic Sciences*. 2015;60(5):1253-1257.
37. Hagaman A, Khadka S, Lohani S, et al. Suicide in Nepal: A modified psychological autopsy investigation from randomly selected police cases between 2013 – 2015. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(12):1483-1494.
38. Zhou XM, Jia SH. Suicidal communication signifies suicidal intent in Chinese completed suicides. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47(11):1845-1854.
39. Judd F, Jackson H, Komiti A, et al. The profile of suicide: changing or changeable? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;47(1):1-9.
40. Freuchen A, Kjelsberg E, Grøholt B. Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youths under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6:30.
41. Giupponi G, Conca A, Innamorati M, et al. Differences among South Tyrolean suicides: a psychological autopsy study. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2016;128(3-4):125-130.
42. Torresani S, Toffol E, Scocco P, et al. Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: a psychological autopsy study: Suicide in elderly South Tyroleans. *Psychogeriatrics*. 2014;14(2):101-109.
43. Paraschakis A, Michopoulos I, Christodoulou C, et al. A 2-year psychological autopsy study of completed suicides in the athens greater area, Greece. *Psychiatry Investig*. 2015;12(2):212-217.
44. Chávez-Hernández A-M, Macías-García L-F. Understanding Suicide in Socially Vulnerable Contexts: Psychological Autopsy in a Small Town in Mexico. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016;46(1):3-12.
45. Paraschakis A, Michopoulos I, Christodoulou C, et al. Characteristics of immigrant suicide completers in a sample of suicide victims from Greece. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014;60(5):462-467.
46. Arensman E, Bennardi M, Larkin C, et al. Suicide among Young People and Adults in Ireland: Method Characteristics, Toxicological Analysis and Substance Abuse Histories Compared. Vollmer-Conna U, ed. *PLOS ONE*. 2016;11(11):e0166881.
47. González-Castro TB, Hernández-Díaz Y, Tovilla-Zárate CA, et al. Differences by gender in completed suicides in a Mexican population: A psychological autopsy study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2016;38:70-74.

48. Crepeau-Hobson F. The Psychological Autopsy and Determination of Child Suicides: A Survey of Medical Examiners. *Archives of Suicide Research*. 2010;14(1):24-34.
49. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395-405.
50. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? *Can J Psychiatry*. 2014;59(3):120-130.
51. Conner KR, Bridge JA, Davidson DJ, et al. Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(1):278-292.
52. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*. 2019;55(6):223.
53. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health*. 2019;47(1):9-17.
54. Zaheer J, Jacob B, de Oliveira C, et al. Service utilization and suicide among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*. 2018;202:347-353.
55. Webb RT. Suicide Risk in Primary Care Patients With Major Physical Diseases: A Case-Control Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(3):256.
56. Morrison KB, Laing L. Adults' use of health services in the year before death by suicide in Alberta. *Component of Statistics Canada Catalogue no 82-003-X*. 2011;Vol. 22(3):15-22.
57. Yeh S-T, Ng Y-Y, Wu S-C. Risk of suicide according to the level of psychiatric contact in the older people: Analysis of national health insurance databases in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry*. 2017;74:189-195.
58. Denneson LM, Williams HB, Kaplan MS, et al. Treatment of veterans with mental health symptoms in VA primary care prior to suicide. *General Hospital Psychiatry*. 2016;38:65-70.
59. Forma L, Aaltonen M, Pulkki J, et al. Care service use in 2 years preceding suicide among older adults: comparison with those who died a natural death and those who lived longer. *Eur J Ageing*. 2016;14(2):143-153.
60. Chock MM, Bommersbach TJ, Geske JL, et al. Patterns of Healthcare Usage in the Year Prior to Suicide: A Population-Based Case-Control Study. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(11):1475-1481.
61. Smith EG, Kim HM, Ganoczy D, et al. Suicide Risk Assessment Received Prior to Suicide Death by Veterans Health Administration Patients with a History of Depression. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(3):226-232.
62. Katz LY, Au W, Singal D, et al. Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *CMAJ*. 2011;183(17):1977-1981.
63. Katz IR, Kemp JE, Blow FC, et al. Changes in Suicide Rates and in Mental Health Staffing in the Veterans Health Administration, 2005–2009. *PS*. 2013;64(7):620-625.
64. Visa Marine « Respect de l'orientation et du suivi proposés aux urgences après une tentative de suicide : des facteurs prédictifs d'observance ? » Thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Dr Sporer, Toulouse, Université Paul Sabatier facultés de médecine, 2019

65. Sporer Marie « Patients admis aux urgences pour tentative de suicide : comparaison de la fréquence des récurrences suicidaires, après une prise en charge au Centre de Thérapie Brève versus prise en charge standard : étude CFRS-CTB » Thèse de doctorat en médecine, sous la direction des Dr Very et Mathur, Toulouse, Université Paul Sabatier facultés de médecine, 2016
66. Linehan MM. *Cognitive Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.; 1993.
67. Miller AL, Smith HL, Klein DA, et al. Engaging Suicidal Youth in Outpatient Treatment: Theoretical and Empirical Underpinnings. *Archives of Suicide Research*. 2010;14(2):111-119.
68. Holmstrand C, Bogren M, Mattisson C, et al. First and Subsequent Lifetime Alcoholism and Mental Disorders in Suicide Victims With Reference to a Community Sample—the Lundby Study 1947–1997. *Front Psychiatry*. 2018;9:173.
69. Henderson S, Jablensky A. The Lundby Study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2010;44:1-3.

Annexe : Protocole pour l'entretien semi-directif de l'autopsie psychologique (Knoll et al. 2009)¹⁴

1/2

LAW AND PSYCHIATRY

<i>Records and documents</i>	<ul style="list-style-type: none"> Medical records Mental health records Police records and related witness statements Legal records Criminal records School records Financial records Military records Suicide note(s), communications, or videos Decedent's journals, diary Electronic data: emails, text messages, instant messages, websites Forensic computer analysis report, if available Autopsy report Toxicology report 	<ul style="list-style-type: none"> Appeared anxious or complained recently of anxiety or panic attacks Appeared agitated Behaved in an impulsive manner Displayed uncontrolled rage or aggressive behavior Demonstrated constricted thinking or "tunnel vision" Disclosed feelings of guilt or shame Appeared confused, disoriented, or psychotic Expressed feelings of hopelessness, helplessness, or worthlessness Engaged in excessive risk-taking behaviors Mental status evidence of: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Impaired memory ◆ Poor comprehension ◆ Poor judgment ◆ Hallucinations or delusions ◆ Inflated sense of self or signs of magical thinking
<i>Death scene</i>	<ul style="list-style-type: none"> Photos of death scene and site visit, if necessary Presence of atypical wounds Decedent's relationship to site Evidence of rescuability versus precautions taken against Evidence of planning and/or rehearsal Evidence of staged manner of death 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Precipitants</i> Significant losses (relationships, job, finances, prestige, self-concept, family member, moving, anything of importance) Significant (or perceived) disruption of a primary relationship Legal troubles or difficulties with police Traumatic events Significant life changes—negative or positive (e.g., birth of child, promotion) Family member or loved one completed or attempted suicide Anniversary of important death or loss Exposure to another's suicide via media or personal acquaintance Preparations for death (e.g., gave away prized items, settled personal accounts, updated will, said "goodbye" to loved ones) Expressed wish to reunite with a deceased loved one or to be "reborn"
<i>Demographics</i>	<ul style="list-style-type: none"> Socioeconomic status Employment status Financial status Age/gender/race/height/weight Marital status Educational status Religion and religiosity Adopted versus biological family status Immigrant status—acculturation issues Residence relative to recent mobility 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Psychiatric history</i> Prior suicidal behaviors <ul style="list-style-type: none"> ◆ Total number of past attempts ◆ Dates ◆ Precipitants ◆ Method, lethality ◆ What stopped event, if anything? How found? ◆ Attitude and behavior after found Prescribed psychotropic medications Observed adverse reactions to psychotropic medications
<i>Recent symptoms and behaviors</i>	<ul style="list-style-type: none"> Appeared depressed, sad, tearful or moody High risk depressive symptoms⁴⁸ <ul style="list-style-type: none"> ◆ Insomnia ◆ Appetite loss ◆ Weight loss ◆ Feelings of worthlessness and/or inappropriate guilt ◆ Physical agitation ◆ Depression comorbid with anxiety Expressed suicidal ideation or preoccupation with death Appeared to have made a change for the better 	

LAW AND PSYCHIATRY

Table 1. Psychological autopsy protocol, <i>continued</i>	
Lack of compliance with psychotropic medications	Attachment to hobbies, interests, religion
Efficiency of treatment (e.g., subtherapeutic doses, poor or incorrect choice of agent, inadequate blood level)	Recent change in any of the above attachments/supports
Psychiatric hospitalization (reasons, dates, diagnoses, treatment)	<i>Emotional reactivity</i>
Outpatient treatment (psychiatrist, psychologist, therapist)	History of violence toward others
Psychotherapy at time of death (duration, quality of alliance, compliance, diagnosis)	Impulsive behaviors
Expressing concerns about "going crazy" or losing cognitive function	Excessive rage or aggression
<i>Physical health</i>	<i>Lifestyle/character</i>
Recent visit to physician (reasons)	Typical coping patterns, pattern of reaction to stress
Chronic pain	Perfectionism
Chronic, fatal, or debilitating disease	Self-destructive behaviors (e.g., self-mutilation, deliberate self harm, driving while intoxicated)
Recent reduction in physical/functional capabilities	Frequent crises
Current medications (compliance, recent changes)	Victimization behaviors (bullied, abused)
<i>Substance abuse</i>	Tendency to dissemble (hiding emotions, stoicism)
History and pattern of alcohol, drug abuse	<i>Access to care</i>
Recent attempts to discontinue use	History of help-seeking behaviors
Recent increase in pattern of use	Barriers to health care (no insurance, no accessible caregiver)
Degree of use at time of death (e.g., binge drinking)	<i>Other areas of inquiry</i>
History of "accidental overdose" (when, type of drug)	Occupational history
<i>Family history</i>	Personal interests, hobbies
Suicide or attempted suicide	Gambling history
Non-natural deaths	Degree and type of religiosity
Level of support or observed closeness in nuclear and extended families	Description of activities/behaviors in last days before death
Physical, sexual, or emotional abuse	<i>Factors associated with suicide risk reduction</i>
Substance abuse	Evidence of future-oriented thinking or behaviors (e.g., doctor's appointments, job interviews)
Violent behavior	Responsibility for a child under 18 (stronger for women than men)
Affective or other psychiatric disorders	Absence of suicidal ideas or intent
<i>Firearm history (if relevant)</i>	Hopefulness
Ownership	Willingness to accept help and/or treatment for psychiatric conditions
Recent purchasing or obtaining (stated purpose?)	Low symptom severity
Recent movement of gun (from where to where?)	Good therapeutic alliance with mental health professional
Pattern of weapon care and cleaning	Stable, supportive marriage or spouse
Pattern of storage and use	Religious prohibition
Accidental discharges	<i>Collateral interviews</i>
<i>Social supports and attachments</i>	For each interview, note:
Ability to create and maintain close personal relationships	♦ Relationship to deceased
Ability to express feelings as needed in relationships	♦ Time interval between death and interview
Recent talk about feeling unsupported, uncared for, unimportant	♦ Reactions to the death (surprise, acceptance, beliefs)
Relative success in personal relationships	♦ Attitudes about suicide
Relative success in work	♦ Potential biases (e.g., pending law suits, insurance claims, denial)
	♦ Assessment instruments used

**FACTEURS DE RISQUE DE DECES PAR SUICIDE : REVUES DE LA
LITTERATURE DES AUTOPSIES PSYCHOLOGIQUES ET DES
ETUDES CAS - TEMOINS**

RESUME EN FRANÇAIS :

Le suivi ambulatoire est souvent le premier recours pour les patients en proie à des velléités suicidaires. Cependant, le taux de suicide continu d'augmenter dans le monde malgré cet accès aux soins. Cette thèse propose de reprendre les facteurs de risque de décès par suicide à travers l'analyse des résultats de 28 études sur le suicide utilisant une méthode d'autopsie psychologique de 2010 à 2019. Puis en seconde partie, l'analyse de 10 études cas-témoins sur le suivi ambulatoire ayant précédé le décès par suicide. Dans l'ensemble les résultats tendaient vers une intrication du contexte social et d'un terrain fragilisé entraînant idéation suicidaire vers le suicide abouti. La plupart des victimes de suicide avaient consulté leur médecin référent le mois avant leur passage à l'acte.

TITRE EN ANGLAIS : Risk factors for suicide death: literature reviews of psychological autopsies and case-control studies

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : suicide, autopsie psychologique, facteurs de risque

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Antoine YRONDI