



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'Autopsie Psychologique en Nouvelle Calédonie : Intérêts et limites pour la
prévention du suicide**

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2016 à 14H
au Pôle Formation

Par Tiffany MASSAIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Michel NGUYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Benjamin GOODFELLOW

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs,

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

*Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur;
elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries.*

Marcel Proust

Table des matières

Liste des abréviations.....	13
Résumé.....	14
INTRODUCTION	15
PARTIE I : CONTEXTE.....	17
I. Suicide : Rappels étymologiques et définitions.....	17
II. Épidémiologie	18
1. Mondiale.....	18
2. France.....	18
3. Nouvelle Calédonie.....	19
III. Facteurs de risque de suicide.....	21
IV. Autopsie Psychologique (AP).....	23
1. Naissance de l'autopsie psychologique.....	24
2. Description.....	25
3. Objectifs.....	26
3.1 Primaires.....	26
3.2 Objectif secondaire : « la Postvention ».....	27
4. Revue de la littérature.....	29
4.1 Méthode.....	29
4.2 Contexte.....	31
4.3 Une forte prévalence.....	32
4.3.1 Europe, États unis et Canada.....	32
4.3.2 Chine.....	35
4.3.3 Afrique.....	35
4.3.4 Inde et Israël.....	35
4.4 Une faible prévalence.....	36
4.4.1 Inde.....	37
4.4.2 Chine et Japon.....	37
4.4.3 Hongrie, Angleterre et Indonésie.....	39
4.4.4 Sri Lanka.....	40
4.5 Discussion	40
5.5.1 Fiabilité.....	41
5.5.2 Validité	43
6.1 Biais liés à la reconnaissance des cas	45
6.2 Biais de rappel et étude rétrospective.....	46
6.3 Biais liés aux informateurs	46
6.4 Biais liés aux enquêteurs	47
6.5 Biais liés aux instruments	47
6.6 Biais liés à la méthodologie	49
V. Description de la Nouvelle Calédonie.....	50
1. Situation géographique	50
2. Histoire de la Nouvelle Calédonie	50
3. Caractéristiques socio-démographiques	51
4. Les pratiques traditionnelles Kanak.....	52
5. Le système de soins en santé mentale en Nouvelle Calédonie.....	53
6. Santé mentale en Nouvelle Calédonie.....	54

PARTIE II : START : MÉTHODOLOGIE.....	57
I. Historique.....	57
II. Objectifs de START.....	58
III. Composants de l'étude.....	59
1. Composant Un (monitorage).....	59
2. Composant Deux (intervention).....	59
3. Composant Trois (autopsie psychologique).....	59
4. Composant Quatre (suivi longitudinal).....	59
IV. Résultats attendus.....	60
V. Définitions utilisées dans l'étude.....	60
1. Comportement suicidaire.....	60
2. Comportement suicidaire fatal.....	61
3. Comportement suicidaire non-fatal.....	61
4. Recrutement des cas en Nouvelle-Calédonie.....	61
VI. Composant trois : L'autopsie psychologique.....	62
VII. Méthodologie.....	62
1. Population étudiée	62
1.1 Connaissance des décès par suicide	62
1.1.1 Circuit médical	62
1.1.2 Circuit judiciaire	63
1.1.3 Repérage des cas	63
2. Aspect éthique.....	64
3. Outils utilisés	64
4. Données recueillies	65
5. Formation des enquêteurs.....	66
6. Sources d'information	67
6.1 Les Entretiens.....	67
6.2 Une analyse.....	67
7. Les entretiens	67
7.1 Qualité des informateurs.....	67
7.2 Modalités de contact et lieu de l'entretien.....	68
7.3 Informations contradictoires.....	68
8. Délai	69
9. Méthode d'analyse des données.....	71
PARTIE III : RÉSULTATS	72
I. Description de l'échantillon.....	72
1. Caractéristiques en terme d'âge et de sexe.....	72
2. Lieu de décès	75
3. Communauté d'appartenance	77
4. Méthode utilisée.....	79
5. Antécédents Psychiatriques	80
6. Consommation d'alcool précédant le passage à l'acte	82
II. Acceptabilité de la méthode d'autopsie psychologique	83
III. Cas d'autopsie psychologique sélectionnés.....	85
1. Cas N° 13	85
2. Cas N° 52.....	89
3. Cas N° 8	94
4. Cas N° 42.....	96

5. Cas N° 29.....	100
6. Cas N° 11.....	103
IV. Discussion	108
PARTIE IV : DISCUSSION.....	111
I. Commentaires sur les premiers résultats	111
II. Limites	115
III. Perspectives	118
CONCLUSION	120

Liste des abréviations

AMP :	Antenne Médico-Psychologique
AISRAP :	Australian Institut for Suicide Research and Pevention
AP :	Autopsie psychologique
CCTIRS :	Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CIDI :	Composite International Diagnostic Interview
CMP :	Centre médico-psychologique
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DDASS :	Direction Des Affaires Sanitaires et Sociales
HDJ :	Hôpital de jour
IMV :	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPDE :	International Personality Disorder Examination
LASPC :	Los Angeles Suicide Prevention Center
MINI :	Mini-International Neuropsychiatric Interview.
OMS :	Organisation Mondiale de le Santé
PRFI :	Pays à Revenus Faibles et Intermédiaires
SAP :	Structured Assessment of Personality
SCID :	Structurel Clinical Interview for axis I DSM Disorder
SMPG :	étude Santé Mentale en Population Générale
START :	Suicide Trend in Hat Risk Territories
TS :	Tentative de Suicide

Résumé

Contexte Le suicide est un fléau du XXI siècle, avec plus de 800 000 suicides par an dans le monde. La région du Pacifique occidental concentre presque un quart des suicides. Les aspects étiologiques y restent peu connus. Des recherches visant à étudier rétrospectivement les cas de suicide ont déjà été menées à travers le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé a lancé en 2005 l'étude START (*Suicide Trends in At-Risk Territories*) dont l'objectif est d'accroître la connaissance des facteurs de causalité du suicide dans un contexte culturel donné. La Nouvelle Calédonie (NC) est un des territoires à la mettre en place.

Méthode Ce travail présente les aspects méthodologiques de la première étude d'autopsie psychologique des cas de suicide survenus en population générale en NC entre janvier 2014 et décembre 2015. L'étude START étant en cours, nous présentons ici les caractéristiques de l'échantillon global puis, des cas sélectionnés dans cet échantillon, illustrant ou contrastant certaines données de la littérature.

Résultats Sur les 75 cas de suicide répertoriés, les suicides ont lieu principalement au domicile, chez des sujets jeunes 32 % entre 15 et 24 ans, la méthode utilisée est l'arme à feu dans plus de 30 % des cas derrière la pendaison 55 %, et la population Kanak est la plus touchée 57 %. 23 cas étaient connus de la psychiatrie. Les premiers résultats suggèrent que la méthode d'autopsie psychologique est appropriée, valide et peut être utilisée efficacement en NC pour l'étude des comportements suicidaires fatals. La quasi totalité des informateurs interrogés ont confié avoir retiré des bénéfices des entretiens en terme de soulagement de la souffrance psychique et de réduction du sentiment de culpabilité, ce qui confère également à ce type d'enquête une dimension de « postvention ». Les cas présentés illustrent les difficultés auxquelles sont confrontées d'une part les familles, tant dans la reconnaissance que dans la compréhension des signaux d'alarme précédant un passage à l'acte suicidaire, et d'autre part les victimes pour ce qui est du recours aux soins.

Conclusion Les résultats finaux pourront nous éclairer de façon valide et fiable sur la part des troubles psychiatriques dans la causalité du suicide en NC et sur la proportion des personnes souffrant de troubles psychiatriques et échappant aux soins. Ces conclusions nous permettront de réfléchir à une politique sanitaire et de prévention ciblée sur des besoins identifiés scientifiquement.

INTRODUCTION

Aujourd'hui dans le monde les chiffres du suicide sont alarmants, à tel point que l'OMS déclare en 2012 l'état d'urgence mondial et s'engage à une diminution des taux de suicide de 10 % d'ici à 2020 dans l'ensemble des pays concernés. (1)

Pourquoi le phénomène suicidaire résiste-t-il face aux avancées de la science ?

Les comportements suicidaires qu'ils soient d'issue fatale ou non ont largement été étudiés dans la littérature afin d'en déterminer les causes, mais malgré l'évolution des connaissances ces dernières décennies, il reste à ce jour toujours impossible de prédire un suicide.

La recherche épidémiologique a permis de dégager des facteurs de risque, des facteurs précipitants et des facteurs protecteurs du suicide, mais le suicide ne saurait s'expliquer par une cause unique, il est la résultante de l'interdépendance entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels. (1)

La place de la variabilité culturelle est importante, la culture pouvant être à la fois un facteur protecteur ou au contraire un facteur aggravant. (1)

Afin de mettre en place des programmes et actions de prévention ciblés et appropriés, il est nécessaire de connaître au mieux les caractéristiques des personnes qui passent à l'acte : deux choix s'offrent à nous : étudier les « rescapés des tentatives de suicide graves » ou les défunts du suicide.

L'autopsie psychologique développée dans les années 50 a permis d'affiner les caractéristiques des suicidés en reconstruisant un vrai « portrait » du défunt au moyen d'entretiens avec les proches.

De nombreuses études d'autopsie psychologique ont été réalisées à travers le monde principalement en Europe et aux États Unis avec pour cheval de bataille de définir les causes du suicide notamment la part des troubles mentaux.

D'autres ont été menées sur de petites communautés immigrées ou dans des pays à faibles revenus et rapportent des résultats parfois différents.

Le Pacifique occidental est la région présentant un des plus fort taux de suicide mondial 16% des décès par suicide y ont lieu rien que dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires (PRFI), le nombre total de décès par suicide est d'environ 180 000 (1) mais le profil épidémiologique du suicide y reste très méconnu comparativement aux autres régions définies par l'OMS comme l'Europe.

L'OMS a donc proposé la mise en place d'une étude visant à examiner les Tendances Suicidaires dans les Territoires A Risque (START). La Nouvelle Calédonie est un des territoires à mettre en place l'étude START.

Après avoir retracé brièvement l'histoire de l'autopsie psychologique, nous nous intéresserons aux études incluant cette méthode menées a travers le monde et aux résultats apportés à la littérature.

Puis nous décrirons la méthodologie de l'autopsie psychologique réalisée en Nouvelle Calédonie dans l'enquête START et discuterons de l'intérêt et des limites d'une telle étude dans la prévention du suicide.

Nous illustrerons les premiers résultats à travers quelques cas cliniques ne pouvant présenter les résultats finaux car l'enquête est en cours à ce jour.

PARTIE I : CONTEXTE

I. Suicide : Rappels étymologiques et définitions

Le mot suicide tire son origine du latin suicidum qui est composé des préfixes et suffixes sui : soi et caedere tuer, il sera traduit par « se tuer soi même », c'est l'abbé Desfontaines qui introduit le terme de suicide dans la langue française en 1737 (2).

Durkheim, en 1897 (3) définit le suicide comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son dernier rapport (1) le définit comme « le terme suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort ».

II. Épidémiologie

1. Mondiale

Le suicide constitue un des fléaux majeur du XXI ème siècle en matière de santé publique, dans tous les pays et toutes les communautés du monde : selon l'OMS en 2012 (1) : Plus de 800 000 personnes se suicident chaque année, cela représente une mort toutes les 40 secondes, c'est plus que l'ensemble des personnes tuées par les guerres et les catastrophes naturelles.

En 2012 le taux de suicide global standardisé selon l'âge est de 11,4 pour 100 000 habitants avec une prédominance masculine (15/10000 chez les hommes et 8/10000 chez les femmes). (1)

Le suicide représente 1,4% des décès dans le monde, et est la 15ème cause de mortalité en 2012 ; l'OMS déclare l'état d'urgence Mondial. (1)

On note de grandes disparités entre les pays : Le taux de suicide standardisé selon l'âge est légèrement supérieur dans les pays à revenus élevés que dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (PRFI) (12,7 et 11,2 pour 100 000 habitants respectivement). Cependant, étant donné que les PRFI concentrent la plus grande partie de la population mondiale, ils enregistrent 75,5 % de tous les suicides et nous avons peu de données sur cette mortalité. (1)

2. France

En France ce taux est légèrement supérieur : 12,3 / 100 000 en 2012, on note une grande disparité entre les hommes et les femmes : respectivement 19,3 / 100 000 et 6 / 100 000, la France est un des pays d'Europe les plus concerné et se situe par exemple devant l'Allemagne, le Portugal, l'Italie et l'Espagne. (4)

3. Nouvelle Calédonie

D'après les chiffres de la Direction Des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) sur la période de 1991 à 2012 (5) le suicide en Nouvelle Calédonie représente 30 décès par an en moyenne, soit 2,7 % de l'ensemble des décès. Le taux de suicide standardisé selon l'âge est égal à 14,39 (de 91 à 2012) pour 100 000 habitants. Ce chiffre est comparable mais supérieur à celui de la France métropolitaine. Le chiffre Calédonien est comme ailleurs probablement sous-estimé du fait d'une sous déclaration des cas. Il augmente d'année en année.

Les hommes se suicident plus que les femmes : sur la période de 1991 à 2012 le sexe ratio homme/femme est de 4,8.

Près de 65,5 % des décès surviennent entre 15 et 44 ans. L'âge moyen du suicide chez les hommes a tendance à diminuer : 35 ans, pour les femmes l'âge moyen est de 40 ans.

Répartition du nombre de suicides par classe d'âge en Nouvelle-Calédonie

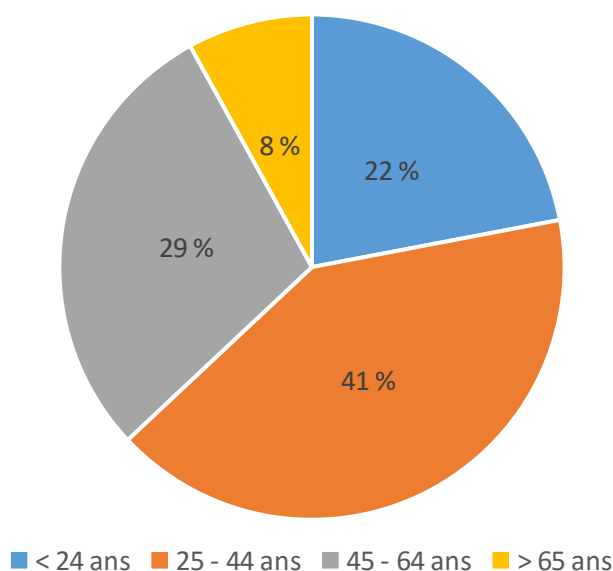


Figure 1 : répartition du nombre de suicide par classe d'âge en Nouvelle Calédonie pour la période 2005-2010. Données issues de la DASS (5)

Le principal mode de suicide tous sexes confondus, est le suicide par pendaison qui n'offre que peu de possibilités quant à une politique de prévention basée sur la restriction de l'accès aux moyens.

Répartition des décès par suicide en fonction de la méthode utilisée 2005-2010

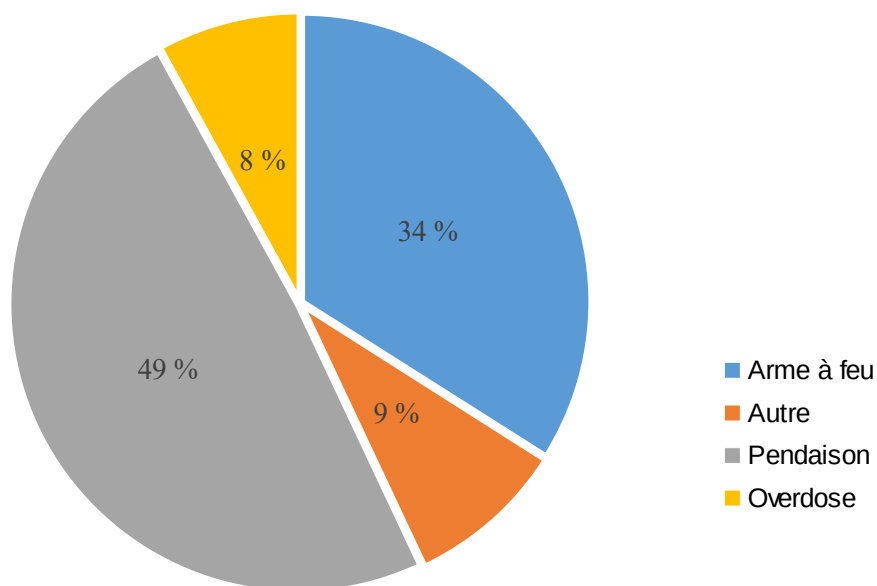


Figure 2 : Répartition des suicides en fonction de la méthode utilisée pour la période 2005-2010, données issues de la DASS (5)

Dans plus d'un cas sur trois c'est l'arme à feu qui est utilisée, et ce moyen peut faire l'objet de politique en restreignant l'accès comme c'est le cas dans de nombreux pays.

La majorité des cas se retrouve en Province Sud : 72,5 %, où la population se concentre.

En Nouvelle Calédonie, quelques cas de suicide dans lesquels nous avons pu recueillir des informations chez l'entourage révèlent l'absence d'antécédent psychiatrique. Ce qui soulève des questions quant à la possibilité de repérage et de prévention du suicide dans les populations à risque.

III. Facteurs de risque de suicide

Dans son rapport Prévention du suicide : l'État d'urgence mondiale, l'OMS (1) reprend les facteurs de risques du suicide déjà identifiés et les classe en catégorie :

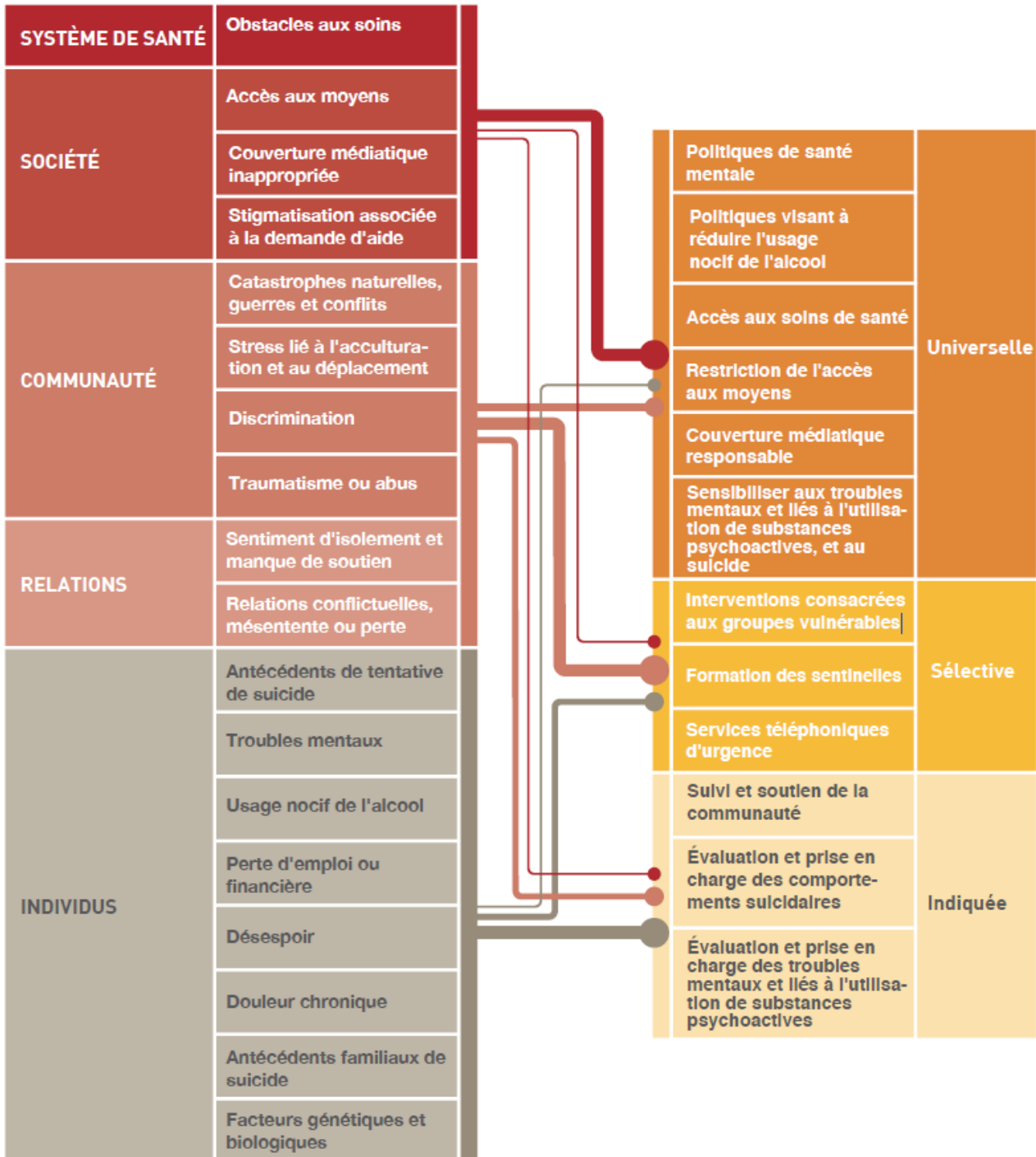


figure 3 : Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes. figure issue de Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial OMS (1)

Certains facteurs sont directement liés aux sociétés et aux systèmes de santé inhérents, comme l'accès aux soins ou l'accès aux moyens (arme à feu, pesticide, médicaments...) qui sera différent en fonction des cultures et du contexte géographique.

On y voit distinctement que certains facteurs de risque sont immuables au niveau individuel, comme les facteurs génétiques et biologiques, les antécédents familiaux de suicide ou la perte d'un emploi par contre d'autres comme les troubles mentaux et l'usage nocif de l'alcool ou d'une substance psychoactive sont des facteurs sur lesquels on peut agir et prévenir.

Selon l'OMS (1) le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4 % chez les patients atteints de troubles de l'humeur, 7 % chez les personnes alcooliques, 8 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire et 5 % chez les personnes schizophrènes. Le risque de comportement suicidaire augmente surtout en cas de comorbidité. En effet, ce risque est significativement accru chez les personnes qui présentent plusieurs troubles mentaux.

IV. Autopsie Psychologique (AP)

La prévention du suicide repose en grande partie sur l'identification des facteurs de risque du suicide propres à une population, un mode de vie, un contexte socio-démographique, une culture afin de mener par la suite des actions appropriées et cohérentes.

De nombreuses études ont été réalisées sur les comportements suicidaires fatals et non fatals avec comme objectif commun de pouvoir éclaircir les causes de ces comportements afin de les comprendre et de les prévenir.

Beaucoup de recherches ont été des études épidémiologiques quantitatives menées en général sur des populations psychiatriques, c'est à dire des cas sélectionnés à l'hôpital, donc atteint de troubles mentaux pour lesquels étaient étudiés les taux de suicide à l'aide de cohortes prospectives.

Ce type d'étude introduit clairement un biais d'échantillonnage: les cas ne sont pas représentatifs de la population générale et il est donc difficile d'extrapoler les résultats.

Mener des études prospectives en population générale relèverait d'un travail titanesque en termes de moyens humains, financiers, logistiques et surtout en termes de temps.

L'autopsie psychologique est une méthode d'enquête de type rétrospectif, quantitatif et / ou qualitatif. L'inconvénient est qu'elle est de type rétrospectif. L'avantage est qu'elle permet d'analyser, pour un échantillon donné, des cas qui ne sont pas connus du circuit sanitaire.

Malgré les efforts consentis en matière de recherche, la question fondamentale « qu'est ce qui conduit un individu à se donner délibérément la mort » reste sans réponse. Le principal obstacle à la

compréhension du suicide étant que la personne la plus à même de répondre à cette question en est incapable.

L'autopsie psychologique propose comme solution une méthodologie d'accès aux informations de type indirecte : interrogatoire de l'entourage.

1. Naissance de l'autopsie psychologique

Dans les années 1950, le bureau des « coroners » à Los Angeles s'est retrouvé face à une augmentation de décès liés à la consommation de médicaments pour lesquels il était difficile de faire la part des choses entre une mort accidentelle ou un suicide(6).

Une collaboration va donc émerger entre le bureau des « coroners » et le centre de prévention du suicide de Los Angeles (LASPC) (7) : Robert Litman, Norman Farberow et Edwin Schneidman, membres du LASPC ont mis au point une méthode afin d'aider le «coroner» ou officier d'état civil à trancher sur les causes potentielles de la mort (accidentelle ou suicidaire). Ils ont élaboré un interrogatoire centré sur la vie du défunt et son état émotionnel avant la mort, une sorte de photographie détaillée de la personne.

Edwin Schneidman sera le premier à employer le terme d'autopsie psychologique pour décrire cette évaluation post-mortem qu'il définit comme « rien de moins que l'investigation minutieuse rétrospective des intentions du défunt » (6). Schneidman la décrit comme « un mélange de conversation, d'interview, de support émotionnel, de questions générales et surtout de beaucoup d'écoute » (6).

2. Description

L'autopsie psychologique est née ; initialement le LASPC s'intéressera principalement à la classification des causes de décès.

Puis rapidement cette méthode sera ensuite importée et adaptée à la recherche médicale notamment en psychiatrie afin d'aider à définir les facteurs de risques et causes du suicide.

Elle consiste en un entretien standardisé et donc facilement reproductible d'un ou plusieurs informateurs à l'aide d'un questionnaire dans lequel peuvent être abordés différents points (8) (AP mise en œuvre et démarche associée INSERM) selon l'objet de l'étude :

- informations de base (âge, sexe, statut...),
- circonstances du décès (date, lieu, préparation, préméditation, moyen utilisé),
- l'histoire familiale,
- l'environnement social,
- le parcours de vie,
- la santé physique ou mentale (antécédents médicaux, maladie en cours)
- les événements de vie négatifs ou positifs,
- les antécédents de conduite suicidaire,
- les contacts médicaux avant le geste suicidaire.

3. Objectifs

3.1 Primaires

Pour Shneidman (6), l'objectif principal était de clarifier les causes de la mort et les circonstances psychologiques qui l'entouraient, à la recherche de l'intention sous-tendant le geste suicidaire.

Le but est donc initialement de définir la nature du décès : est ce un suicide ? un accident ? un homicide déguisé ? en s'aidant des éléments recueillis auprès des proches.

A partir des années quatre-vingts, la pratique de l'autopsie psychologique s'est principalement axée sur les décès identifiés comme d'origine suicidaire.

L'objectif est donc d'identifier les facteurs de risque menant au comportement suicidaire en procédant à l'élaboration d'un « portrait » de la personne décédée; le plus complet et précis possible, à travers la reconstruction de sa trajectoire de vie de manière chronologique et multidimensionnelle; en accordant une attention plus particulière à la période précédant le passage à l'acte.

Les informations sont recueillies rétrospectivement auprès des proches du défunt au moyen d'entretiens structurés.

Les études d'autopsie psychologique explorent ainsi le panel complet des comportements suicidaires dans une série de cas consécutifs et non sélectionnés, en population générale.

L'INSERM en 2005 (9) reprend les principaux objectifs primaires de l'autopsie psychologique.

- identifier et expliquer les raisons du suicide
- évaluer les facteurs de risque suicidaire que présentait la personne décédée

- comprendre pourquoi une personne a choisi de se suicider (motivation psychologique ou philosophique)
- accumuler des données pour mieux comprendre le comportement suicidaire, dans une démarche de prévention
- évaluer l'implication d'un tiers dans le processus suicidaire
- disposer d'un outil de recherche pour aider à la compréhension et à la prévention du suicide
- disposer d'un outil thérapeutique permettant d'aider les survivants d'un suicide

3.2 Objectif secondaire : « la Postvention »

Dans un article sur les suicidants et leur entourage familial, (10) le Professeur Vaiva cite le Docteur Terra « pour un décès par suicide, on estime que l'on peut compter 6 endeuillés « directs » et 20 personnes au total en rapport plus indirect avec ce deuil » or nous savons qu'un proche décédé par suicide constitue un facteur de risque individuel de suicide.(1)

L'entretien lors de l'autopsie psychologique permet à l'informateur l'évocation du défunt, des circonstances du suicide, des événements de vie négatifs, des antécédents médicaux, la recherche d'une pathologie mentale, avec un interlocuteur neutre qui pourra se révéler être un soutien psychique d'une part.

D'autre part, lors de ces entretiens, l'enquêteur pourra repérer les signes cliniques en faveur d'un deuil pathologique ou d'un autre trouble psychique et ainsi orienter la personne vers une prise en charge adaptée si besoin.

D'après Dyregrov et al. « Les entrevues peuvent évoquer des souvenirs douloureux ou explorer des sentiments et des pensées au sujet du défunt qui ont été cachés, et, par conséquent, il existe un risque que les participants trouvent l'entrevue pénible, épuisante et émotionnellement difficile. »(11)

Cependant dans plusieurs études dont celle de Hawton et coll.(12) il est mentionné que les proches révèlent avoir tiré un bénéfice de ces entretiens.

Pour Schneidman : « Cette procédure [AP] sert aussi à apaiser certains des sentiments de culpabilité et de honte des survivants, et a un effet thérapeutique sur la santé mentale générale dans la communauté ». (13)

Henry et Greenfield (14) décrivent un impact thérapeutique sur les proches : l'autopsie psychologique a été utile aux personnes interrogées en :

- leur permettant de trouver un sens dans le suicide et en diminuant leur sentiment de culpabilité (63%) : Les entretiens aident à développer une vision plus réaliste des facteurs qui entourent le suicide.
- les aidant à trouver un but grâce à leur participation altruiste (34%) : prévenir les suicides par contribution au savoir scientifique et ainsi « empêcher d'autres tragédies »
- leur offrant un soutien psychologique (26%) : opportunité de parler de leur perte, réduction de l'isolement : « La plupart des personnes interrogées estimaient avoir été réconfortées par une reconnaissance de leur souffrance et de leur perte, et certains ont été encouragés à demander une consultation avec un professionnel : dans ces cas, l'alliance thérapeutique avec l'enquêteur a incité non intentionnellement un traitement ultérieur. »

4. Revue de la littérature

4.1 Méthode

Une recherche de la littérature internationale a été faite en utilisant les moteurs de recherche bibliographiques PubMed et CAIRN. La recherche s'est portée sur les papiers publiés jusqu'en décembre 2015.

Les termes suivants ont été utilisés : « psychological autopsy » « psychiatric autopsy » « psychiatric autopsy and suicide ».

Nous avons aussi utilisé la liste bibliographique des articles relevés, les résumés de conférences, et la base Google Scholar afin d'identifier de possibles papiers additionnels.

Processus de sélection des études : Les études ont été sélectionnées sur la base des résumés de celles-ci. Tous les résumés en ligne ont été lus et des articles en texte complet ont été étudiés lorsque cela était pertinent.

Le tableau 4 reprend les principaux résultats :

Etude	Cas N =	Contrôles : N=	Questionnaire standardisé	% des troubles mentaux retrouvés pour les cas / pour les contrôles			
				total	Dépression unipolaire	Alcool	Schizophrénie
Robins 1959	134 adultes	0	non	94	47	25	2
Dorplat 1960	114 adultes	0	non	100	30,5	27	12
Barracough 1974	100 Adultes	0	non	93***	70	15	3
Gangat 1987	40 Adultes	0	non	94	54	30	6
Arato 1988	200 Adultes	0	SAD-S	81	58	20	8
Rao 1989	70 femmes admises pour brûlures	0	non	23***	6	NC	3
Apter 1993	43 hommes de 18 à 21 ans : service militaire	0	NC	91	53,5	0	NC
Lesage 1994	75 garçons de 18 à 35 ans	75 vivants	NC	88 / 37,3	38,7 / 5,3	24 / 5,3	NC
Cheng 1995	113 (2 groupes aborigènes)	226 vivants	SAP	97 à 100	87,1	27,6	NC
Cornwel 1996	141 Adultes	0	NC	90,1	NC	NC	NC
Foster 1997	118 Adultes	0	SCID	98***	NC	NC	NC
Appleby 1999	84 moins de 35 ans	64 vivants	SAP	90 / 27***	23 / 2	33 / 8 *	19 / 0
Foster 1999	117 Adultes	117 vivants	SCID, SAP	90 / 26***	32 / 4	43 / 11	6 / 1
Vijayakumar 1999	100 Adultes	100 vivants	SCID, SAP	88 / 14***	17 / 1	34 / 8	NC
Houston 2001	22 hommes de 15 à 24 ans	22 vivants avec blessures auto infligées **	SAP + programme basé sur CIM 10	70,4***	55,5	3,7	11
Phillips 2002	519 Adultes sur 23 sites	536 décédés	SCID	63 / 17	40	7 / 6	7 / 2
Chiu 2004	70 sujets de 60 ans et plus	100 vivants **	SCID	85,7 / 9	52,9 / 3	2,9 / 0	5,7 / 0
Yang 2005	895 adultes 20 sites ruraux, 3 urbains	0	SCID	63 / 17	35,8	9 *	9,5
Abeyasinghe 2008	372 Adultes (3 districts)	0	non	NC	37,1	49	12,1
Almasi 2009	194 Adultes	194 vivants **	MINI	69,1 / 25,8***	49 / 6,2	29,4 / 10,3 *	NC
Kurihara 2009	60 Adultes	120 vivants	SCID	80 / 15	51,7	5	15
Zhang 2010	392 de 15 à 35 ans milieu rural	416 vivant	SCID	48 / 3,8	23,7 / 1,4	5,9 / 0,9	11,2 / 0,5
Kizza 2012	17 hommes dans 2 camps de réfugiés	0	non	6	NC	NC	NC
Chachamovich 2012	120 Inuits du Nunavut	0	SCID	NC	NC	NC	NC
Hirokawa 2012	49 Adultes	145 vivants	SCID	65,3 / 4,8	44,9 / 0	18,4 / 2,8	8,2 / 0
Encrenaz 2015	39 police nationale	0	CIDI, IPDE	84,6	83	38	14

* les résultats comprennent les troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'une substance

** les témoins sont eux mêmes informateurs

*** Diagnostic axe I et/ou axe II

IPDE : International Personality Disorder Examination

CIDI : Composite International Diagnostic Interview

SAP : Structured Assessment of Personality

MINI : Mini-International Neuropsychiatric Interview

SCID : Structured Clinical Interview for DSM Disorders

SAD-S : Schedule of affective disorder & schizophrénia

Figure 4 : tableau reprenant les principales études d'AP entre 1989 et 2015.

Nb : Pour les troubles mentaux nous avons uniquement détaillé les résultats pour la dépression unipolaire, les troubles liés à l'utilisation d'alcool et la Schizophrénie.

4.2 Contexte

Une des principales questions à laquelle cherchent à répondre les études d'autopsie psychologique est : Quelle est la part des troubles mentaux dans le comportement suicidaire fatal ?

Car nous savons que la pathologie mentale représente un facteur de risque majeur au niveau individuel.

Dans de nombreuses études il sera intégré à l'autopsie psychologique un ou plusieurs questionnaires standardisés et validés par la communauté scientifique visant à rechercher et établir un diagnostic de pathologie mentale rétrospectif post mortem :

- SCID (Structured Clinical Interview for axis I DSM IV Disorder) (15) , le CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (16) ou MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) pour les troubles mentaux.
- Structured Assessment of Personality (SAP) (17) ou l'IPDE (International Personality Disorder Examination) (16) pour les troubles de la personnalité.

A travers ces questionnaires nous cherchons à poser la question diagnostique au défunt : souffrait-il d'une pathologie mentale ? Et laquelle ?

Nous savons que la maladie mentale tient une place importante dans le comportement suicidaire : L'existence d'un trouble mental chez des personnes suicidées a été mis en évidence très tôt (18) un des objectifs de l'Autopsie Psychologique est de pouvoir mettre en lumière les facteurs de risque du suicide dont la maladie mentale fait partie.

A travers notre revue de la littérature, nous allons tenter de dresser un état des lieux mondial non exhaustif des études d'autopsie psychologique et des résultats apportés quant aux troubles mentaux.

Et de répondre à la question suivante : est ce que l'autopsie psychologique est une méthode fiable pour détecter et diagnostiquer des troubles psychiques ?

4.3 Une forte prévalence

4.3.1 Europe, États unis et Canada

Selon Isométa (19) : la première étude d'autopsie psychologique moderne de 134 suicides consécutifs a été menée par Eli Robins et ses collègues de l'Université de Washington à St.Louis aux États-Unis, en 1956-57 impliquant des interviews (standardisées) du plus proche parent, et examinant tous les suicides consécutifs dans une zone définie. (20)

La méthode a été développée aux États Unis (21) puis dans quelques pays principalement occidentaux notamment en Europe (22).

Dans ces 3 premières études clés utilisant la méthode de l'autopsie psychologique, les données concernant la présence d'une maladie mentale concordent :

Un trouble psychiatrique a été identifié dans la majorité des suicides analysés (93-100 %) ; la dépression était le trouble le plus fréquent (30-70 %), ensuite venaient l'alcoolisme (15-27 %) et la schizophrénie (2-12 %).

Dans plus de vingt travaux de recherche d'importance majeure utilisant l'autopsie psychologique et publiés entre 1959 et 1990, Isometsa (19) et ses collaborateurs retrouvent la présence d'un trouble mental dans 81% à 100% des cas de suicides, le diagnostic de dépression est lui retrouvé dans 30 à 90% des cas.

Une deuxième génération d'autopsie psychologique émerge dans les années 90 avec des études cas témoin : entretiens standardisés pour les cas et les témoins, ce type d'étude sera plus en mesure d'estimer le rôle des différents facteurs de risque pour le suicide.

Nous pouvons citer Foster (23) en Irlande du Nord, sur une étude d'un an incluant les suicidés de 14 ans et plus, il retrouve également que 90 % des cas ont un diagnostic de maladie mentale (105/117) axe I ou axe II dont 86 % uniquement axe I contre 26 % pour les témoins.

Le risque estimé de suicide en présence d'au moins un trouble de l'axe I était presque 40 fois plus élevé qu'en l'absence de trouble, six fois plus élevé en présence d'une dépendance actuelle à l'alcool et douze fois plus élevé en présence d'une dépression majeure unipolaire actuelle. (DSM III-R)

Lesage et al.(24) (1994), font état, dans une étude d'autopsie psychologique de type cas-témoins de 75 suicides chez des hommes canadiens âgés de 18-35 ans, de la présence d'un diagnostic de l'axe I du DSM-III-R, porté indépendamment par deux psychiatres expérimentés, dans 88 % des cas pour 37,3 % chez les témoins (prévalence à 6 mois). Le diagnostic le plus courant était celui de dépression majeure (38,7 % / 5,3 %), suivie d'une dépendance à l'alcool (24,0 % / 5,3 %).

Toutes ces études observent sensiblement les mêmes résultats : une part très importante des troubles mentaux au premier rang desquels arrive la dépression majeure suivi de la dépendance à l'alcool.

Certains auteurs au-delà du même pourcentage de troubles mentaux révèlent une répartition différente : citons Conwell et coll.(25) (1996), 90,1 % des 141 sujets de l'étude, âgés de 21 à 92 ans, étaient porteurs d'au moins un diagnostic de l'axe I du DSM – III-R. Dans cette étude, les troubles liés à l'usage de toxiques étaient les plus présents, avant les troubles de l'humeur puis les troubles psychotiques. Appleby (26) retrouve lui chez les moins de 35 ans que 19% avaient les caractéristiques cliniques de la schizophrénie, un chiffre beaucoup plus élevé que les chiffres de 3% et 6% rapportés dans les précédentes études d'autopsie psychologique des suicides de tout âge au Royaume-Uni (22) (27) et plus élevé que les chiffres de 14% et 17% rapportés dans les études concernant des jeunes adultes dans d'autres pays. (24) (28)

De manière systématique, Cavanagh et coll. (29)(2003) ont établi la comparaison la plus récente et

la plus fouillée d'études d'autopsie psychologique. À partir de 154 publications repérées par une recherche systématique, les auteurs n'ont retenu que 75 études de cas ou de cas témoins. Dans les études de cas, effectuées auprès de jeunes ou jeunes adultes, 91 % des cas de suicide étaient associés à un trouble mental. Dans les études de cas témoins, où chaque cas est associé à un témoin au moins, des différences nettes apparaissent entre les deux séries : 90 % de troubles mentaux sont retrouvés parmi les cas de suicide contre 27 % chez les témoins, sans que l'on observe de chevauchement des intervalles de confiance.

Cavanagh et coll. (2003) (29) ont calculé la fraction de la mortalité attribuable à un trouble mental (dans des populations exposées au facteur «trouble mental» à au moins 86%), 47 à 74 % des suicides étudiés étaient attribuable à un trouble mental, la part attribuable à un trouble affectif était de 21 à 57% et la comorbidité entre un trouble mental et l'abus de substances toxiques de 23 à 46 %.

Dans son étude réalisée en France sur 39 suicides survenus dans la Police nationale, Encrenaz (16) rapporte que 84,6 % des suicidés souffraient d'un trouble mental.

Avant 2000, très peu d'études d'autopsie psychologique ont été menées hors de l'Europe, des EU ou du Canada.

Sur les 814 000 décès par suicide dans le monde en 2000, le nombre de cas publiés étudiant spécifiquement les diagnostics psychiatriques chez les suicidés est relativement faible (N=15629), le plus frappant est que 82% de ces cas sont originaire d'Europe ou d'Amérique du nord. (30) Seulement 1.3% des cas étudiés sont originaires de pays en développement : Taiwan et Inde. Ceci constitue un fort biais vers les pays d'Europe du Nord et rend contestable toute généralisation ou recommandation dérivées de ces données à d'autres contextes culturels. (30)

Plusieurs études ont été réalisées en Chine afin de comprendre les caractéristiques du suicide, les résultats varient.

4.3.2 Chine

L'étude de Cheng en 1995 (31) : a été menée sur 113 suicides consécutifs appariés à 226 témoins dans 3 groupes à l'est de Taïwan et retrouve de 97 à 100 % de diagnostic de maladie mentale.

Les 2 diagnostics prévalents étaient la dépression majeure 87% et l'alcoolisme : 27,6 %

Dans l'étude de Chiu à Hong kong (32), 70 sujets âgés d'au moins 60 ans ayant mis fin à leurs jours, ainsi qu'un échantillon communautaire de 100 témoins ont été interrogés, 86 % des cas ont souffert d'un problème psychiatrique comparativement à 9% des sujets témoins. Parmi les problèmes psychiatriques, la dépression majeure était le diagnostic plus fréquent : 52,9 % chez les cas contre 3 % chez les témoins.

La dépendance à l'alcool est très faible : 2,9 % contre 0 % chez les témoins.

4.3.3 Afrique

Des résultats similaires ont été trouvés par Gangat en 1987 (33) dans une étude de 50 suicides consécutifs chez les indiens immigrants en Afrique du sud : dépression majeure dans 54 %, et problématique d'alcool dans 30 % des cas, on retrouve ces 2 troubles chez 36 % des cas ce qui est comparable à la Chine.

94 % des sujets avaient un diagnostic principal de maladie mentale pour les 6 % restant le diagnostic était également présent mais coté comme subsidiaire.

4.3.4 Inde et Israël

Une étude menée à Madras (34) de Janvier 1994 à Février 1995 a étudié 100 cas et 100 témoins et retrouve une plus grande proportion de maladie mentale que dans l'étude précédente : 88 chez les

cas (88%) et 14 chez les témoins (14%), pour 17 cas (17%) la dépression était le diagnostic principal. Les troubles de la personnalité étaient présents chez 20 cas (20%) et chez 3 contrôles (3%).

Cette étude a identifié par ailleurs que 4 cas avaient un diagnostic de trouble de conversion.

La présence d'un trouble du DSM-III-R Axe I était identifiée comme une variable significative (OR, 21,8; IC, 2,5 à 193,3).

En Israël (35) : 43 suicides consécutifs survenus chez les jeunes hommes pendant le service militaire obligatoire ont été étudiés. On note 91 % de troubles mentaux dont 53,5% répondaient aux critères formels de trouble dépressif majeur. L'abus de substances était absent.

4.4 Une faible prévalence

La majorité des études d'autopsie psychologique retrouvent un taux très élevé de maladie mentale chez les suicidés, évoquons maintenant celles qui contredisent ces résultats.

Dans une méta-analyse menée sur les AP depuis 2000 *Milner (36)* s'est intéressée aux cas de suicide survenant en l'absence de tout trouble psychiatrique identifiable : Jusqu'à 66,7% des cas de suicide sont restés sans diagnostic dans une étude n'examinant que les troubles de l'Axe I chez des hommes de moins de 36 ans en Italie.

Environ 37,1% des cas de suicide n'avaient aucun trouble psychiatrique dans une étude en Chine évaluant les troubles de la personnalité et les troubles de l'Axe I.

En général, les régions de la Chine et de l'Inde avaient une proportion plus élevée de suicides sans diagnostic que les études basées en Europe, en Amérique du Nord ou au Canada.

4.4.1 Inde

Rao (37) retrouve lui 23 % de troubles psychiatriques dont la majorité (plus de 50%) étaient des troubles de la personnalité dans son étude menée sur 100 admissions consécutives de femmes brûlées dans le service de chirurgie plastique entre mars et octobre 1988. 70 % de ces brûlures étaient d'origine suicidaire (N : 67).

Kizza (38) en Afrique dans une étude sur 10 ans dans 2 camps de réfugiés fait état de 17 suicides dont seulement 1 souffrait de troubles mentaux. Cette étude n'utilise cependant aucun questionnaire standardisé.

4.4.2 Chine et Japon

Deux études indépendantes bien conçues ont trouvé des taux sensiblement inférieurs de troubles mentaux chez les défunts de suicide. Yang dans une étude (39) nationalement représentative d'autopsie psychologique de 895 victimes adultes de suicide a indiqué une prédominance des troubles mentaux de 63%. Dans une autre étude de 392 victimes rurales de suicide âgées de 15-34 ans, Zhang et al. (40) signalent que seulement 48% avaient une maladie mentale.

Hirokawa (41) retrouve des résultats similaires au Japon avec 65,3 % des cas souffrant d'un diagnostic de l'axe I contre 4,8 % des témoins, le diagnostic principal est la dépression : 44,9 % / 0.

Les troubles mentaux étant fortement associés au risque de suicide : OR 7,5 (p < 0,003).

Conclusion : la variation de la proportion des cas de suicide sans affection psychiatrique peut refléter des spécificités culturelles, des différences dans la conceptualisation et le diagnostic de troubles mentaux, ainsi que des disparités méthodologiques liées à la conception des études.

Philips corrobore ces résultats dans une étude cas témoin menée sur 519 cas et 536 témoins où il retrouve 63 % de troubles mentaux chez les cas, dont 40 % de dépression majeure, 7 % de schizophrénie et 7 % de dépendance à l'alcool. (42)

Il explique ces taux faibles par plusieurs raisons :

- 1) la prévalence des problèmes de consommation de substances a récemment augmenté, mais il reste encore beaucoup plus faible en Chine que dans les pays à revenus élevés.
- 2) la problématique du diagnostic de trouble de la personnalité en Chine, beaucoup de personnes ont des traits de caractères impulsifs mais n'ont pas de dysfonctionnement psychosocial grave et ne remplissent pas les critères diagnostics (peut être une cause de sous estimation de la maladie mentale).
- 3) la manifestation de dysphorie affective peut ne pas correspondre parfaitement aux critères de diagnostic qui ont été établis à partir d'échantillons occidentaux.
- 4) l'utilisation fréquente de pesticides 62 % qui augmenterait le chevauchement entre le comportement suicidaire non fatal et fatal et pourrait donc accroître la proportion des personnes décédées de suicide sans maladie mentale qui ont effectué un passage à l'acte impulsif avec peu d'intention de mourir.

Il soulève des questionnements : « La Chine représente jusqu'à un tiers des suicides mondiaux, de sorte que la faible prévalence des troubles mentaux chez les personnes décédées par suicide en Chine a des implications importantes tant pour la modélisation théorique du comportement suicidaire que pour le développement de stratégies internationales de prévention du suicide. Si une maladie mentale actuelle n'est pas une condition préalable pour le suicide, les modèles de suicide dans lesquels les risques et les facteurs de protection exercent leur influence par l'intermédiaire de leur effet sur la fréquence et la gravité des troubles mentaux devront être réexaminés.

Et si une importante minorité de personnes décédées de suicide n'ont pas une maladie mentale, des approches préventives axées uniquement sur la reconnaissance et la gestion des maladies mentales devront être complétées par d'autres stratégies.

En outre, 85% des suicides se produisent dans le monde entier dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, et l'ingestion de pesticides est la méthode la plus courante de suicide, de sorte que la situation en Chine ne peut pas être aussi atypique qu'il ressort de la perspective occidentale. » (42)

4.4.3 Hongrie, Angleterre et Indonésie

Arato (43) : Sur les 200 cas de suicide répertoriés à Budapest, 81 % des victimes avaient un trouble psychiatrique récent, dans 58% des cas c'était la dépression, la dépendance à l'alcool dans 8 % des cas.

Nous retrouvons des résultats semblables à Bali dans l'étude de Kurihara (44) qui note 80 % des troubles mentaux présents chez les personnes ayant mis fin à leurs jours, par contre la prévalence des troubles liés à l'utilisation d'alcool est beaucoup plus faible que dans d'autres pays : 5 % ce qu'il explique par les facteurs socio-économiques et le fait que les balinais n'aiment pas perdre le contrôle.

Des résultats similaires sont retrouvés ailleurs :

En Angleterre (45) 22 cas de suicides de jeunes hommes âgés de 15-24 ans ont été comparés avec un échantillon de jeunes hommes aux antécédents d'automutilation, appariés selon l'âge. Les troubles psychiatriques ont été diagnostiqués chez 19 (70,4%) des sujets. Ce sont le plus souvent des troubles dépressifs (55,5%).

En Hongrie (46) : dans une étude cas témoin de 194 cas et 194 témoins : 69,1 % des cas souffraient de troubles mentaux contre 25,8 % des témoins, le taux de trouble affectif (dépression sévère et

trouble bipolaire) parmi ceux qui étaient décédés par suicide était de 49% (95/194) contre 6,2 % pour les témoins.

4.4.4 Sri Lanka

Certaines études retrouvent des distributions différentes : sur les 372 cas de suicide répertoriés dans 3 districts au Sri Lanka, la moitié (49%) souffraient d'abus ou de dépendance à l'alcool, environ un tiers (37,1%) des suicidés souffraient de dépression qualifiée de modérée ou sévère au moment de leur décès. (47)

4.5 Discussion

Les échantillons varient de 17 à 895 cas, quasiment la moitié des 26 études (n = 12) sont des études cas témoins et seule une a inclus des témoins décédés, 3 ont utilisé les témoins eux mêmes comme informateurs pour l'entretien d'autopsie psychologique.

Les populations étudiées sont très variées, allant de l'inclusion de tous les cas de suicide consécutifs, en passant par des critères d'inclusion basés sur l'âge, l'ethnie ou la géographie ; jusqu' à l'étude de sous groupes de populations très spécifiques.

La majorité ont utilisé des questionnaires standardisés pour la recherche de troubles mentaux, mais là encore il n'y a pas de consensus. Certaines ont étudié uniquement les troubles de l'axe I, d'autres ont inclus les troubles de la personnalité. Le pourcentage de personnes ayant mis fin à leurs jours et souffrant de troubles mentaux varie de 6 à 100 %, cependant la prudence s'impose car la comparabilité de ces études ne peut se faire qu'en gardant à l'esprit l'hétérogénéité importante en matière de méthodologie.

La méthode de l'autopsie psychologique est relativement jeune, à ce jour il n'existe pas de protocole standardisé pour cette méthode.

Pris ensemble, ces résultats montrent que l'importance des troubles mentaux étiquetés de facteurs de risques de suicide universels peut, en fait, varier considérablement d'un pays à l'autre et d'une culture à l'autre et nous amènent à penser que le comportement suicidaire est « infusé » par les facteurs socioculturels : pourquoi certaines personnes souffrant de trouble psychique se suicident et d'autres non ?

Ces différences transnationales ont d'importantes implications pour la prévention. Il sera nécessaire de développer et de tester de nouvelles stratégies de prévention du suicide qui seront basées sur les caractéristiques démographiques, les profils de facteurs de risques, les attitudes de la communauté, et les ressources sociales qui existent dans chaque pays.

5.5 Fiabilité et validité de la méthode d'autopsie psychologique

5.5.1 Fiabilité

La fiabilité d'une étude est sa capacité à donner les mêmes résultats, quelles que soient les conditions d'application.

Concernant la fiabilité des informations obtenues lors des entretiens :

Une meilleure fiabilité pourrait en partie être atteinte grâce à une deuxième entrevue effectuée par un enquêteur indépendant, que ce soit par téléphone ou face à face, dans le double but de vérifier la réaction émotionnelle à la première entrevue et la vérification des informations factuelles cependant il semble impossible en raison de la tension psychologique supplémentaire que cela imposerait à la personne interrogée. (48)

Fiabilité des diagnostics posés :

Le coefficient Kappa mesure l'accord entre observateurs sur le codage qualitatif en catégories ou le degré de concordance attribué par 2 juges.

Dans l'étude de Lesage et al (1994), deux psychiatres seniors ont établi les diagnostics du DSM-III-R ; et obtiennent le coefficient kappa (K) de 0,98 pour la dépression majeure; 0,94 pour la dépendance à l'alcool et 0,98 pour la schizophrénie. La Fiabilité inter juge est élevée. Foster obtient des résultats similaires pour les diagnostics spécifiques Axe I : $k=0.96$ (27)

Isometa : (19) dans une méta analyse relate : « une excellente fiabilité rapportée (kappa 0,80 à 1,00) dans pratiquement toutes les catégories de diagnostics et précise qu'avoir un nombre restreint d'enquêteurs et de diagnosticiens réduit probablement la variance d'erreur méthodologique, et les résultats sont d'une plus grande fiabilité. »

Chachamovich (49) retrouve des résultats semblables en calculant le niveau d'accord entre les diagnostics obtenus(DSM-IV Axe I et II) à partir de 30 interviews réalisées avec les proches puis avec les sujets eux-mêmes : les coefficients Kappa étaient de 0,84 pour les troubles de l'humeur, 0,83 pour les troubles de la personnalité, 0,79 pour la schizophrénie et 0,57 pour l'abus de substance.

Pour évaluer la fiabilité inter-évaluateurs, 15 entretiens d'autopsie psychologique ont été enregistrés et notés indépendamment par 2 enquêteurs, les coefficients de kappa ont démontré un accord substantiel : 0,82 pour les troubles de l'humeur, 0,79 pour l'abus de substances et de 1,0 pour la schizophrénie.

Werlang et Botega (2003) (50) ont également démontré qu'il était possible de développer et d'appliquer, avec un très haut degré de fiabilité inter-juge, un entretien semi-structuré.

Ce qui signifie que la méthode d'Autopsie peut être qualifiée de fiable quant à la détection de troubles mentaux.

5.5.2 Validité

Une étude présente une validité interne si son organisation permet de répondre à ses objectifs, à savoir principalement repérer les troubles mentaux chez les suicidés. L'utilisation de questionnaires standardisés est un point important qui permet d'augmenter la validité. L'utilisation et l'analyse des données des dossiers médicaux peut être un critère supplémentaire de validité, dans la mesure où cette information est gardée secrète à l'enquêteur. Toutefois, l'utilité de cette méthode est limitée, puisque environ 50% des cas de suicide n'ont pas de dossiers psychiatriques. La collecte systématique d'informations provenant d'autres sources que les parents et amis, en particulier les dossiers médicaux, rend souvent les résultats définitifs plus valides.(48)

Quant aux enquêteurs, ils représentent une source de biais potentiel car même si les questionnaires sont standardisés, les caractéristiques psychologiques et les formations des enquêteurs sont rarement étudiées ni mentionnées. Pouliot et De Léo (51) suggèrent pour de futures recherches que les enquêteurs profanes suivent une formation basée sur des entretiens supervisés par un clinicien expérimenté et des entretiens filmés effectués par des cliniciens. A la fin de la formation, la validité et la fiabilité de leurs notations pourraient être évaluées en leur soumettant une série de vignettes cliniques.

Selon L'INSERM (9) quelques précautions permettent d'augmenter la validité et l'exactitude des données obtenues par les entretiens avec les proches :

- recueillir les informations auprès de plusieurs sources (augmente l'exactitude mais aussi le coût).

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

6. Limites

6.1 Biais liés à la reconnaissance des cas

Aux États Unis et en Angleterre les coroners ont accès à un très grand nombre d'informations. D'après Batt et al. « Il convient dès lors pour les chercheurs d'établir avec ces services de bonnes relations de travail, tant les données qu'il sont à même de fournir sont précieuses »(9). Elles peuvent pallier les éventuels manques des réponses des proches. Le partage d'informations entre différents services est moins problématique qu'en France où certaines informations (par exemple si elles relèvent du secret médical et sont considérées comme confidentielles) ne seront pas transmises au chercheur, surtout si celui-ci n'est pas lui-même médecin, en dehors du cadre d'un protocole très rigoureux. (9)

En effet les certificats de décès reçus par l'INSERM (9) ne mentionnent pas le nom de la personne décédée mais ils sont indirectement nominatifs, il est possible de retrouver la personne décédée, en revanche la méthode de l'autopsie psychologique nécessite une rupture du secret médical sur la cause d'un décès auprès des proches de la victime. En France, une autorisation spécifique de la CNIL est indispensable.

Des études menées par le CépiDC font état d'une sous estimation d'environ 20 % de la connaissance des suicides à partir de la base nationale des causes de décès (9), cette sous estimation serait liée au manque de retour d'informations de la part des instituts médico-légaux d'une part et au manque de précisions sur le certificat de décès lors d'une mort violente qui sera souvent codée de cause inconnue d'autre part.(9)

Cette sous estimation pourrait également tirer son origine au sein de la famille endeuillée qui pour diverses raisons cacherait la cause de la mort.

Nous pensons que le nombre de suicides en Nouvelle Calédonie est sous estimé pour les raisons énoncées plus haut.

6.2 Biais de rappel et étude rétrospective

Le rappel du souvenir peut être altéré de par le processus de deuil qui est d'autant plus compliqué lors d'un suicide, certains aspects peuvent être enjolivés ou exagérés voir même oubliés volontairement parfois.

La date de l'entretien ne devra pas être trop éloignée du décès sous peine d'entraîner un biais de mémoire. Selon Runeson et Beskow (52), les proches seraient plus satisfaits si les entretiens sont menés dans les 10 semaines suivant le suicide. Brent ne retrouve quant à lui aucune relation significative entre le délai et les informations obtenues auprès des proches lorsque les entretiens sont fait entre 2 et 6 mois suivant la mort.(53). Dans tous les cas ce délai ne devra pas être inférieur à 4 semaines (54)

Pour limiter ces biais Hawton (55) et beskow (48) suggèrent de recueillir les informations auprès de plusieurs informateurs et d'utiliser des procédures d'entretiens standardisés.

6.3 Biais liés aux informateurs

Le nombre des informateurs varie selon les études de 1 à 10, par exemple Apter (35) a interrogé une moyenne de 10 informateurs quand d'autres n'en interrogent que deux (52)

Par ailleurs dans certaines études les contrôles sont eux-mêmes les informateurs (32,45,46)

Le choix du type d'informateur et sa relation avec la personne décédée n'est souvent pas explicité, certaines études interrogeront des professionnels de santé (26) en plus des proches. Pour les études menées chez les adolescents, il est parfois préférable d'interroger des pairs, les parents n'étant pas forcément au courant de la vie intime de leur enfant ce qui peut créer une sous estimation de certains diagnostics comme l'abus de substance.

Cependant, parfois, il pourrait y avoir une sur estimation liée aux représentations de l'informateur :

par exemple, parce que l'informateur pense qu'il faut être mentalement malade pour se tuer, ou parce que l'informateur tente de donner un sens au suicide et interprète rétrospectivement le comportement à la lumière de cette signification.

Parfois aussi ils pourraient exagérer les symptômes de troubles mentaux pour justifier le suicide (56) ou réduire leurs propres sentiments de culpabilité selon Zhang.

Un nombre suffisant d'informateurs permet de pouvoir croiser les informations et augmente la fiabilité des réponses.

6.4 Biais liés aux enquêteurs

Les difficultés inhérentes aux enquêteurs sont les suivantes : en général aucun contrôle de leurs caractéristiques psychologiques ou sociales n'est réalisé au préalable, ce qui pourrait aboutir à un biais de perception et serait une source d'erreurs dans le recueil des informations.

La question de la formation des enquêteurs notamment son contenu, sa durée et son formateur reste très mal définie et n'est quasiment jamais détaillée dans la littérature.

Une limite supplémentaire liée à l'enquêteur est la tendance à reformuler les questions lorsque celles-ci sont mal comprises par la personne interrogée ; de ce fait il peut y avoir une fabrication de réponses, inhérente à la reformulation et à l'envie de trouver une réponse. Afin de limiter au mieux ce phénomène, il convient de respecter au maximum la formulation du questionnaire et au besoin coter la réponse comme inconnue.

6.5 Biais liés aux instruments

« Est-il vraiment possible d'assigner des diagnostics psychiatriques à quelqu'un qui est mort en interviewant quelqu'un d'autre? » Hjelmeland (57)

Certaines études ont utilisé des instruments non standardisés et/ou mal définis dans le processus de diagnostic (33,37,45,47,58), les résultats seront difficilement comparables.

D'après Pouliot, dans les cas où des instruments standardisés ont été utilisés, (SCID, MINI, SAP) ils n'ont pas été validés pour une utilisation par procuration (51). De plus leur nature semi-structurée laisse les questionnaires ouverts quant aux biais de l'enquêteur, par exemple la reformulation des questions peut orienter la réponse de l'informateur. L'utilisation de ce type de questionnaires même si ils ne sont pas validés pour être utilisés par procuration, reste cependant la meilleure alternative en attendant la construction d'un questionnaire spécifique.

Le SCID est un questionnaire standardisé construit initialement pour être administré par un clinicien au patient lui même.

Pour la méthode d'autopsie psychologique, ce questionnaire a du être adapté pour être rempli par procuration lors de l'entretien avec les proches du défunt. Certaines questions peuvent mettre en difficulté l'informateur dans la mesure où elles interrogent un ressenti ou des pensées que le défunt n'a pas forcément partagé avec ses proches. Citons quelques exemples pour illustrer notre propos :

« Au cours du dernier mois de sa vie, y a-t-il eu une période durant laquelle il/elle s'est senti(e) déprimé(e) ou abattu(e) pratiquement toute la journée, presque tous les jours? »

« Avait-il/elle l'impression de ne pas avoir de valeur? (Codez 1 or 2 s'il s'agit seulement d'une faible estime de soi) »

« Pendant le dernier mois de sa vie, les choses allaient-elles si mal, qu'il/elle pensait beaucoup à la mort? »

Il en est de même pour les questions autour de la dépendance et de l'abus de substance :

« avait-il besoin de boire plus pour obtenir le même effet ? »

En effet le défunt peut y avoir pensé mais ne pas en avoir parlé. Se pose alors la question de la fiabilité de la réponse de l'informateur.

6.6 Biais liés à la méthodologie

Parfois, lorsque les diagnostics ne concordent pas, il est nécessaire de trouver un consensus.

Là encore les méthodes diffèrent, dans certains cas l'équipe de recherche tranchera après avoir étudié le cas en détail (39) (Yang et al., 2005), et parfois c'est la valeur la plus élevée qui sera choisie pour l'analyse (56). Ce qui dans ce cas conduira très certainement à une surestimation des diagnostics psychiatriques.

La méthode d'Autopsie Psychologique reste peu connue et peu utilisée de part son coût et la complexité de sa mise en place notamment en population générale, néanmoins son apport dans la compréhension des phénomènes suicidaires est indéniable, cette méthode a permis d'explorer les phénomènes suicidaires à travers différentes cultures et différentes ethnies et rend ainsi compte des disparités en matière de troubles mentaux chez les personnes décédées par suicide.

" Indépendamment de leurs imperfections, les études d'autopsie psychologique ont largement contribué à nos connaissances actuelles sur les victimes de suicide, l'étiologie du suicide, et le processus suicidaire " Pouliot et De Leo (2006) (51).

V. Description de la Nouvelle Calédonie

1. Situation géographique

Située dans le Pacifique sud entre l'Australie et la Nouvelle Zélande, à plus de 17 000 km de la France, la Nouvelle Calédonie est composée de la Grande Terre sur laquelle est située la capitale Nouméa à l'extrémité sud, des îles Loyauté, de l'île des Pins et de l'archipel des Belep.

L'île principale représente 90% de la superficie totale (19 000km²)

2. Histoire de la Nouvelle Calédonie

Découverte en 1774 par un navigateur britannique : James Cook, elle est déclarée colonie Française en 1853 par le contre-amiral Febvrier Despointes, une colonisation pénale s'opère jusqu'en 1897.

En 1864 : la découverte du nickel entraîne l'importation d'une main d'œuvre principalement asiatique.

Au cours du XX^{ème} siècle : installation de populations Polynésienne - Tahitienne, Wallisienne, Futunienne ainsi que les bagnards non contraints à l'exil.

En 1946, le statut de Territoire d'Outre-mer est choisi : les Kanaks obtiennent alors le droit de circulation, de propriété et leurs droits civils.

Aujourd'hui la Nouvelle Calédonie est une Collectivité territoriale de Mélanésie rattachée à la France, avec un statut juridique spécifique, dit « sui generis » découlant des accords de Nouméa signés en 1998, faisant suite aux accords de Matignon 10 ans plus tôt, qui mettaient un terme aux événements qui ont secoué le pays entre 84 et 88.

Elle est découpée en 3 provinces : Province Sud, Province Nord et Province des îles. Vingt neuf langues y sont parlées.

3. Caractéristiques socio-démographiques

Au dernier recensement de 2014 mené par l'Institut de la Statistique et des Études Économiques en Nouvelle-Calédonie , le nombre d'habitants était de 268 767.(59)

La province Sud concentre la majeure partie de la population : 74 % de la population, 2 calédoniens sur 3 vivent dans le grand Nouméa. Ils sont 19 % en province Nord et 7 % dans les îles Loyauté,

L'âge médian est de 31 ans ce qui est relativement jeune comparé à d'autres pays comme la France dont l'âge médian est de 40 ans, 32 % de la population a moins de 20 ans.

Depuis les années 90 on constate un vieillissement de la population lié à la diminution du taux de fécondité et à l'allongement de l'espérance de vie mais la croissance de la population reste l'une des plus dynamiques des îles du Pacifique : + 1,8 % / an du fait de l'excédent naturel et pour une moindre mesure du solde migratoire apparent.

La population est pluri-ethnique avec une majorité de Kanak (39%) comme le représente la figure 5

Répartition de la population Néo Calédonienne en 2014

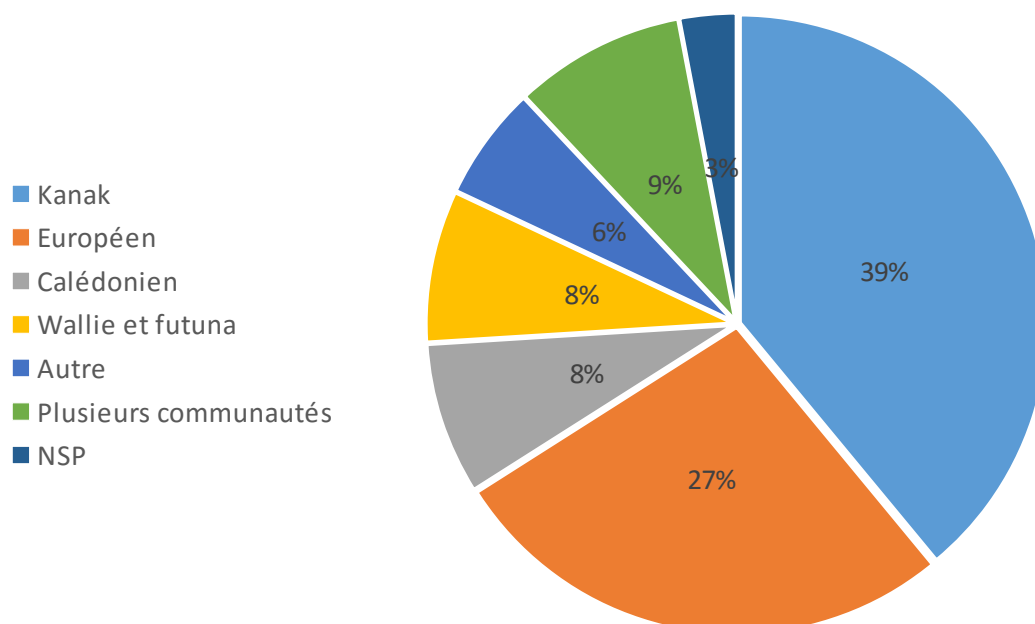


Figure 5 : Répartition de la population en fonction de l'ethnie. données issues de l'INSEE d'après le recensement de 2014 (59)

Aux îles Loyauté, la quasi-totalité (94%) des habitants appartient à la communauté Kanak, contre 2 % d'Européens.

En province Nord, la communauté Kanak regroupe 70% de la population, celle des Européens 12%

4. Les pratiques traditionnelles Kanak

La conception de la santé et de la maladie dans la population Kanak est très différente des représentations que nous pouvons avoir en occident.

Citons le Dr Calendreau (60) qui nous explique que chez le mélanésien « La Maladie correspond à la manifestation d'un déséquilibre d'un ordre établi. Elle va faire intervenir les fondamentaux de la société kanak, qui englobe l'homme dans sa dimension physique, sociale et mystique. D'un côté on a la parole, les plantes et les forces ancestrales et de l'autre, le stéthoscope, les molécules actives et les microbes. Alors que l'étiologie occidentale repose sur des relations entre un agent pathogène et une maladie ; dans la société kanak, la maladie résulte d'interactions entre l'homme, son environnement naturel et social, et le monde mystique représenté par les ancêtres »

Le soulagement peut être apporté par des guérisseurs du clan, ou des voyants océaniens, avec une hiérarchie des recours et des compétences.

Selon les travaux de Christine Salomon (anthropologue) citée par le Dr Calendreau, (60) les maladies sont divisées en 4 groupes :

- les maladies ordinaires liées à un déséquilibre dans l'hygiène de vie comme le rhume seront traitées par la pharmacopée clanique qui se compose souvent de plantes.
- les maladies des « blancs » comme le diabète ne pourront être soignées que par la médecine occidentale avec des médicaments.
- les maladies liées aux ancêtres : c'est une maladie qui dure et qui est liée par exemple à une

transgression d'une règle clanique ou une tradition non respectée, les ancêtres pourront punir les descendants à travers la maladie. Seul le guérisseur pourra en trouver l'origine et la traiter en fabriquant un médicament traditionnel, le malade devra lui reconnaître sa faute et entreprendre un geste symbolique de réparation.

- les maladies liées au boucan (sorcellerie) dont les symptômes sont souvent communs : fatigue, maux de tête mais de survenue brutale. Le traitement passe obligatoirement par un spécialiste de la voyance.

Des passerelles existent entre médecine traditionnelle et médecine moderne. En effet, une maladie initialement qualifiée d'ordinaire et naturelle peut être requalifiée de maladie des blancs (considérée comme exogène). Si celle-ci perdure ou évolue mal, elle peut alors être réévaluée comme maladie des ancêtres où être considérée comme appartenant au boucan. Parfois, les hésitations de recours et de recherche d'aide et la confusion peuvent conduire à des retards de diagnostic préjudiciables pour le malade.

5. Le système de soins en santé mentale en Nouvelle Calédonie

Concernant la maladie mentale, l'offre de soin pour les adultes est constituée d'un unique service de psychiatrie générale le Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet (CHS) basé à Nouméa sur la presque île de Nouville (en lieu et place du bagne), il est le seul établissement de soins de psychiatrie du territoire et offre 131 lits d'hospitalisation.

Nous avons deux antennes médico-psychologiques basées en province Nord mais elles ne possèdent pas de lit d'hospitalisation. Ainsi qu'une antenne sur une des îles loyautés : Lifou qui ne bénéficie pas non plus de lit d'hospitalisation.

Le secteur privé n'offre pas de lit d'hospitalisation pour la psychiatrie.

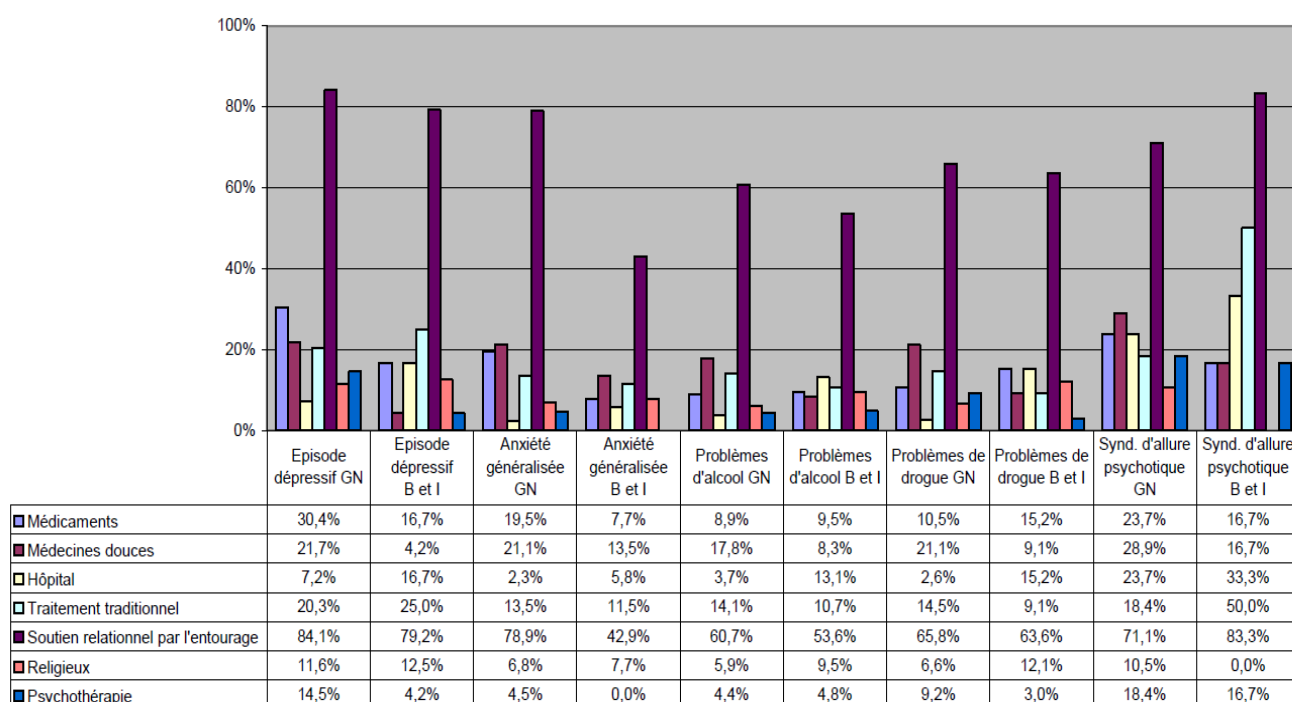
Un Centre de Soins en Addictologie est basé à Nouméa et assure des soins ambulatoires, il existe également un espace dédié aux adolescents, traitant les questions de dépendance. Ainsi qu'un service de pédopsychiatrie.

6. Santé mentale en Nouvelle Calédonie

Selon l'étude santé mentale en population générale image et réalités (60) réalisée en Nouvelle Calédonie en 2009, il apparaît que 46 % des personnes en ville contre 34.6% des personnes vivant en milieu rural et tribal présentent « au moins un trouble mental parmi : les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les problèmes d'alcool et de drogues, les syndromes d'allure psychotique et le risque suicidaire». A préciser cependant qu'une méthodologie différente de recueil de données était employée entre les zones rurales et les zones urbaines.

Un autre constat frappant illustré par la figure 6, est qu'en présence d'un trouble psychique repéré par le MINI, le recours aux soins (hospitalisation, chimiothérapie et psychothérapie) est inférieur à 20 % hormis les troubles graves comme la symptomatologie psychotique où le recours à l'hospitalisation est d'environ 30 % ainsi que les troubles dépressifs où le recours à la chimiothérapie frôle les 30 %.

**Recours utilisés et présence d'un trouble psychique repéré par le MINI :
Résultats sur les deux sites calédoniens**



*Nota bene : sans prise en considération d'une part de l'existence d'un tr. associé, d'autre part de l'utilisation de plusieurs recours en même temps, le graphique illustre le % de réponses pour un recours donné en fonction du trouble étudié. [Exemple : 30.4% des sujets ayant un trouble dépressif (F32) sur le site urbain ont pris des médicaments]
Remarque : pour les syndromes d'allure psychotique en Brousse et aux Iles le nombre de cas est*

Figure 6 : Tableau représentant les recours utilisés pour les personnes présentant un trouble psychique repéré par le MINI, issu de l'étude « Santé mentale en Nouvelle-Calédonie : images et réalités. »(60)

Ce qui signifie qu'en dehors des troubles graves, 80 % des personnes qui présenteraient un trouble mental n'auraient jamais vu de médecin. Le recours principal étant le soutien de l'entourage.

Parmi ces 80 %, combien mettent fin à leurs jours ? Quel est le poids de la pathologie mentale dans le suicide en Nouvelle Calédonie ?

Le choix de la méthode de l'autopsie psychologique est particulièrement intéressant ici en Nouvelle Calédonie, pour une étude des cas de suicide survenus en population générale où la pathologie mentale non soignée est forte.

De plus, de part sa superficie faible, sa pluri-ethnicité, son contexte multiculturel, sa population statique, son unique service de psychiatrie publique permettant une centralisation rapide des

données et l'absence d'autopsie psychologique menées auparavant ; la Nouvelle Calédonie est un site idéal pour mener ce type d'étude.

Malgré ses limites l'autopsie psychologique semble être une bonne méthode actuelle pour déterminer les facteurs de risque du suicide et particulièrement la part des troubles psychiques.

PARTIE II : START : MÉTHODOLOGIE

I. Historique

La région du Pacifique occidental abrite 27 % de la population mondiale et a un taux de suicide parmi les plus hauts mondialement, l'OMS y fait état de quelques 180 000 cas de suicide soit 22,4 % de tous les cas de suicide dans le monde, dont 16 % rien que dans les PRFI. (1)

La connaissance du profil épidémiologique du suicide dans le Pacifique Occidental par rapport aux autres secteurs régionaux de l'OMS (par exemple l'Europe) reste très méconnue.

En août 2005, les représentants nommés par les gouvernements des pays du Pacifique Occidental ont participé à une assemblée tenue par l'OMS à Manille, aux Philippines. L'objectif de cette assemblée était d'obtenir une image des problèmes concernant l'incidence et le traitement des comportements suicidaires dans les pays du Pacifique Occidental.

La Conférence a donc recommandé aux États et Territoires de :

- mettre en place un système de surveillance des données de morbidité et de mortalité pour le suicide.
- étayer le système de surveillance par des travaux de recherche sur les causes et les risques de suicide et sur les facteurs de protection.

Aux vues de ces recommandations, l'étude START (Suicide Trends in At-Risk Territories) a été lancée en mars 2006 avec le soutien d'un centre collaborateur de l'OMS, l'Institut Australien de Recherche et de Prévention du Suicide. (AISRAP)

II. Objectifs de START

- Établir un système de surveillance efficace et sûr à la fois pour le comportement suicidaire fatal et non-fatal.
- Stimuler la mise en place croissante des systèmes nationaux d'enregistrement de mortalité et promouvoir l'utilisation de la Classification Internationale des Maladies (CIM) dans les pays dans lesquels elle n'est pas encore opérationnelle.
- Accroître la connaissance sur les facteurs de risques et de protection à la fois pour le comportement suicidaire fatal et non-fatal dans différents contextes culturels.
- Développer des stratégies d'interventions interculturelles efficaces pour un comportement suicidaire non-fatal.
- Procéder à des investigations et mieux comprendre ces individus qui ont un comportement suicidaire non fatal médicalement sérieux par le biais d'intervention et de suivi longitudinal.

"L'étude START a été spécialement conçue pour accroître la sensibilisation au sujet de la prévalence du suicide; pour fournir une intervention à faible coût pour ceux qui se sont engagés dans des comportements suicidaires; et pour vérifier les informations sur la présence des facteurs de risques et des facteurs protecteurs pour les comportements suicidaires." De Léo (61)

III. Composants de l'étude

1. Composant Un (monitorage)

Le composant un est un recueil de données locales, régionales et/ou nationales sur le comportement suicidaire fatal et non fatal, en utilisant des procédés d'enregistrement standard et la CIM 10.

2. Composant Deux (intervention)

Le composant deux est une intervention clinique contrôlée aléatoire comparant les différentes stratégies de traitement de ceux qui ont eu un comportement suicidaire non fatal. (Non mis en place en Nouvelle Calédonie)

3. Composant Trois (autopsie psychologique)

Le composant trois est l'autopsie psychologique : entretiens avec des proches du défunt pour mieux identifier les informations sur les événements précédant les cas de suicide fatal.

4. Composant Quatre (suivi longitudinal)

Le composant quatre est un suivi longitudinal des individus qui ont commis un comportement suicidaire non fatal médicalement sérieux. (Non mis en place en Nouvelle Calédonie)

Seuls les composants 1 et 3 sont en cours en Nouvelle-Calédonie.

IV. Résultats attendus

- Améliorer la connaissance sur l'incidence et les tendances à la fois du comportement suicidaire fatal et non fatal au niveau local, régional et/ou national, par des procédures de monitoring standard.
- Le développement d'interventions de traitement interculturel appropriées et efficaces pour des individus s'engageant dans un comportement suicidaire non fatal dans différents contextes culturels.
- Améliorer la compréhension des facteurs précédant à la fois le comportement suicidaire fatal et non fatal dans différents contextes culturels.
- Améliorer la connaissance sur le comportement suicidaire non fatal médicalement sérieux par l'intervention et le suivi.

V. Définitions utilisées dans l'étude

1. Comportement suicidaire

Les définitions du comportement suicidaire utilisées dans l'étude START ont été développées par un groupe de travail de l'OMS suite à des études précédentes conduites dans des environnements interculturels (OMS/EURO Étude multi-centre sur le comportement suicidaire) (62) et le WHO/Suicide PREvention-Multisite Intervention on Suicide (WO-SUPRE-MISS) (63). On peut voir ces définitions ci-dessous.

2. Comportement suicidaire fatal

Le suicide est « un acte avec un résultat fatal que le défunt, connaissant ou s'attendant à un résultat potentiellement fatal, a initié et mis à exécution avec le but de provoquer les changements voulus. »

(64)

Cette définition implique qu'il y a quatre caractéristiques majeures comprises dans l'acte d'engager un comportement suicidaire fatal :

1. **Résultat** – L'acte a un résultat fatal (la mort)
2. **Responsabilité** - L'acte a été initié, exécuté ou prévu par le défunt.
3. **Connaissance** – Le défunt connaissait ou s'attendait au résultat fatal.
4. **Intention** – L'acte avait pour but d'entraîner des changements voulus.

3. Comportement suicidaire non-fatal

Le comportement suicidaire non fatal avec ou sans blessure est « un acte inhabituel avec un résultat non fatal que l'individu, voulant, ou prenant le risque de mourir ou d'infliger un dommage corporel, a initié et mis à exécution dans le but de provoquer des changements voulus. » (64)

Les méthodes de suicide ont été classifiées à l'aide de la Classification Internationale des Maladies : CIM 10.

4. Recrutement des cas en Nouvelle-Calédonie

En Nouvelle-Calédonie les cas de comportement suicidaires fatals sélectionnés dans l'étude sont ceux déclarés par les forces de l'ordre avec croisement des données avec celles des autorités

sanitaires à posteriori. La définition des cas, même si semblable à celle du protocole START est sensiblement différente puisqu'il s'agit d'une définition opérationnelle légale qui suit un processus d'élimination des autres causes de décès selon la procédure d'enquête.

VI. Composant trois : L'autopsie psychologique

Les informations obtenues avec cette méthode cherchent à reconstruire les circonstances qui ont mené au décès suite à un suicide et comprennent : l'état d'esprit psychologique de la personne, les circonstances sociales et psychologiques, les maladies psychiatriques, les troubles physiques, les expériences de l'enfance, les événements importants de la vie et autres domaines pertinents (65). Ceci fournit aussi des informations sur les communautés et sur les diversités du comportement suicidaire fatal, soulignant les différences se rapportant aux facteurs culturels et traditionnels.

VII. Méthodologie

1. Population étudiée

L'ensemble des personnes décédées par suicide (*comportement suicidaire fatal*) en Nouvelle Calédonie entre le 01 janvier 2014 et le 31 décembre 2015.

1.1 Connaissance des décès par suicide

1.1.1 Circuit médical

Lors d'un décès, un médecin doit faire le diagnostic positif de l'état de mort et le diagnostic étiologique avant de remplir un certificat de décès.

En Nouvelle Calédonie, le certificat de décès comporte deux parties : une partie nominale pour l'état

civil et une partie anonyme pour le centre d'épidémiologie des causes de décès de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie.

Dans les cas de morts suspectes comme les suicides, le médecin doit indiquer qu'il y a un obstacle médico-légal ce qui entraîne l'information au procureur qui peut décider d'ouvrir une enquête médico-judiciaire afin de définir les causes de la mort.

1.1.2 Circuit judiciaire

Le Parquet peut décider en cas de mort violente vraisemblablement par suicide (comme une personne dépressive qui s'est pendue et a laissé une lettre d'excuses) de stopper l'enquête, il n'y aura donc pas d'autopsie médico-légale ni de recherche toxicologique.

1.1.3 Repérage des cas

La gendarmerie ou la police qui intervient sur les lieux du décès est à la fois une source d'informations (preuve d'intention de suicide comme une lettre laissée par le défunt, communication des cas au médecin coordonnateur de l'enquête) et un relais concernant l'étude : information des familles de l'étude en cours, recueil des coordonnées des proches.

Dans le protocole START-NC la déclaration des cas au médecin coordinateur local de l'enquête est faite par les forces de l'ordre, (Police et Gendarmerie) au fur et à mesure de la période d'enquête. Après l'année civile (début 2015 et début 2016) un croisement des données individuelles est fait en collaboration avec la Direction des Affaires sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie. Si des incohérences sont retrouvées, un contact est pris avec le médecin certificateur du décès et avec le service de Police ou de Gendarmerie concerné. Les cas de suicide recrutés dans l'étude sont donc ceux ayant fait l'objet d'une procédure par les forces de l'ordre et dont l'enquête a conclu à un suicide.

Outre les données de monitoring (composant 1), des informations nominatives sont recueillies :

nom, prénom, date de naissance du défunt et, si possible, adresse et numéro de téléphone de la famille afin de la contacter téléphoniquement pour la réalisation des autopsies psychologiques auprès des familles et des professionnels de santé connaissant le défunt, après recueil du consentement éclairé.

2. Aspect éthique

Le recueil du consentement éclairé auprès de la famille est un préalable à l'entretien d'autopsie psychologique avec le ou les membres de la famille concernés, le professionnel soignant ou non soignant si nécessaire et à la consultation des dossiers médicaux éventuels.

Chaque informateur est informé que sa participation à l'étude n'est pas obligatoire et qu'il peut en sortir à tout moment. Un accord du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS français) et du Comité d'Éthique de la Nouvelle-Calédonie pour les Sciences de la Vie et de la Santé a été obtenu.

3. Outils utilisés

Nous avons utilisé des outils standardisés :

Cette entretien est basé sur un modèle de l'entretien de deuil et contient une version adaptée de l'Interview Clinique Structurée pour le DSM-IV TR (SCID) (15) explorant la psychopathologie de l'axe I.

La structure basique de l'entretien consiste en :

- 1) la délivrance d'informations précises sur l'enquête, la nature et le traitement des données recueillies, puis le recueil du consentement éclairé.
- 2) 20 à 30 minutes d'informations rassemblant les événements ayant conduit au décès.

3) un entretien structuré.

Cette structure assure que tous les thèmes de la discussion soient couverts dans l'entretien..

Le SCID évalue la probabilité que la personne décédée ait pu avoir une maladie mentale, en utilisant un ensemble d'échelles et de questions standard. La version contenue dans l'autopsie psychologique START a été adaptée d'une version clinique (habituellement conduite avec les patients) à une version non patient.

Les diagnostics sont établis par 2 psychiatres indépendants et à l'aveugle, en cas de non concordance, nous reprenons l'entretien et si besoin rappelons les proches afin de préciser certaines informations jusqu'à trouver un consensus.

Elle contient également l'inventaire d'événements de vie de Paykel (66)

4. Données recueillies

L'entretien d'autopsie psychologique comprend des données sur :

- L'enquêteur : sexe, âge et communauté d'appartenance
- L'informateur : âge, lien avec le défunt, connaissance du défunt
- Contexte et événements qui ont conduit à la mort
- Les détails personnels du défunt : âge, statut marital, religion, emploi, enfants, langues vernaculaires, adoption
- Particularités de décès : circonstances, préméditation, méthode
- Anamnèse des tentatives de suicide
- L'échelle de Paykel examinant les événements de vie récents (12 derniers mois) et leur impact respectif sur le passage à l'acte suicidaire (cotation de 1 : indépendant à 5 impact

négatif sévère)

- Communication des intentions de suicide
- Antécédents médicaux
- Le contact avec les professionnels de santé
- Jeux d'argent
- Comportement agressif
- Antécédents documentés de maladie mentale
- Version adaptée de l'entrevue clinique structurée pour le DSM-IV TR (version non patient) : SCID

L'autopsie psychologique START est un exemple d'entretien semi-structuré, car il contient à la fois des questions fermées (c-à-d des réponses fixes) et permet aussi aux participants de répondre librement avec leurs mots à des questions ouvertes.

Les entretiens sont enregistrés sur un support audio type dictaphone avec l'accord de l'informateur afin de pouvoir y revenir par la suite si besoin.

5. Formation des enquêteurs

Les enquêteurs doivent avoir des connaissances en entretien clinique et être familiers de l'autopsie psychologique START. De plus, il est préférable que ces derniers aient des compétences dans le domaine de la santé (par ex. psychologue ou travailleur social ou encore une personne avec une formation médicale ou de conseil) et/ou des connaissances et une certaine compréhension des questions relatives à la santé mentale. Dans notre cas il s'agit d'une psychologue clinicienne originaire de la Nouvelle Calédonie et appartenant à la communauté Kanak.

Les enquêteurs auront une formation sur l'autopsie psychologique et une session de révision à 1 an.

L'enquêtrice a reçu des sessions régulières de débriefing après les entretiens. Le débriefing peut comprendre une discussion ou une réflexion sur la session, avec les sentiments ou les réponses émotionnelles que l'enquêteur a eu que ce soit sur ce qui a été dit pendant l'entretien ou sur les personnes interrogées elles-mêmes.

6. Sources d'information

6.1 Les Entretiens

Avec les personnes qui connaissaient le défunt : membres de la famille, amis, famille élargie, professionnels du soin et/ou autres.

6.2 Une analyse

Une Analyse des fichiers publics, dossiers médicaux, lettre de suicide (le cas échéant) et / ou d'autres documents pertinents. Les données sont ensuite croisées.

7. Les entretiens

7.1 Qualité des informateurs

Il est nécessaire que les informateurs connaissent suffisamment bien la personne c'est à dire qu'ils aient eu des contacts réguliers dans les mois précédant la mort.

L'étude START demande à ce qu'un des informateurs soit le parent le plus proche, comme la famille proche : selon la définition locale.

Il est préférable d'avoir deux informateurs pour chaque cas incluant un professionnel de santé quand cela est possible (médecin traitant, infirmière libérale...) afin de limiter les biais de mémorisation et afin de pouvoir croiser les informations en cas de réponse manquante ou différente.

7.2 Modalités de contact et lieu de l'entretien

Concernant les modalités de contact avec les proches, l'approche la plus fréquemment utilisée et qui rencontre l'adhésion des comités d'éthique consiste en l'envoi d'une lettre, laquelle sera suivie d'un contact téléphonique. (9)

Dans notre étude, les proches sont contactés par téléphone pour leur proposer de participer à l'étude, il convient de les informer de la durée de l'entretien : entre 2 et 5h.

Les entretiens sont généralement menés en face à face au domicile de la personne ou dans un lieu de son choix, voir à l'hôpital dans une salle dédiée ou au cabinet de l'enquêteur. Pour notre étude l'entretien sera mené à l'endroit choisi par l'informateur afin qu'il se sente à l'aise tout en ayant à l'esprit la sécurité de l'enquêteur.

7.3 Informations contradictoires

Il peut y avoir des réponses conflictuelles quand il y a plusieurs informateurs pour un cas.

Si c'est le cas, l'enquêteur doit faire tous les efforts possibles pour harmoniser ces informations en approfondissant l'enquête auprès des participants. Si ce n'est pas concluant, il doit chercher une source d'information supplémentaire pour établir une réponse neutre sûre. S'il n'est pas possible d'atteindre une réponse sûre, la réponse à cette question est codée 'non connu' (999).

8. Délai

Le temps écoulé entre l'entretien et le suicide doit être fixé pour une enquête donnée car selon la durée il inclut la période de deuil et/ou une reconstruction de l'histoire dans laquelle les proches tentent d' « expliquer » ce qui s'est passé en cherchant des causes immédiates ou plus éloignées. (8) La date du contact doit être soigneusement choisie afin d'éviter les dates chargées de significations (anniversaire du défunt, fêtes de famille...).

Le moment approprié pour prendre contact avec les proches varie entre 3 mois et un an après le décès. Nombre d'auteurs dont Hawton (55) suggèrent que ce délai permette que le travail de deuil soit entamé et que sa période la plus traumatique soit révolue. Un tel délai permet également que la mémoire des proches ne soit pas trop altérée et minimise ainsi les biais de mémorisation.

Pour notre enquête, l'entretien sera mené entre trois et douze mois après le décès.

Procédure pour le composant trois : Autopsie Psychologique

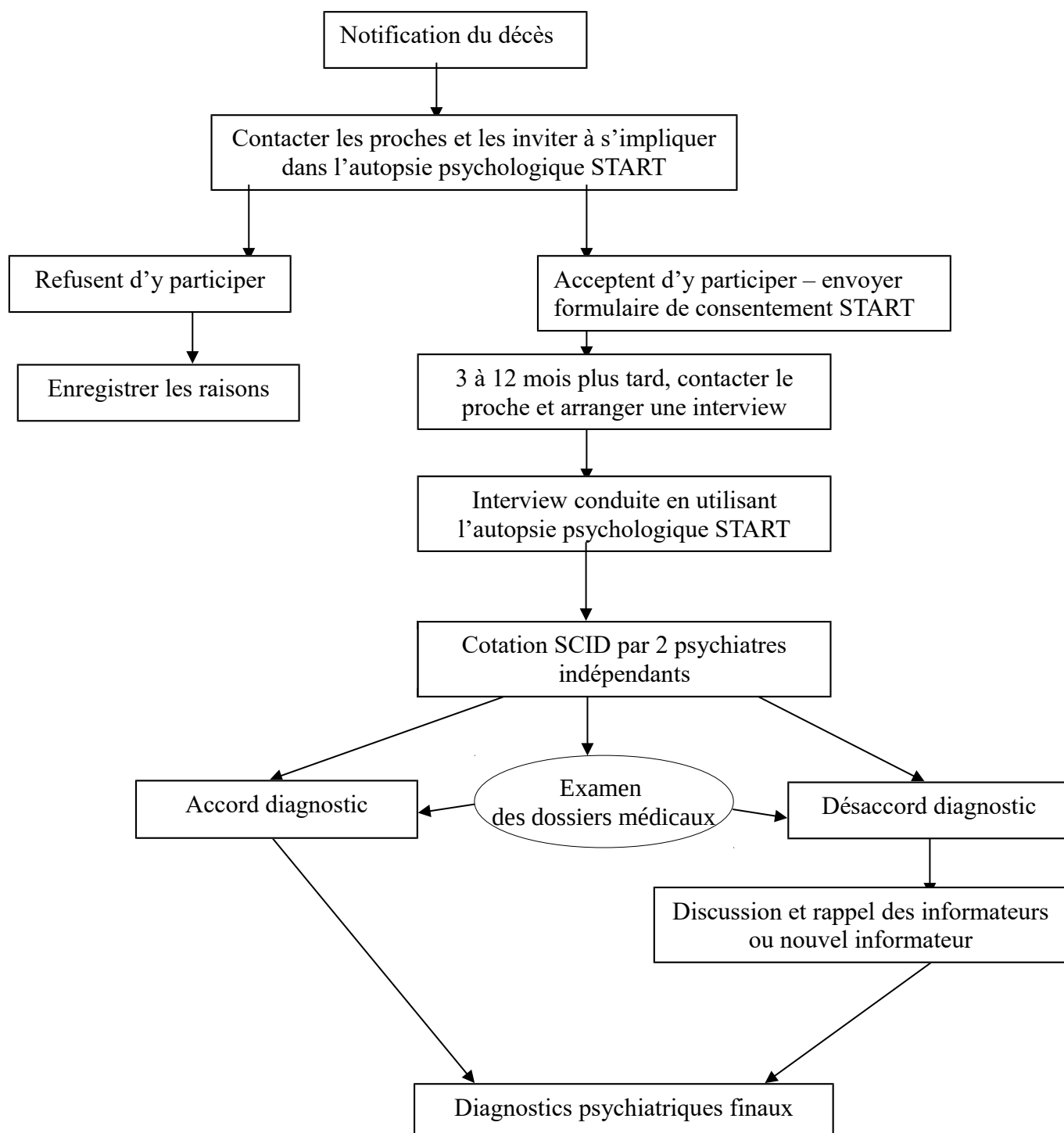


Figure 7 : Flow chart pour la procédure de collecte des données et leur évaluation

9. Méthode d'analyse des données

Compte tenu du faible effectif de l'échantillon, des méthodes mixtes seront utilisées pour l'analyse. Des méthodes qualitatives et quantitatives seront combinées le cas échéant.

Pour l'ensemble des résultats seront appliquées les méthodes suivantes : Analyse de régression multiple; analyse bi- et multivariée de régression logistique et régression de Poisson pour les tendances temporelles.

Concernant le présent travail, dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine, une sélection de cas particuliers a été faite en fonction de leur pertinence pour mettre en perspective certaines données de la littérature. Cette sélection s'est faite parmi les dossiers complétés et validés à ce stade. En effet l'étude OMS-START étant en cours, l'échantillon définitif est complet, mais l'ensemble des entretiens d'autopsie psychologique n'a pas encore été complété. Dans la partie suivante la candidate expose quelques caractéristiques de l'échantillon global puis présentera des cas sélectionnés dans cet échantillon.

PARTIE III : RÉSULTATS

I. Description de l'échantillon

1. Caractéristiques en terme d'âge et de sexe

Entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2015 nous avons répertoriés 75 cas de suicide en Nouvelle Calédonie, 26 étaient des femmes (34,6%) et 49 des hommes (65,4%).

Repartition du nombre de suicide par sexe

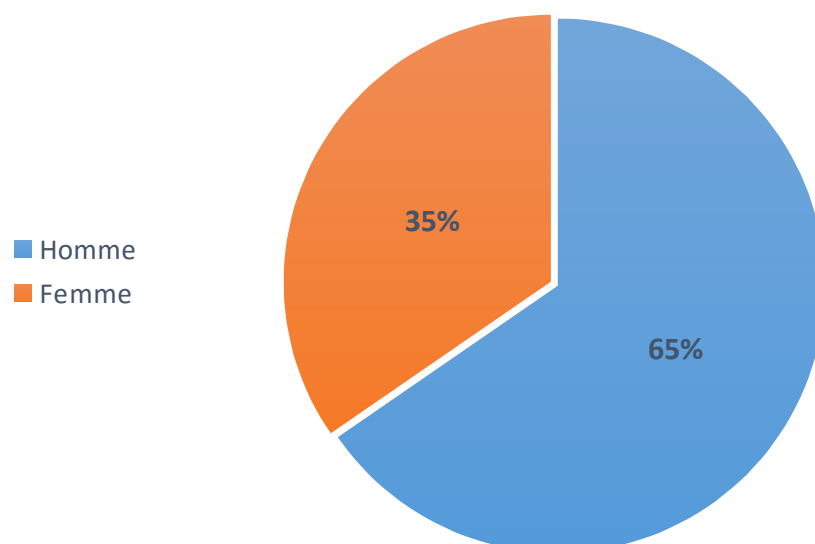


Figure 8 : Répartition du nombre de suicide par sexe pour les 75 cas de suicide survenus en 2014-2015

On constate en 2014 un nombre important de suicide chez les femmes alors que le taux de suicide tout sexe confondus reste plutôt stable ce qui traduit en parallèle une diminution du taux de suicide chez les hommes pour cette même année.

Notre échantillon comporte 26 cas de suicides féminins pour 2014 et 2015 ce qui donne un sexe ratio homme femme de 1,88 contre 4,8 pour les chiffres de la DASS concernant la période de 1991 à 2012. Il n'est donc pas représentatif de la période pour ce qui est du sexe.

Les taux standardisés pour la période 1991-2015 sont présentés dans la figure 9.

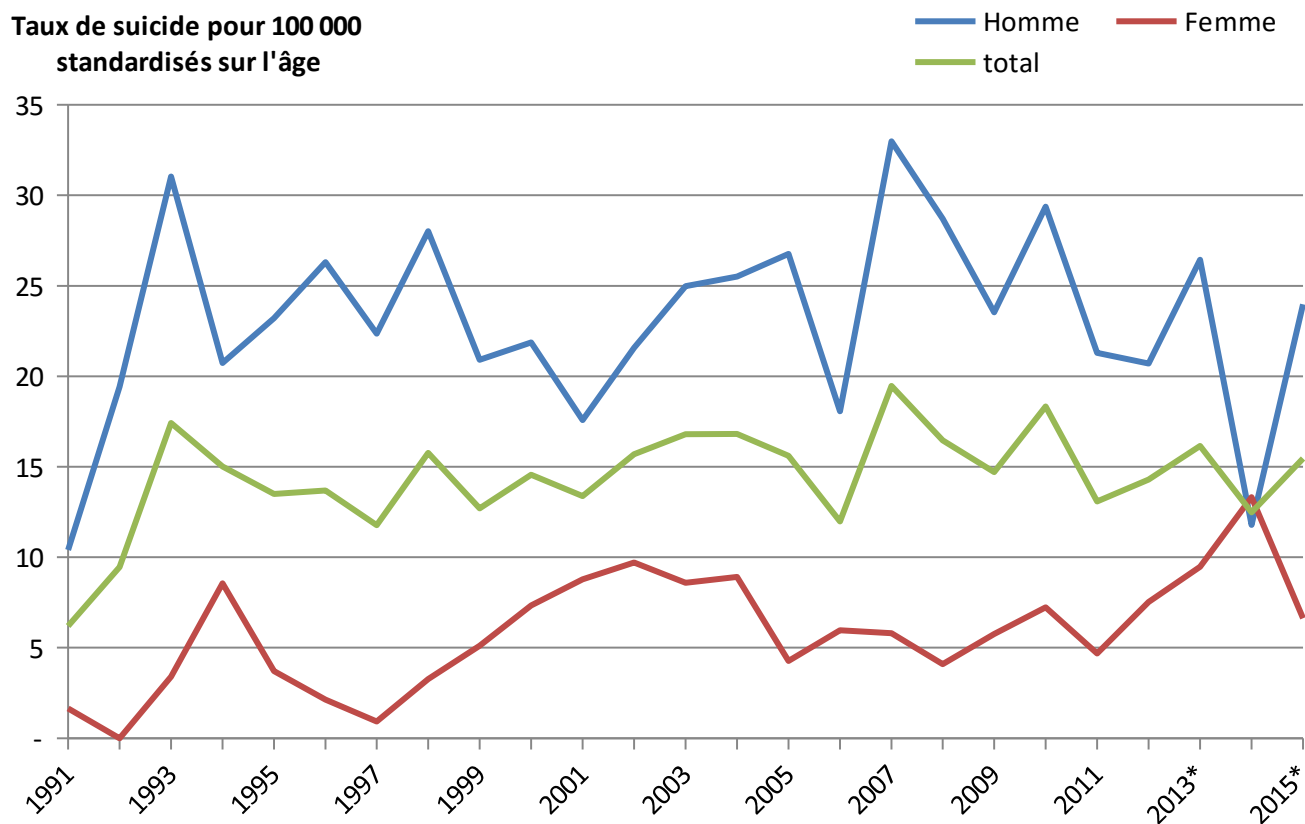


Figure 9 : Evolution des taux de suicide pour 100 000 standardisés sur l'âge entre 1991 et 2015

La figure 10 rend compte des taux de suicide pour les périodes de 2006 à 2010 et de 2011 à 2015,

On constate une diminution globale des taux de suicide pour les hommes depuis 2010 sauf pour la tranche des 15-24 ans.

Pour ce qui est des femmes on note une augmentation des décès par suicide assez importante : quasi quintuplé pour les 15-24 ans entre avant et après 2010. D'après l' AISRAP il pourrait s'agir d'une tendance internationale.

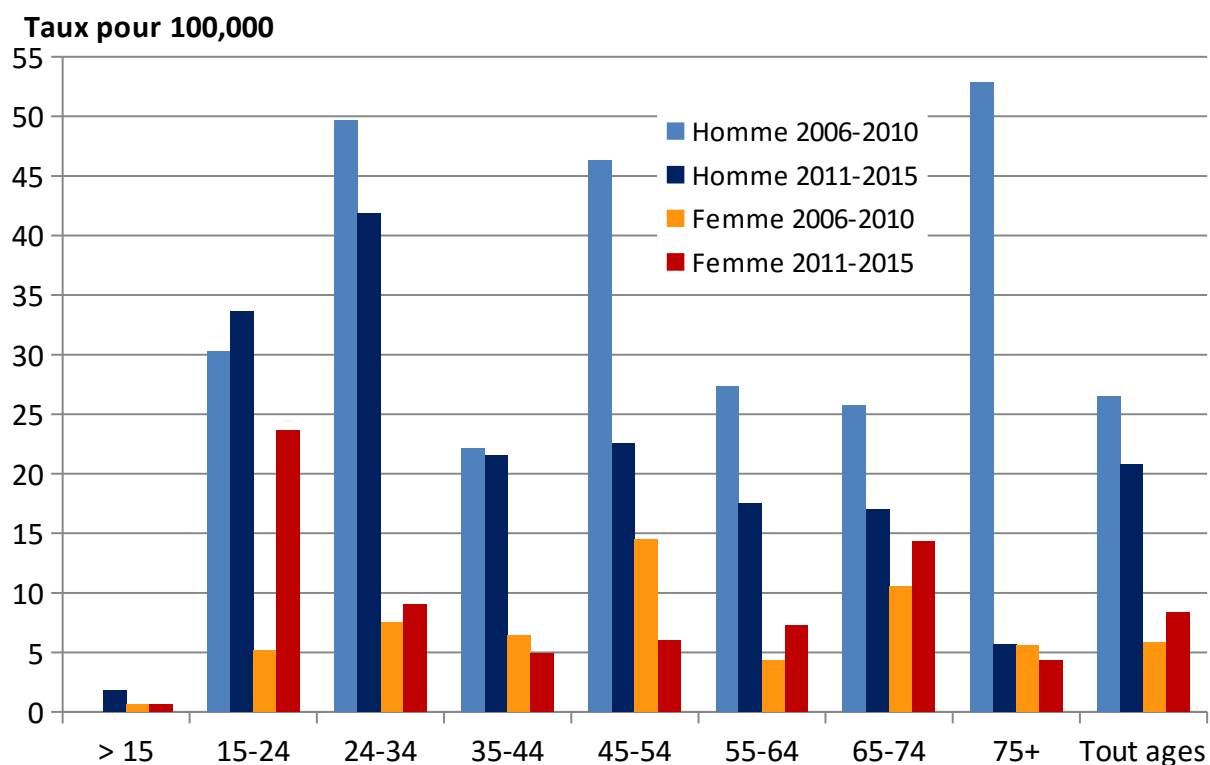


Figure 10 : Evolution des taux de suicide par tranche d'âge selon le sexe et la période étudiée.

Dans notre échantillon, on note que 77 % (n=58) des suicides ont lieu dans la tranche d'âge 15 – 44 ans ce qui est plus que les chiffres de la DASS avec 65,5 % de décès survenus dans cette tranche d'âge entre 1991 et 2012. (5)

La tranche comptant le plus de décès est celle des 15 -24 ans avec 32 % (n=24) ce qui correspond aux données de la littérature : selon les données de la DASS le nombre moyen annuel de suicides chez les 15-24 ans a augmenté entre 2001- 2005, pour ensuite diminuer au cours de la période 2006-2010 puis revenir en 2011-2012 la classe d'âge la plus touchée. (5)

Nous avons eu un cas dans la tranche < 15 ans, il s'agissait d'une jeune fille de 12 ans.

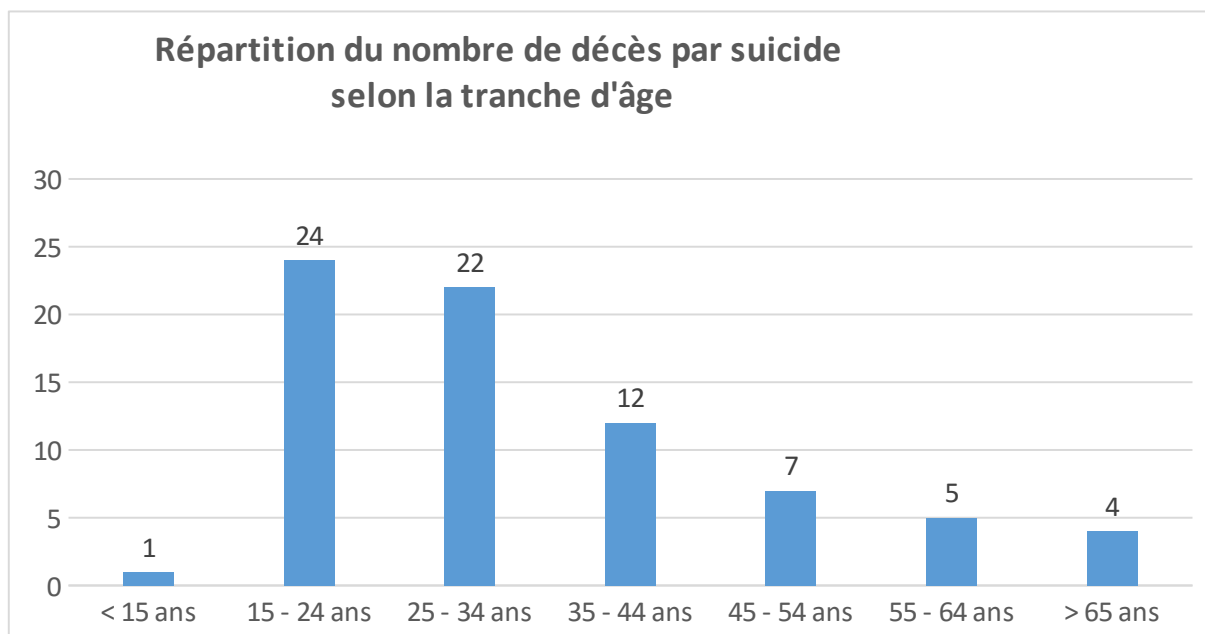


Figure 11 : Répartition des 75 cas de suicide enregistrés en 2014-2015 selon la tranche d'âge

A noter que la répartition par tranche d'âge et par sexe est différente, chez les femmes la majeure partie des suicides a lieu dans la tranche 15-24 ans avec 13 cas alors que pour les hommes c'est la tranche 25-34 ans qui est la plus touchée avec 16 cas.

La tranche 65 ans et plus est relativement peu touchée : 4 cas.

2. Lieu de décès

Une grande majorité des suicides ont lieu autour de Nouméa comme nous le montre l'illustration.

54 suicides soit 72 % ont eu lieu en Province sud qui concentre 74 % de la population, 16 en Province Nord et 5 en Province des îles.

Répartition géographique des cas de suicides 2014-2015



Figure 12 : Répartition géographique des cas de suicides 2014-2015

Notre échantillon est comparable aux chiffres de la DASS quant au lieu de suicide : 72,5 % en province sud. La répartition des décès est comparable à la répartition de la population avec une possible sous représentation des îles.

85 % des cas de suicide ont eu lieu au domicile de la personne ou au domicile d'un proche.

Répartition du nombre de suicide en fonction de la province de décès (%)

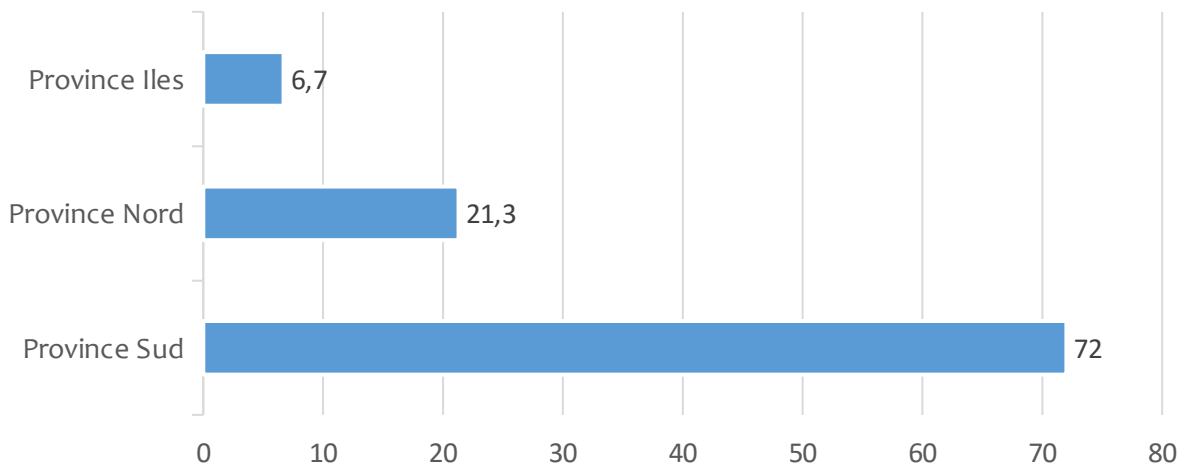


Figure 13 : Répartition des 75 cas de suicide survenus en 2014-2015 en fonction de la province de décès.

3. Communauté d'appartenance

Sur notre échantillon, 42 cas appartiennent à la communauté Kanak qui est la première représentée suivie de la communauté Européenne avec 19 cas.

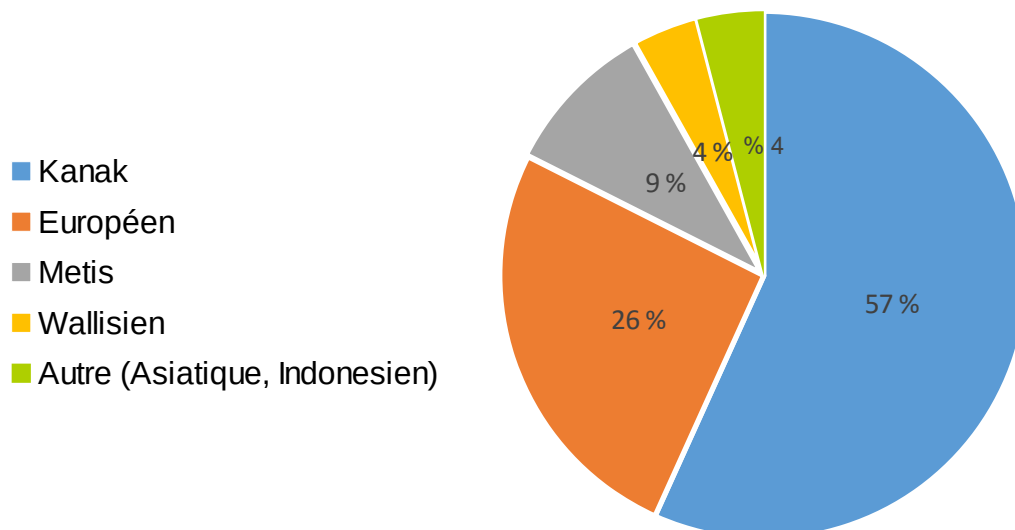


Figure 14 : répartition des 75 cas de suicide survenus en 2014-2015 en fonction de la communauté d'appartenance.

Les résultats sont comparables chez les hommes et les femmes. Si ce n'est une plus forte représentation de la communauté Kanak chez les femmes.

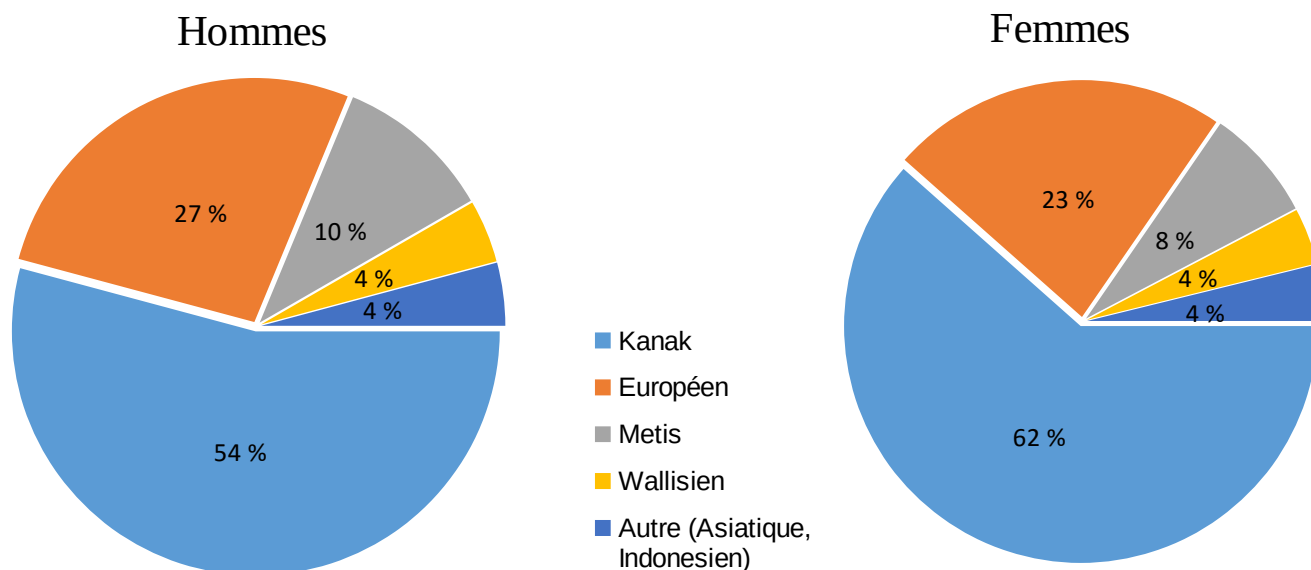


Figure 15 : répartition des 75 cas de suicide survenus en 2014-2015 en fonction de la communauté d'appartenance et du sexe.

On observe une surreprésentation de la communauté Kanak comparativement à la population générale.

En analysant les cas de suicide par classe d'âge en fonction de l'ethnie, il apparaît pour la communauté Kanak que la majorité des cas de suicide se produisent dans la classe d'âge inférieur à 25 ans, on dénombre 22 cas soit plus de 50 % des décès dans cette communauté. D'après l'ISRAP, ceci est comparable à ce qui se passe chez les aborigènes en Australie et dans les autres îles du pacifique insulaire.

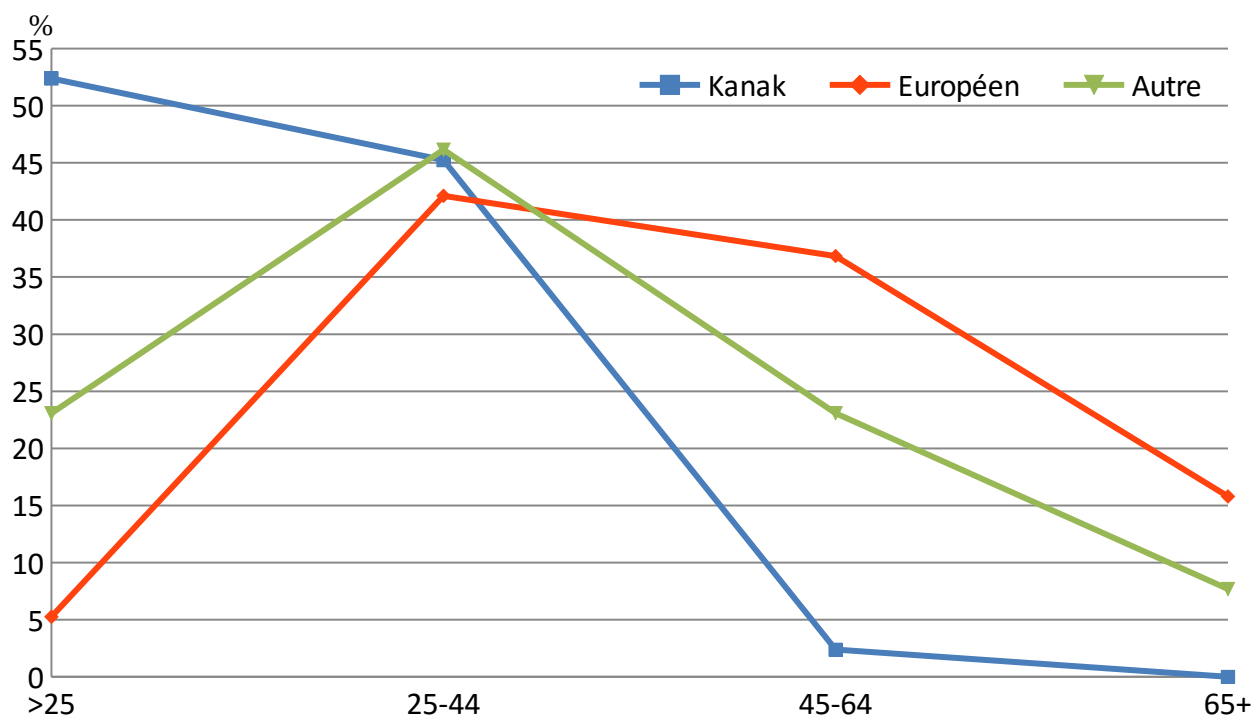


Figure 16 : Répartition des 75 cas de suicide survenus en 2014-2015 par groupe d'âge et communauté d'appartenance.

4. Méthode utilisée

Les individus ont varié dans leur méthode de suicide : sur les 75 cas de suicide, 41 ont utilisé la pendaison, 26 l'arme à feu, 3 le saut d'un lieu élevé, 3 un objet tranchant, 1 personne a choisit la noyade et 1 autre les médicaments.

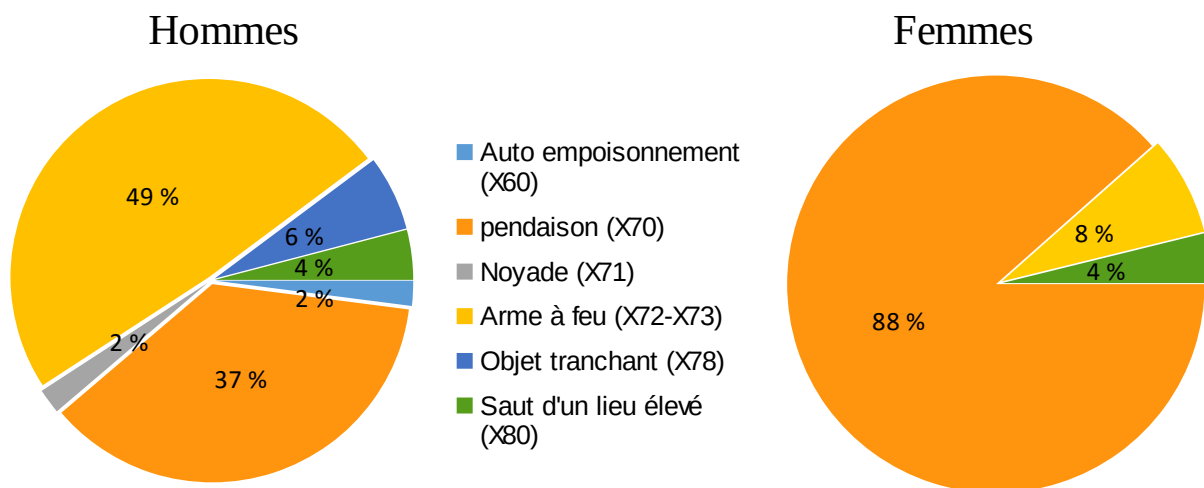


Figure 17 : Répartition des 75 cas de suicide en 2014-2015 en fonction du sexe et de la méthode utilisée

Pour les deux sexe confondus, la méthode la plus utilisée est la pendaison : 41 cas sur 75 ont utilisé cette méthode, la deuxième juste derrière est le recours à une arme à feu près d'1/3 (N = 26) des suicidés ont utilisé cette méthode.

Lorsqu'on regarde la méthode utilisée en fonction du sexe, on constate que ce sont majoritairement les hommes qui ont recours à l'arme à feu (N=24) soit 49 % des suicides chez les hommes.

La mise en place de lois limitant la possession et la vente d'armes à feu ou tout autre politique de restriction d'accès (éducation de la population au stockage sécurisé des armes à feu) pourrait contribuer à limiter ces décès.

Pour les femmes les méthodes sont moins variées : seulement 3 méthodes alors que pour les hommes ont en compte 6 avec une prédilection pour la pendaison : 88 %, s'en suit l'arme à feu : 8 %.

5. Antécédents Psychiatriques

Pour notre échantillon, nous avons contacté diverses structures du Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet : les 2 antennes médico-psychologiques, le CMP Adulte et Pédo-psychiatrique, ainsi que les services d'hospitalisation afin de savoir si les personnes décédées par suicide étaient connues du secteur de psychiatrie public et si oui le ou les diagnostics établis.

23 cas étaient connus de la psychiatrie (31%) , 11 cas (15%) ont déjà été hospitalisés dans un service de Psychiatrie en Nouvelle Calédonie et ont un suivi ambulatoire, 7 cas (9%) ont au moins un antécédent d'hospitalisation mais n'ont pas de suivi ambulatoire, 5 cas (7%) ont un suivi ambulatoire mais n'ont jamais été hospitalisés.

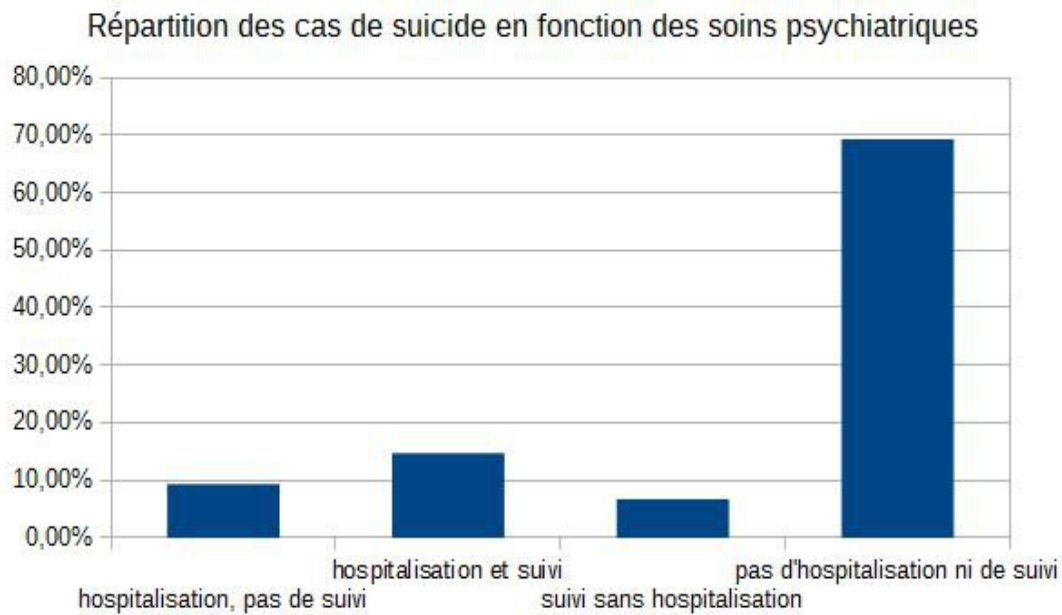


Figure 18 : Répartition des 75 cas de suicide en 2014-2015 en fonction des soins psychiatriques.

52 cas soit 69,3 % n'étaient pas connus de la psychiatrie publique. Parmi les 30,7 % qui étaient connus, le diagnostic le plus fréquent était un trouble psychotique avec 10 cas.

Présence de trouble psychiatrique dans les cas de suicide 2014-2015

	N	%
Pas de maladie psychiatrique connue	52	69,3
Un diagnostic	19	25,4
Deux diagnostics	3	4,0
Trois diagnostics	1	1,3

Figure 19 : Répartition des 75 cas de suicide en 2014-2015 en fonction de la présence d'un trouble psychiatrique.

Diagnostiques psychiatriques dans les cas de suicide 2014-2015

	N	%
Troubles addictifs (F10-F19)	2	2,7
Troubles psychotiques (F20-F29)	10	13,3
Trouble de l'humeur (F30-F39)	5	6,7
Anxiété, phobie et réactions dépressives (F40-F49)	6	8
Troubles de la personnalité (F60)	4	5,3
Retard mental léger (F70)	1	1,3

*3 cas ont 2 diagnostics et 1 cas a 3 diagnostics

Figure 20 : Répartition des 75 cas de suicide en 2014-2015 en fonction du diagnostic psychiatrique.

6. Consommation d'alcool précédant le passage à l'acte

22 cas (29,3%) ont été identifiés comme ayant consommé de l'alcool dans les heures précédant le passage à l'acte suicidaire, cette consommation était confirmée par les constatations d'enquête ou une analyse toxicologique post mortem.

Il était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (40,8% contre 7,7%)
Par origine ethnique, il était le plus élevé chez les Européens (42,1%), suivie des Kanaks (26,2%) et autres (23,1%).

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 25-44 ans (45,5%), suivie par les 45-64 (41,7%). Il était rare chez les moins de 25 ans (7,7%) et absent chez les plus de 65 ans. Ces chiffres sous-estiment probablement le phénomène, en effet les analyses toxicologiques ne sont pas systématiques et ont été pratiquées dans une minorité de cas.

Consommation d'alcool précédant le passage à l'acte en fonction de l'age (n=22)

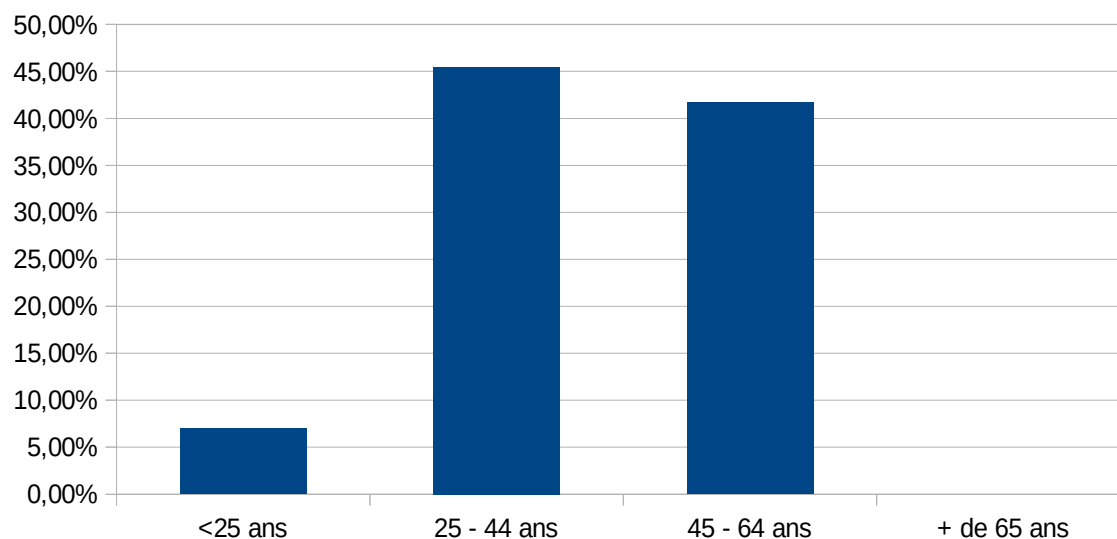


Figure 21 : Répartition des 22 cas de suicide en 2014-2015 ayant consommé de l'alcool avant le passage à l'acte en fonction de la tranche d'âge.

II. Acceptabilité de la méthode d'autopsie psychologique

Dans l'ensemble la majorité des personnes ont accepté de répondre au questionnaire, sur les 60 cas dont la famille a été contactée à ce jour, 8 ont refusé soit 13 %.

Parfois certains membres de la famille refusaient de participer mais nous orientaient vers un autre proche, le refus d'une personne autorise quand même les autres à participer.

Pour 1 cas une partie de la famille a participé soit 16 personnes.

Les questionnaires étaient bien compris et les informateurs étaient en mesure de repérer et de comprendre la symptomatologie des pathologies de l'axe I comme les hallucinations auditives, la tristesse de l'humeur. Nous n'avons eu aucune difficulté à recueillir les informations concernant la psychopathologie.

Par ailleurs les informateurs étaient assez francs et ouverts quant aux questions concernant les

consommations d'alcool ou de cannabis.

Le fait que l'enquêtrice soit d'origine Kanak était positif concernant la méthodologie, de par sa connaissance de la culture, il lui a été plus simple d'approcher les familles et de retrouver certains proches qui avaient changé de coordonnées en utilisant son réseau.

On peut penser cependant que certaines personnes aient pu être plus en difficulté dans l'évocation d'informations intimes à une personne originaire de la même île mais n'en ont pas fait part.

La semaine suivant l'entretien, notre enquêtrice contacte les informateurs et leur demande comment ils se sentent. Sur les 40 cas où l'entretien d'autopsie psychologique a été mené, toutes les personnes interrogées signalaient qu'elles se sentaient mieux, soulagées et ressentaient moins de culpabilité, sauf dans un cas où la personne contestait la cause de la mort. Ce n'était pas un suicide d'après elle.

Nos premiers résultats suggèrent que la méthode de l'autopsie psychologique, tel que décrite dans notre étude, était faisable, bien acceptée et valide.

III. Cas d'autopsie psychologique sélectionnés

1. Cas N°13

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans d'origine kanak décédé en avril 2014 par arme à feu, il a été retrouvé sur le bord de la route en face de chez lui, le canon du fusil dans la bouche.

L'entretien a été mené pour deux informateurs : sa belle mère et une de ses sœurs qui estimaient « bien connaître le défunt »

Mode de vie :

Il était célibataire, sans enfant, vivait avec son père, sa belle mère (sœur cadette de sa mère biologique) en zone rurale (La Foa)

Il était l'aîné d'une fratrie de 4 : 1 frère de 24 ans et 2 demi sœurs vivant avec leur grand-mère.

Il était catholique non pratiquant, travaillait dans une entreprise de tuyauterie.

Antécédents médicaux :

- notion d'épilepsie non traitée
- bursite
- pas de contact avec un professionnel de santé dans les 3 derniers mois

Antécédents psychiatriques :

- Familiaux : suicide de l'oncle paternel en 1998 par arme à feu
- Personnel : pas d'antécédent psychiatrique

Parcours de vie et événements de vie négatifs:

Sa mère biologique est décédée lorsqu'il avait 2 ans

Il a arrêté sa scolarité au collège.

De 2007 à 2010 la famille rapporte une période de conflit avec sa belle mère, secondaire à une liaison amoureuse avec sa cousine germaine qu'il quittera en 2010.

En 2011 il a une nouvelle relation amoureuse et commence à consommer du cannabis.

En 2012 : Son grand-père paternel décède et il est arrêté par la police pour consommation et détention de cannabis.

En 2013, il travaille en intérim dans la même société que son ex copine.

En Août 2013 : rupture sentimentale.

Et en Mars 2014 : il ne se rend plus au travail

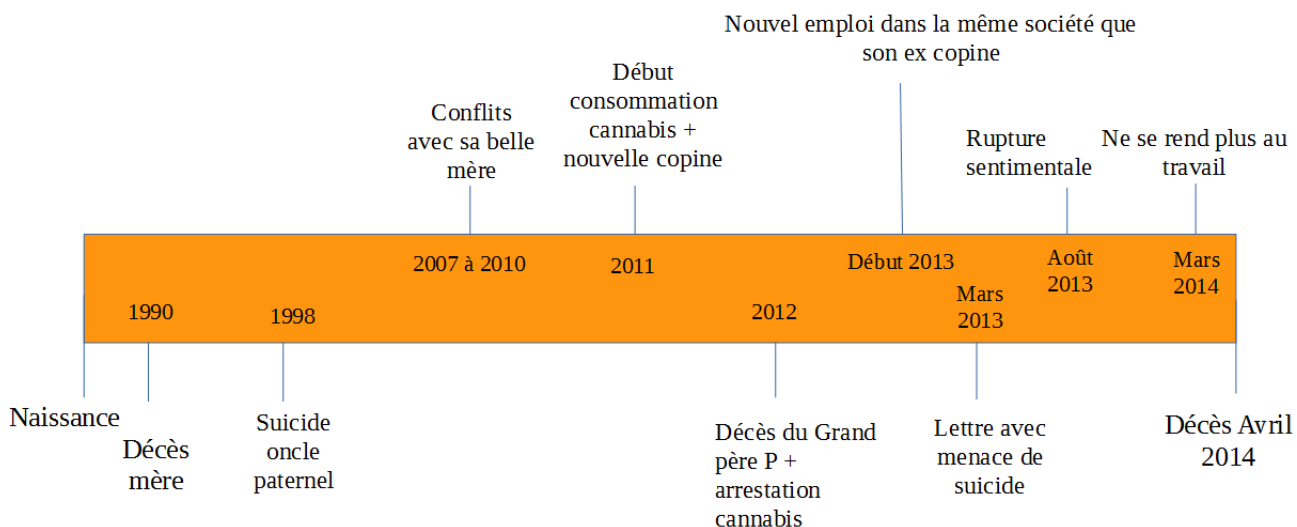


Figure 22 : Schéma sous forme de frise chronologique illustrant les événements de vie négatifs.

Preuves ou indices d'intention de suicide : oui verbales et écrites à différentes personnes :

« je vais faire comme mon oncle », « il menaçait sa copine de suicide »

preuve d'intention de suicide directe : une lettre écrite le 03 mars 2014 dans laquelle il mentionne

vouloir « s'enlever la vie » et dans laquelle il fait écho à sa mère décédée « je vois ma mère pleurer en rêve » (la lettre a été retrouvée après son décès et brûlée par sa belle mère)

L'analyse du SCID retrouve

- un épisode dépressif majeur
- un trouble anxieux généralisé induit par une substance : le cannabis
- un abus d'alcool, le défunt aurait d'ailleurs consommé 2 bouteilles la semaine précédent son passage à l'acte.
- un abus de substance (cannabis) avec une dépendance physiologique légère

Discussion :

Ce jeune homme présentait plusieurs facteurs de risque de suicide sur le plan individuel :

sexe masculin, célibataire, isolement affectif, antécédents familiaux de suicide, difficultés professionnelles, séparation récente et surtout des troubles mentaux mais n'a jamais bénéficié d'aucune prise en charge médicale.

Il présentait des signaux d'alarme qui n'ont pas été repérés par la famille : dans une lettre écrite plus d'un mois avant le passage à l'acte suicidaire il fait état d'idées suicidaires ainsi que verbalement à plusieurs reprises pourtant à la question :

« La famille était-elle consciente que le défunt avait été suicidaire ? »

Les 2 informateurs répondent non.

Comment expliquer que les proches n'aient pas repérer ces signaux d'alarme ?

La majorité des suicides sont précédés de signes annonciateurs oraux et ou comportementaux, il est important de comprendre ces signaux d'alarme et de savoir les repérer, or nous avons vu dans

l'enquête Santé mentale en population générale (60) que, le principal recours des personnes souffrant d'un trouble mental dont le risque suicidaire fait parti, est l'entourage bien avant le recours aux soins. Il semble donc important de réfléchir à mener des campagnes d'information et de sensibilisation autour du suicide et de ses facteurs de risque afin de sensibiliser les pairs et proches au repérage de ces signaux, à la conduite à tenir et aux différents moyens mis à leur disposition.

2. Cas N° 52

Une jeune femme métisse se suicide le jour de ses 20 ans en avril 2014, elle est retrouvée par son compagnon vers 20h dans la salle de bain pendue avec un paréo.

On ignore s'il y a eu une prise de drogue ou d'alcool.

L'entretien a été mené pour 4 informateurs : la Grand mère maternelle, un oncle et 2 tantes qui estimaient « bien connaître la défunte », 2 ans et 5 mois après le décès.

Mode de vie :

Elle était en couple depuis plus d'un an et avait récemment emménagé chez sa belle famille à Nouméa, elle n'avait pas d'enfant. Elle était catholique.

Elle arrête l'école en 4ème puis en juillet 2013 elle est de nouveau scolarisée : à l'école de la deuxième chance et avait un bon niveau, elle avait des emplois non déclarés depuis 2 ans : ménage, repassage...

Antécédents médicaux :

- épilepsie depuis l'âge de 14 ans sous traitement.

Antécédents psychiatriques :

Familiaux : aucun

Personnels :

- une tentative de suicide lorsqu'elle était au foyer : phlébotomie et a mis le feu à sa chambre, nous n'avons aucune trace de médicalisation à l'époque.

-1 hospitalisation au CHS en unité d'admission libre du 7 au 22 février 2013 suite à TS par IMV (urbanyl 2 plq) + strangulation. Le diagnostic de sortie est un trouble de l'adaptation.

le traitement instauré est du seroplex 10 mg et elle bénéficie d'un suivi au CMP.

- En octobre 2013 elle est évaluée au service d'accueil des urgences par le psychiatre de garde suite à une menace de passage à l'acte auto agressif avec un couteau, empêché par son compagnon, ce sera finalement un passage à l'acte hétéro agressif envers lui : plaie superficielle. Un rendez vous de post crise est donné au CMP, le Psychiatre émet un diagnostic d'état dépressif et introduit 20 mg de Miansérine. Il propose également un suivi psychologique que la jeune femme accepte, elle sera suivie 3 mois régulièrement par la psychologue puis n'ira pas au dernier rendez vous.

- suicide d'une de ses amie en 2013.

- le suicide d'un garçon dans le même quartier et médiatisé à retenu son attention.

Parcours de vie et événements de vie négatifs

On retrouve une histoire de vie traumatique :

Pendant 12 ans et jusqu'à l'âge de 14 ans elle a subi des maltraitances graves intrafamiliales (Grand mère paternelle chez qui elle vivait avec son père), à 14 ans elle a été placée en foyer jusqu'à ses 18 ans. Elle a le Statut de pupille de l'état.

Sa mère part vivre en métropole en 1999, elle est alors âgée de 5 ans.

A ses 18 ans elle part vivre chez sa grand-mère maternelle jusqu'en 2013 où elle emménage chez sa belle famille.

Début 2013, rupture avec son conjoint puis ils se remettent ensemble, la famille rapporte de nombreuses disputes au sein du couple, ils font également état de violences conjugales.

Cette même année, sa demi sœur, son mari et sa fille décèdent dans un accident de voiture.

C'est également lors de cette année qu'elle déménage dans sa belle famille car elle ne s'entend plus avec sa grand mère. (désaccord quant à sa relation de couple)

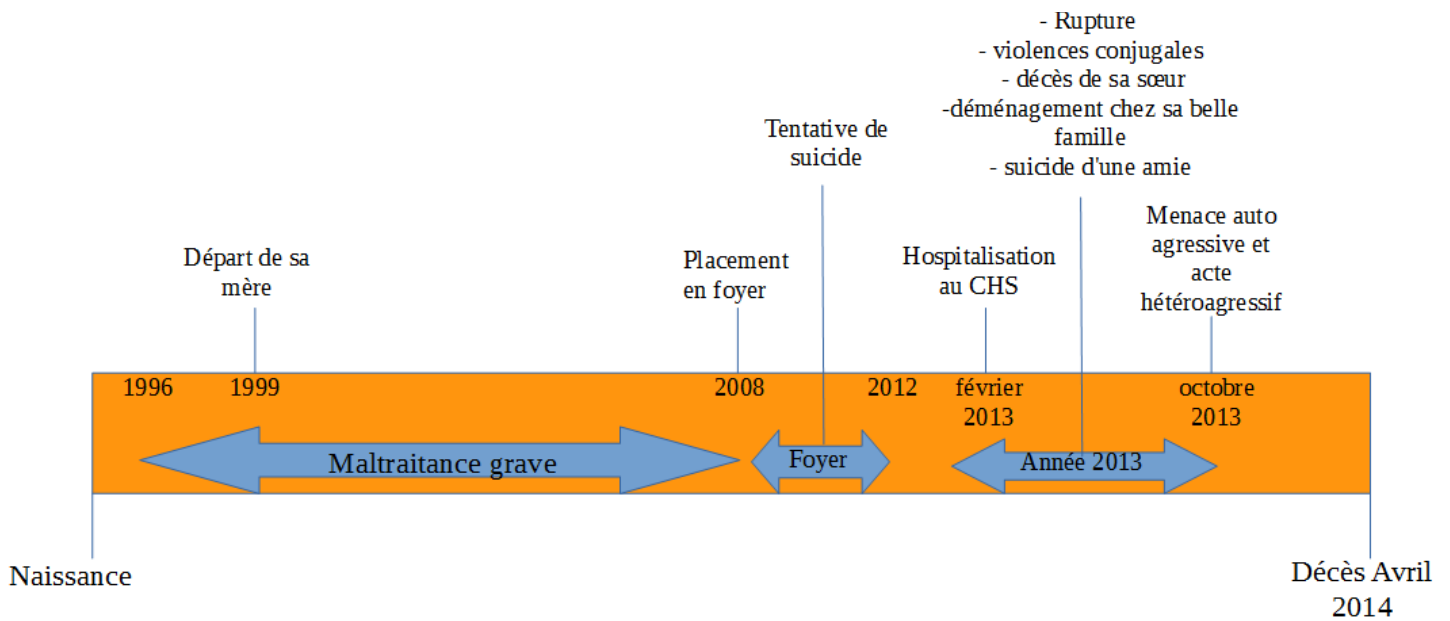


Figure 23 : Schéma sous forme de frise chronologique illustrant les événements de vie négatifs

Preuves ou indices d'intention de suicide : preuve indirecte : a parlé plusieurs fois de la mort à son compagnon les mois précédents et s'est débarrassée de ses effets personnels : a donné une chemise à sa tante et a acheté du linge pour son beau père la veille.

Elle a également laissé une lettre pour sa belle famille les remerciant de la journée passée.

Sa famille rapporte que le jour de son suicide : « il n'y avait pas de dispute, tout allait bien, c'était son anniversaire, la famille lui avait chanté une chanson, elle paraissait heureuse »

A la question :

« La famille était-elle consciente que le défunt avait été suicidaire ? »

La réponse est oui.

A la cotation du SCID, aucun diagnostic n'est retenu.

Discussion :

Ce qui est surprenant dans ce cas est le fait de ne retrouver aucun diagnostic de pathologie mentale passé ou présent, alors que cette jeune fille a été hospitalisée une fois en psychiatrie, avait un suivi au CMP, un traitement et des antécédents de tentative de suicide.

Une explication pourrait être le délai entre le décès et l'entretien avec les 4 informateurs : il est de quasiment 2 ans et demi, on peut donc se poser légitimement la question d'un biais de mémoire.

Une autre explication possible pourrait être un sentiment de honte et la nécessité de cacher une maladie mentale car stigmatisante.

Par ailleurs les 4 informateurs ne vivaient pas avec la jeune femme, celle-ci ayant déménagé chez sa belle famille, on peut s'interroger sur la qualité des informations, il serait peut-être nécessaire d'interroger un informateur supplémentaire afin de compléter les données déjà collectées.

Concernant la trajectoire de vie de cette jeune fille, nous remarquons que les adversités s'accumulaient tout au long de la vie, de plus elle présentait plusieurs facteurs de risque de suicide :

- antécédents de tentatives de suicide
- relation sentimentale conflictuelle
- maltraitance durant l'enfance
- mauvaise adaptation socio familiale
- maladie chronique invalidante
- pathologie psychiatrique, trouble de l'humeur

Facteurs protecteurs :

- Religion

- scolarité en cours avec de bons résultats et des perspectives d'avenir.

3. Cas N° 8

Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans, d'origine Kanak, il s'est donné la mort en février 2014 à l'aide d'une arme à feu, la balle a atteint sa poitrine.

L'entretien a été mené 7 mois après son décès auprès de sa mère qui estimait « extrêmement bien le connaître » .

Mode de vie

Il était célibataire, sans enfant, vivait chez ses parents en zone rurale, a passé son enfance chez ses Grands parents maternels avec qui il garde des contacts.

Il a arrêté sa scolarité au collège et exerce des emplois occasionnels.

Il était de confession protestante et était pratiquant.

On ne retrouve aucun antécédent médical ni psychiatrique.

Son parcours de vie ne retrouve aucun événement de vie négatif.



Figure 24 : Schéma sous forme de frise chronologique illustrant les événements de vie négatifs

Preuves ou indices d'intention de suicide :

On ne retrouve aucune preuve directe ou indirecte d'intentionnalité suicidaire, hormis l'acquisition d'une arme à feu plusieurs années auparavant, sa mère va même jusqu'à dire « il était tout le temps content ».

La famille n'était pas consciente qu'il avait été suicidaire.

Il est relaté une consommation d'alcool précédant le passage à l'acte, malheureusement aucune analyse toxicologique n'a été réalisée.

L'analyse du SCID ne retrouve aucun diagnostic de trouble psychiatrique.

Discussion :

Selon les informations rapportées par la maman, son fils ne présentait aucune difficulté.

Selon le rapport de police, ce jeune homme aurait parlé de suicide à l'un de ses amis. Il n'en a visiblement pas parlé à sa mère qui est la seule informatrice pour ce cas. Peut être sommes nous face à l'une des limites induites par la non disponibilité d'informateurs satisfaisants, nous n'avons qu'un seul informateur, la maman, pour un jeune homme de 29 ans.

Selon Hjelmeland (57) « certaines études (Hawton et al., 1998) ont montré que, par exemple, les amis ont parfois plus d'informations que les parents au sujet de la toxicomanie, des problèmes interpersonnels, et / ou des idées suicidaires » Un biais lié à la source d'information est probable.

Il serait intéressant pour ce cas de rechercher cet ami et de lui proposer un entretien en tant que second informateur afin de corroborer ou compléter nos résultats.

Une autre hypothèse serait un passage à l'acte impulsif, un coup de tonnerre dans un ciel serein, sans élément d'adversité connu et sans accumulation de facteurs de risque sauf une alcoolisation aiguë.

Ce type de trajectoire de vie, même si surprenant a déjà été identifié dans la littérature, (16)

4. Cas N° 42

Il s'agit d'un homme de 39 ans, Européen retrouvé noyé fin février 2015.

Aucune analyse toxicologique n'a été réalisée.

L'entretien a été mené 8 mois après le décès, auprès de sa petite amie, ils étaient en couple depuis 6 mois. Elle estimait connaître « modérément le défunt ».

Mode de vie :

Il était en couple depuis 6 mois, n'avait pas d'enfant et n'avait jamais été marié.

Il n'avait pas d'endroit fixe où vivre et avait logé dans 2 maisons différentes le mois précédent son suicide. Il est né en France et est arrivé en Nouvelle Calédonie en 2010.

Il travaillait en tant que chauffeur livreur depuis 3 ans et n'était pas croyant.

Il ne savait pas nager et avait déjà fait des réactions allergiques à l'eau de mer.

Antécédents médicaux :

- malformation cardiaque innée pour laquelle il avait un traitement
- problème gastrique pour lequel il consulte un gastro-entérologue en janvier 2015
- douleurs chroniques

Antécédents psychiatriques :

Familiaux : inconnus

Personnels : n'a jamais été hospitalisé ni suivi en Nouvelle Calédonie.

Parcours de vie et événements de vie négatifs :

En 2010 peu de temps avant son départ pour la Nouvelle Calédonie, son père décède en métropole.

Le jour de l'enterrement, sa concubine avec qui il vit depuis 7 ans décède renversée par un camion.

Aux dires de sa petite amie actuelle, 8 personnes seraient décédées cette même année dans l'entourage du défunt.

Une semaine avant son suicide, on note un épisode d'alcoolisation aiguë.

A l'échelle de Paykel, on retrouve :

- Des difficultés au travail, « il travaillait beaucoup pour peu » avec un impact coté à 2/5
- Des difficultés financières majeurs depuis janvier 2015 : impact négatif sévère coté à 5/5
- Autres : « une baisse de motivation, de force et une fatigue générale depuis 6 mois je l'ai toujours connu comme cela » nous confie l'informatrice.

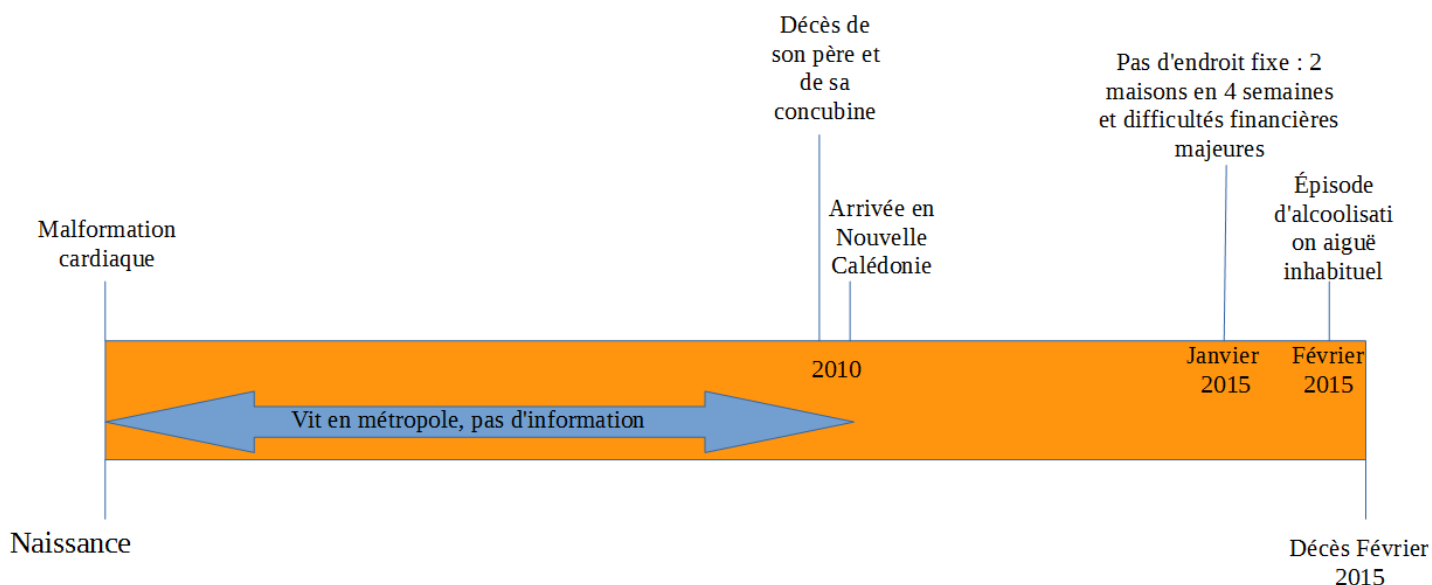


Figure 25 : Schéma sous forme de frise chronologique illustrant les événements de vie négatifs

Preuves ou indices d'intention de suicide :

Preuve directe : il a envoyé un SMS à sa petite amie lui annonçant « quitter cette vie ce soir ».

Indices indirectes : il a déposé chez un ami une casquette et une petite sculpture ainsi qu'un bracelet qu'il voulait voir remis à sa petite amie et à demandé à ce que ses vêtements soient donnés à la croix rouge.

Une semaine avant son passage à l'acte, il disait à sa petite amie ne pas « avoir fait le deuil de son ex concubine »

A la question :

« La famille était-elle consciente que le défunt avait été suicidaire ? »

La réponse est non...

A l'analyse du SCID, nous ne retrouvons aucun trouble psychiatrique actuel, en ce qui concerne les troubles psychiques passés, nous n'avons pas d'information.

Discussion :

Pour ce cas, comme précédemment, la famille n'avait pas conscience que le patient avait été suicidaire, nous pouvons penser que le SMS reçu n'a pas été perçu comme un signal d'alarme.

Un biais d'information est très probable dans la mesure où nous n'avons qu'un informateur qui connaissait le défunt depuis seulement 6 mois. La famille proche est en métropole et n'a pas souhaité participer à notre enquête. Nous n'avons donc aucune information sur d'éventuels troubles psychiques anciens.

Par ailleurs l'informatrice nous signale « une fatigue générale, un manque de motivation et de force depuis qu'elle côtoie le défunt », signes que nous pourrions supposer faire partis d'un tableau dépressif récurrent ou d'un trouble dysthymique qui ne peut être décelé car évoluant depuis plus de 6 mois. Dans ce cas une sous estimation des troubles psychiques est envisageable.

Facteurs de risque lié à l'individu :

- douleurs chroniques
- difficultés financières et professionnelles

- sexe masculin

Facteurs de risque liés aux relations

- perte d'un proche (dont il n'a pas fait le deuil selon ses dires), deuils multiples et rapprochés dont un est brutal.
- isolement social et familial lié à l'expatriation

5. Cas N° 29

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans appartenant à la communauté Kanak, il s'est donné la mort en sautant par la fenêtre du 11^{ème} étage de l'appartement familial en novembre 2014.

Il aurait consommé du cannabis dans les heures précédant le passage à l'acte mais aucune analyse toxicologique n'a été réalisée.

L'entretien a été mené 9 mois après le décès auprès de deux de ses frères qui estimaient « bien le connaître ».

Mode de vie :

Il vivait chez les parents à Nouméa, était célibataire depuis 2 – 3 mois, n'avait pas d'enfant.

Depuis 1 an il avait une formation comme apprenti plombier mais ne pouvait plus travailler à cause de son état mental selon ses frères.

Il était de confession protestante, non pratiquant.

Antécédents médicaux :

- luxation de l'épaule droite en 2013

Antécédents psychiatriques :

- Antécédent de tentative de suicide : « se couchait sur la route pour qu'on lui roule dessus » non médicalisé.

Parcours de vie et événements de vie négatifs :

En 2006, pour sa rentrée au collège, il doit déménager à Nouméa et quitter Lifou (une des îles Loyauté) migration difficile : ses frères diront « il l'a toujours mal vécu ».

Mai-juin 2014 : il entendait des voix.

Juin 2014 : Difficultés majeures au travail et avec son employeur.

Août 2014 : Arrêt d'une relation stable.

L'année 2014 est marquée par des disputes majeures avec la famille à Nouméa et la famille à Lifou.

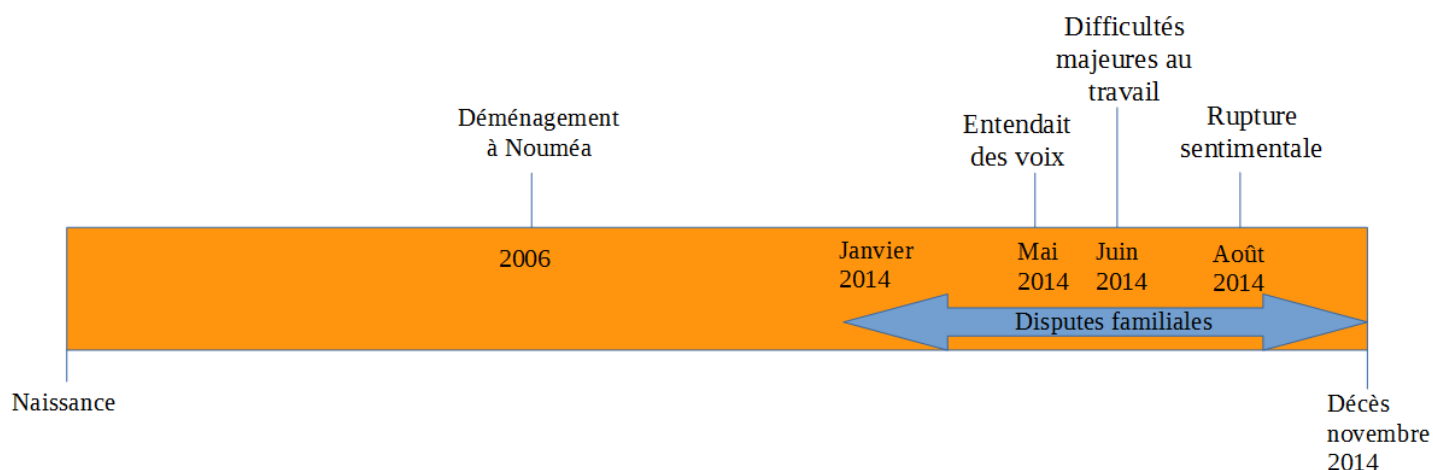


Figure 26 : Schéma sous forme de frise chronologique illustrant les événements de vie négatifs

A la question :

« Est ce que la personne avait eu des comportements ou fait tout autre déclaration dont vous pensez qu'ils auraient pu indiquer un état suicidaire ? »

Réponse : « non, il pouvait être capable mais n'allait pas penser à le faire. »

Et à la question :

« La famille était-elle consciente que le défunt avait été suicidaire ? »

La réponse est non...

Preuve ou indice d'intention de suicide :

Pas de preuve directe ni indirecte

Il avait récemment fait état de désespoir selon ses frères.

La cotation du SCID retrouve

- un épisode dépressif majeure actuel
- un trouble lié à l'utilisation d'alcool : abus
- un trouble lié à l'utilisation de substance : cannabis

Discussion :

Ce cas illustre comme précédemment les difficultés pour la famille à percevoir et comprendre le signal d'alarme qui est connu mais non interprété.

Ses frères mentionnent l'apparition de « voix » en mai juin 2014, pourtant en examinant le SCID, nous ne retrouvons pas d'épisode psychotique, la question étiologique de ces hallucinations acoustico-verbales chez un jeune homme consommateur de cannabis interroge mais reste sans réponse.

La trajectoire de vie nous indique qu'il y a une accumulation tardive d'éléments d'adversité se concentrant sur la dernière année de vie.

Nous constatons que ce jeune présentait un état dépressif et un trouble lié à l'utilisation de substances pourtant il n'était pas connu du service de psychiatrie.

6. Cas N° 11

Il s'agit d'un homme de 37 ans appartenant à la communauté kanak, décédé en avril 2014, il a utilisé un fusil de chasse pour se tirer une balle dans le haut de la poitrine, sa sœur a entendu le coup de feu et l'a retrouvé sur le pas de sa porte, il décède 1h30 plus tard.

L'entretien a été mené auprès de 16 personnes de la famille élargie du défunt qui estimaient « bien connaître » ce dernier. L'entretien a été réalisé en 1 fois, 1 an et 1 mois après le décès.

Mode de vie :

Il était célibataire, sans enfant et vivait sur le terrain familial dans sa propre maison en zone rurale. Il avait une relation amoureuse depuis 1 an. Il était catholique non pratiquant, était au chômage mais a travaillé pendant 1 an et demi dans une entreprise du bâtiment. Il avait stoppé sa scolarité après un BEP.

Antécédents médicaux : Aucun

Antécédents psychiatriques personnels :

- En 2006, dans un contexte de reprise de consommation de cannabis, il se tire une balle dans le pied pour « partir de la tribu », s'en suit une hospitalisation de deux mois dans un service général, pendant laquelle il sera vu et suivi par la psychiatrie de liaison. Puis il sera orienté sur l'Antenne Médico-Psychologique.
- En 2007, il met le feu à sa case. Tentative de suicide ?
- En 2008, le diagnostic de Schizophrénie Paranoïde est posé, ce patient n'a jamais été hospitalisé dans le service de psychiatrie.
- Une tentative de suicide en 2013 non médicalisée.

Il sera suivi en ambulatoire jusqu'en 2013 où il stoppe ses traitements et son suivi

Antécédents psychiatriques familiaux :

- Une grand-mère paternelle et un frère Schizophrènes

Parcours de vie et événements de vie négatifs :

En 1999 : décès de son père et de 2 oncles paternels en janvier, avril et décembre.

En 2006 : hospitalisation : se tire une balle dans le pied.

2007 : Incendie sa case

2008 : Diagnostic de Schizophrénie paranoïde

2012 : Décès de sa mère, et début d'une relation amoureuse avec une fille que la famille qualifie de « mauvaise, elle le faisait fumer et boire ».

En 2013 : Leur relation est en dent de scie, elle le quitte puis il se retrouvent quelques mois plus tard. Les informateurs rapportent une poursuite des conduites d'alcoolisation, une majoration de ses consommation de cannabis et un arrêt des traitements psychotropes.

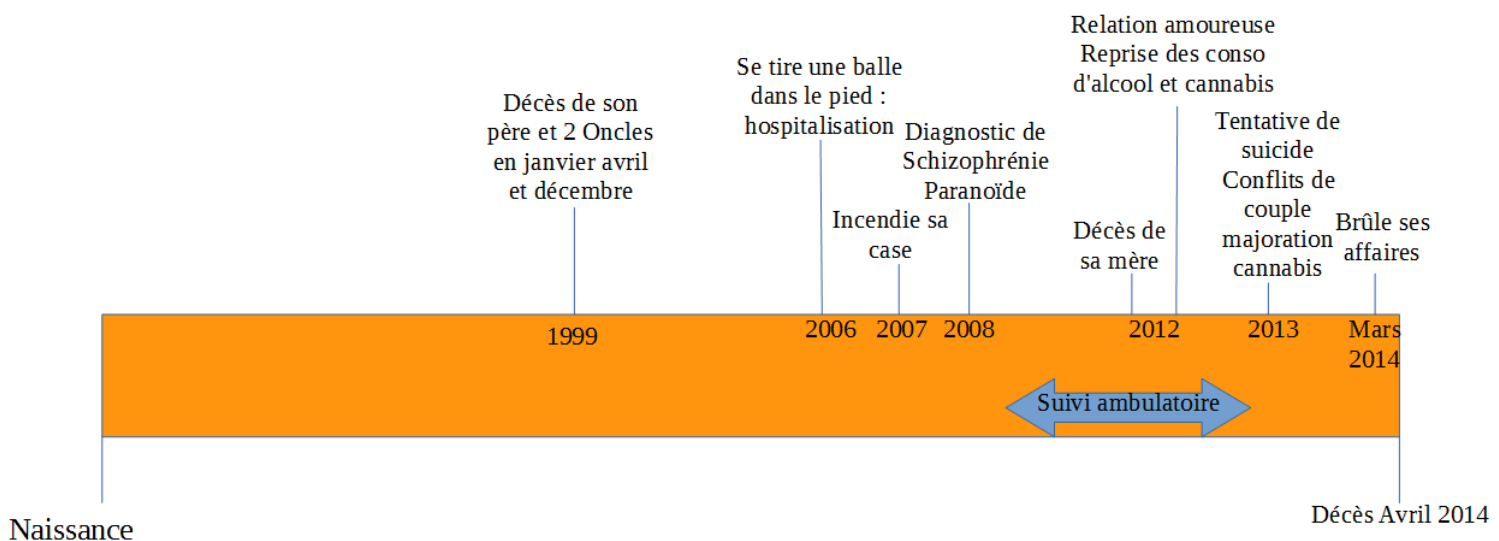


Figure 27 : Schéma sous forme de frise chronologique illustrant les événements de vie négatifs

Notion de dispute avec son frère peu de temps avant le geste suicidaire.

La famille relate également une consommation d'alcool dans la journée. Aucune analyse toxicologique n'a été réalisée

Preuve ou indice d'intention de suicide : oui

Indirecte : il brûle ses affaires 1 mois avant son passage à l'acte.

Il avait également fait acquisition d'une arme 2 ou 3 ans auparavant, mais il était chasseur.

Directe : verbales : avant son décès, disait à sa sœur « laissez moi mourir » « je vais rejoindre papa et maman ».

Comme le cas précédent, à la question : « *La famille était-elle consciente que le défunt avait été suicidaire ?* »

La réponse est non, pour 16 personnes.

L'analyse du SCID met en avant un trouble psychotique ce qui concorde avec le dossier médical.

Facteurs de risque liés à l'individu :

- sexe masculin
- célibataire
- chômage
- trouble mental
- antécédents de tentatives de suicide

Facteur de risque lié à la maladie mentale :

- Schizophrénie paranoïde : risque de suicide plus important que dans les formes déficitaires (67)
- Rupture de traitements depuis 1 an

Discussion :

Nous savons que le risque de suicide pour un patient Schizophrène est 20 fois celui de la population générale. Selon la littérature les conduites suicidaires sont plus fréquentes chez les sujets jeunes dans les phases précoces de la maladie, la première année suivant le diagnostic, lors d'épisodes aigus et d'hospitalisations répétées (67)

Pourtant dans ce cas, le diagnostic était établi depuis 6 ans et cet homme n'avait jamais été hospitalisé. L'hypothèse d'un passage à l'acte impulsif lié à un épisode psychotique aigu est discutable devant la préparation du geste : le défunt avait brûlé ses affaires 1 mois auparavant. De plus 1h30 s'est écoulée entre le geste suicidaire et le décès, heure pendant laquelle il n'a pas fait état d'hallucination mais plutôt de désespoir : « laissez moi mourir » « je vais rejoindre papa et maman ».

Ce patient était en rupture de traitement et de suivi depuis 1 an, et a tenté de se suicider début 2013, seulement cette tentative n'a pas été médicalisée, pourtant la famille connaissait l'existence d'un trouble psychique et n'était pas consciente que le défunt avait été suicidaire. Là encore nous ne pouvons que constater l'ignorance et la non compréhension des proches face à des signes de souffrance.

Il est également étonnant de ne pas retrouver au SCID de trouble liée à l'utilisation d'alcool ou de substances chez ce patient dont la famille relate une majoration de consommations depuis 1 an.

Comme cet entretien a été mené en présence de toute la famille (16 personnes) nous pouvons imaginer que certaines personnes aient pu être au courant de ses consommations mais aient préféré taire ces informations pour différentes raisons (sentiment de culpabilité, peur de reproches éventuels...). Une sous déclaration des troubles psychiques est probable.

Pour ce cas, la famille nous a fait un retour après l'entretien, un des frères du défunt nous a confié : « j'ai compris que c'était pour le pays », « l'entretien était un peu difficile, les souvenirs qui reviennent, il y a eu des pleurs mais c'est normal » « soulagés, c'est ce que m'ont dit mes frères et sœurs, c'est dur de se rappeler de son geste mais finalement on se sent mieux ».

A travers ses mots, nous pouvons mesurer toute la dimension de postvention que peut avoir un tel entretien.

IV. Discussion

A travers ces différents cas, il est aisé de repérer des trajectoires de vie très différentes.

Encrenaz (16) dans son étude sur les cas de suicide dans la police Française s'est appuyée sur les travaux de Monique Séguin (68) pour analyser différentes trajectoires de vie.

Elle en compte 4 :

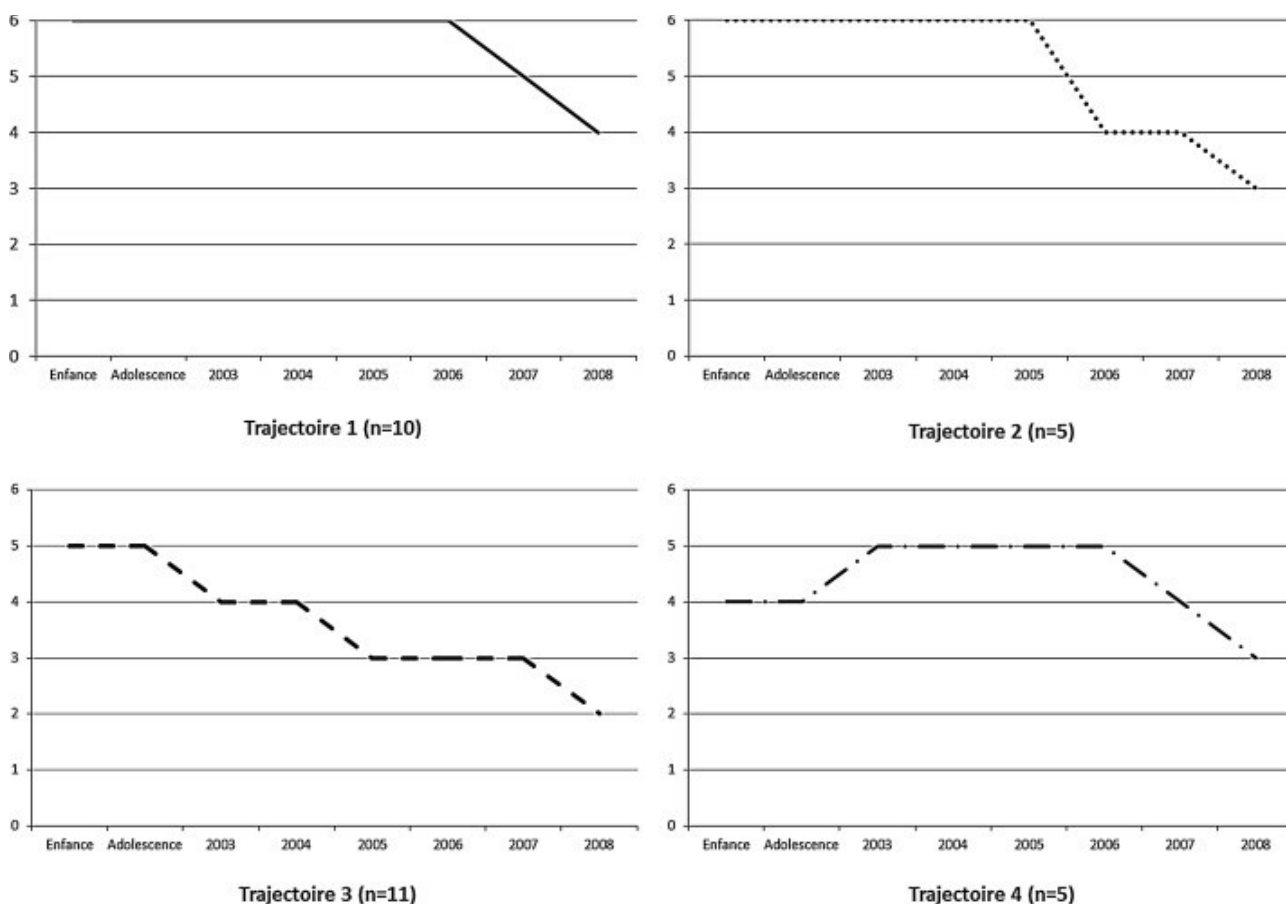


Figure 28 : Typologie des trajectoires de vie des policiers décédés par suicide en 2008 ($n = 31$), à partir des représentations graphiques des scores d'adversité (6 : aucune adversité ; 1 : adversités dans toutes les sphères de vie) en fonction du temps. Figure issue de *Suicides dans la police nationale Française* (16)

« La trajectoire n°1 renvoie à des cas de suicide où il y a une quasi absence d'accumulation de facteurs de risques et d'éléments d'adversité connus. Le décès survient rapidement ». (16)

Les cas 8 et 29 ont un parcours de vie similaire.

« La trajectoire n°2 concerne des cas pour lesquels la vie n'a pas présenté de difficultés au cours de l'enfance, ni de l'adolescence. Les adversités s'accumulaient au cours de la vie adulte, pendant quelques années. » (16)

Les cas 11 et 42 semblent se superposer à ces trajectoires, avec l'apparition de difficultés plutôt à l'âge adulte, dans les années précédant le passage à l'acte suicidaire.

« Pour la troisième trajectoire, les adversités s'accumulaient tout au long de la vie » (16) comme pour les cas 13 et 52 avec l'apparition de difficultés dès l'enfance et tout au long de la vie.

« La quatrième trajectoire regroupait des individus pour qui la vie avait été difficile dès le départ, mais dont le contexte s'était amélioré au début de l'âge adulte puis apparition de nouvelles adversités » (16). Aucun des cas présenté ne se situe dans cette trajectoire de vie.

Nous pensons qu'il serait pertinent d'effectuer une analyse des trajectoires de vie sur le modèle de Monique Séguin pour les cas de suicide en Nouvelle Calédonie afin de compléter nos résultats sur le plan qualitatif et ainsi pouvoir comparer nos données à la littérature.

Pour tous ces cas cliniques, nous pouvons ajouter des facteurs de risque de suicide potentialisants liés au fait de vivre en Nouvelle Calédonie :

Selon la classification de l'OMS (1), les facteurs de risque liés à la communauté comme le stress en lien avec l'acculturation qu'elle soit spontanée ou forcée, ou ceux liés à la société comme l'accès au moyen ou la stigmatisation associée à la demande d'aide sont des facteurs de risque additionnels pour les Néo Calédoniens. Le fait de vivre en Nouvelle Calédonie serait-il un facteur de risque supplémentaire ?

Une approche plus qualitative sur les événements de vie et les facteurs de risques ainsi que leurs interactions pourrait également être intéressante.

A travers ces quelques cas cliniques, nous faisons le constat frappant des difficultés que peuvent rencontrer les proches à percevoir et interpréter les signes d'un comportement suicidaire. Nous constatons également la problématique à recourir aux soins pour des personnes présentant des signes de souffrance psychique.

PARTIE IV : DISCUSSION

I. Commentaires sur les premiers résultats

Avec une période d'inclusion de 2 ans, notre échantillon est de 75 cas de suicide, les taux standardisés sur l'âge sont de 12,47 et 15,45 pour 100 000 sur 2014 et 2015, 77 % des suicides ont lieu dans la tranche d'âge 15 – 44 ans, les deux méthodes principales sont la pendaison et les armes à feu ce qui correspond aux données de la DASS : une moyenne de 30 suicides par an avec un taux standardisé de 13,6 pour 100000, 65,5 % des suicides dans la tranche 15 – 44 ans et les mêmes méthodes principales.

Notre échantillon n'est pas représentatif en terme de sexe sur la période étudiée, on constate une proportion plus importante de suicides féminins 34,6 % des cas soit un sexe ratio homme/femme de 1,88. Il serait intéressant de poursuivre l'observation et l'enregistrement des cas de suicide en créant un registre permanent du suicide afin d'évaluer si ces constatations se maintiennent dans le temps et sont le reflet de nouvelles tendances de la mortalité par suicide.

Des taux de suicide relativement hauts ont déjà été reportés dans certaines minorités ethniques, certaines études au Canada et en Australie rapportent que les taux de suicides sont plus élevés chez les populations autochtones du fait des difficultés avec l'industrialisation et d'une confusion culturelle. Le statut social désavantageux généralisé des peuples autochtones a déjà été proposé comme un facteur prédisposant au suicide selon Liu (69).

Nos premiers résultats montrent que la population Kanak est particulièrement touchée par le suicide (57 % des cas contre 39% de Kanak dans la population générale), ceci pourrait s'expliquer par la fréquence des parcours de vie difficiles, l'adoption coutumière étant souvent pratiquée et parfois génératrice de carences affectives. A cela s'ajoute la perte rapide des repères culturels de part

la mondialisation et la cohabitation de différentes cultures notamment la culture occidentale qui standardise les échanges dans la vie du pays. Le tout se déroulant sur un territoire en questionnement pour son indépendance dans un contexte social et politique fragile. La population Kanak est également plus défavorisée sur le plan social, or nous savons que le fait d'être défavorisé est un facteur de risque de suicide. La surreprésentation de la population Kanak dans notre échantillon nous amène au questionnement suivant : est ce le fait d'être Kanak ou le fait d'être défavorisé socialement qui est un facteur de risque du suicide ?

Les jeunes Kanak sont les plus touchés, plus de 50 % des suicidés étaient âgés de moins de 25 ans.

La construction identitaire n'est pas chose aisée pour ces adultes en devenir ; tiraillés entre la culture clanique, systémique transmise par leurs aïeux faite d'us et coutumes ancrés dans le quotidien d'une part, et la culture occidentale où l'individualisme et la matérialisme sont omniprésents d'autre part. Nous savons combien l'adolescence est une période de vulnérabilité, trouver sa place dans un pays où différentes cultures s'entremêlent peut être une épreuve, et parfois aboutir à de véritables crises identitaires pour ces jeunes en mal de repères. Ajoutons à ces difficultés une consommation de cannabis pour 1 jeune sur 2. (70)

La méthode principalement utilisée est la pendaison, ce qui est comparable aux autres pays du Pacifique, comme l'Australie, la Nouvelle Zélande et les autres îles du Pacifique, en revanche la part de l'utilisation des armes à feu est très supérieure aux autres pays du Pacifique, on dépasse les 30 % alors que l'accès aux moyens est une variable sur laquelle nous pouvons agir, durcir la réglementation sur l'acquisition d'une arme à feu et mettre en place des campagnes d'information visant à sensibiliser les acquéreurs sur l'importance d'entreposer leur arme dans un endroit sécurisé et non facilement accessible pourraient faire diminuer le recours à cette méthode particulièrement létale.

Les 3/4 des suicides surviennent en Province sud, là où pourtant l'offre de soins en psychiatrie est la plus développée.

Les premiers résultats montrent qu'un tiers des suicidés étaient connus de la psychiatrie, parmi eux près de 15% souffraient d'un trouble psychotique.

Ces chiffres sont beaucoup plus importants que ceux présentés dans la littérature, de 3% et 6% rapportés dans les précédentes études d'autopsie psychologique des suicides de tout âge (22,23).

Et sont globalement supérieurs aux chiffres retrouvés dans notre revue de la littérature (16,20,21,32,33,37,39,40,42,43,45,47). Seules deux études retrouvent des taux équivalents ou supérieur : 19 % dans l'étude d'Appleby 15 % pour Kurihara sur un échantillon de taille similaire au nôtre. (26,44)

Le premier recours en cas de maladie est l'entourage familial ou tribal pour 80 % des personnes souffrant d'un trouble de l'axe I comme il ressort dans l'étude OMS-Santé Mentale en Population Générale Images et Réalités (SMPG) (60).

Il n'est pas rare d'accueillir aux urgences ou au CHS des patients souffrant depuis plusieurs années de symptômes psychotiques arrivant dans des états d'incurie et d'apragmatisme très avancés. Souvent la famille a tenté des traitements traditionnels : médicaments, guérisseurs... et le choix d'une hospitalisation s'impose comme dernier recours pour les proches ayant épuisé leurs ressources. Les conclusions de l'enquête SMPG (60) font état de la présence dans la population générale de représentations universelles déshumanisantes, déresponsabilisantes et de danger, jouant un rôle négatif dans l'accès aux soins, rappelons que le CHS Albert Bousquet remplace l'hôpital du Marais (Hôpital général du bagne) et se situe sur l'ancien site du bagne en dehors de la ville sur L'île NOU. « L'isolement géographique et social de l'île de l'oubli favorise le renfermement de l'institution sur elle même » (71) elle ne sera reliée à la Grande Terre qu'en 1972 et rebaptisée Nouville.

Les cas présentés illustrent les difficultés à recourir aux soins pour ces patients et leur famille car ignorant les signaux d'alarme, leur signification et leur gravité. Il semble donc indispensable d'informer et de sensibiliser la population aux difficultés de santé mentale et au suicide : ses facteurs de risque, les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte au travers de communications dans la presse, de conférences, de formations afin de déstigmatiser la maladie mentale car lorsque l'accès au soin est balisé, il reste l'acceptabilité de la consultation et son cortège de représentations. Notre principal ennemi est le silence.

Au Québec des programmes de formation de sentinelles se mettent en place, « bien que les impacts de cette mesure sur l'incidence des comportements suicidaires n'ont pu être établis, elle semble offrir un potentiel préventif intéressant ». (72) Il pourrait être intéressant de développer de tels programmes en Nouvelle Calédonie particulièrement dans les tribus vivant dans des zones géographiques éloignées.

Cependant les moyens doivent être mis à disposition en matière d'intervention une fois la personne à risque repérée, une solution pourrait être de développer la psychiatrie ambulatoire en créant des équipes mobiles d'intervention d'urgence par exemple. Le fait que 85% des décès par suicide se produisent au domicile personnel, familial ou à proximité alimente aussi largement cet argument.

Pour ce qui est de la consommation d'alcool précédant le passage à l'acte, 22 cas ont été recensés, malheureusement peu de rapports toxicologiques ont été effectués, pour la plupart des cas, la confirmation était donnée par les résultats de l'enquête de police, nous pensons que ces résultats sont sous estimés.

Le point fort de notre étude est qu'elle est réalisée pour les cas de suicide survenus en population générale sur tout le territoire Calédonien, c'est donc une des premières étude d'autopsie psychologique systématisée sur un territoire français, un autre avantage est que compte tenu de la

petite superficie, nous avons un secteur unique de psychiatrie public, la majorité des patients nécessitant une hospitalisation sont orientés vers un seul et même service au CHS, nos données concernant les antécédents de troubles psychiques sont centralisées et facilement accessibles.

Cette étude va nous permettre d'éclaircir les comportements suicidaires fatals, d'en définir les facteurs de risque inhérents à notre site d'étude car s'intégrant dans une dimension interdépendante de la culture et ainsi nous permettre de développer des stratégies de prévention ciblées et appropriées.

II. Limites

La principale limite de ce travail est l'absence de résultats définitif car l'étude START est encore en cours, nous sommes encore dans la phase de de recueil de données, quelques cas ont été présentés afin d'illustrer la méthode d'autopsie psychologique.

Notre échantillon est petit : 75 cas ce qui peut aboutir à un manque de puissance, mais comme le souligne Isométa : « avoir moins d'interviewers et de diagnosticiens réduit la variance d'erreurs méthodologiques et les résultats sont d'une plus grande fiabilité » (19)

La principale limite de notre étude a été la difficulté à recruter des témoins de par des contraintes temporelles et pratiques, nous n'avons donc pas obtenu d'informations pour les cas contrôles et seront dans l'incapacité de mettre en contraste les caractéristiques des suicidés par rapport à la population générale.

Il y a des limites communes à cette méthode auxquelles nous avons été confrontés et qui sont susceptibles de biaiser les résultats comme la reconnaissance des décès par suicide, il est probable que le nombre de suicide soit sous estimé : certaines familles peuvent dissimuler un suicide pour diverses raisons (croyances religieuses, sentiment de culpabilité ou de honte).

Une surestimation des symptômes peut également se produire parce que les informateurs peuvent croire que quelqu'un doit être mentalement malade pour se suicider, comme une tentative de construire le sens de la mort. Enfin, l'état mental de l'informateur n'a pas été officiellement évalué, et il pourrait aussi jouer un rôle dans leurs réponses.

A ce jour, sur les 60 familles contactées, 8 refusent de participer à l'enquête, un cas était incarcéré lors de son suicide et pour 2 cas nous attendons la réponse.

Nous comptons 9 refus définitifs soit 85 % de participation sur les 60 familles contactées.

Concernant les 15 cas restant, pour 1 cas nous n'avons pas de coordonnées car il vivait dans un habitat précaire et était socialement isolé, pour 2 cas nous attendons l'accord du procureur, s'agissant de gendarmes, pour 1 cas les coordonnées téléphoniques ne sont plus d'actualité et 11 cas n'ont pas encore été contactés.

Bien que certains signes ou symptômes psychiatriques puissent avoir une signification et une interprétation parfois différente de la psychiatrie occidentale, nous n'avons pas rencontré de difficulté pour le recueil des signes de psychopathologie, les questions du SCID étaient assez bien comprises et les symptômes facilement repérés même si pour certains cas ils étaient attribués aux croyances locales. Ces constatations sont superposables à celles de Chachamovich lors de son étude menée chez les Inuits du Nunavut. (49)

Le Contact avec les familles

Une des principales difficultés que nous avons rencontrée était d'établir le premier contact avec les familles car en Nouvelle Calédonie il arrive fréquemment que les personnes changent de coordonnées téléphoniques, les coordonnées recueillies par la police ou la gendarmerie lors du décès ne sont souvent plus les mêmes 3 mois plus tard.

Le fait que notre enquêtrice soit d'origine Kanak a pu nous aider à contourner cette difficulté car la Nouvelle Calédonie étant un petit territoire, les relations humaines sont facilitées et en étant originaire de ce pays, chaque personne possède un réseau familial et tribal élargi.

Cette part d'appartenance lui a permis de réussir à contacter des familles.

Pour 1 cas, la famille ne considérait pas qu'il s'agissait d'un suicide mais plutôt d'un accident, les proches ont donc été surpris de notre appel pour la participation à l'enquête mais ont accepté de répondre au questionnaire.

Afin de limiter les pertes de vue et l'intrusion que peut représenter un appel téléphonique, nous avons également fait appel aux médias : presse écrite, radio et télévision afin de communiquer sur l'enquête START, d'en expliquer les objectifs.

Un autre point faible de notre étude est le délai entre l'entretien et le décès, car dans la culture kanak la période de deuil est d'un an, de ce fait certains entretiens n'ont pas pu être réalisés avant 1 an. Comme l'illustre un des cas cliniques certains ont même été réalisés très tardivement, jusque 2 ans après le passage à l'acte suicidaire. Or nous savons que le biais de mémoire est une des faiblesses de la méthode d'autopsie psychologique, ce sera une des limites de notre étude.

III. Perspectives

L'équipe du Dr Nguyen au Mans mène également une étude d'Autopsie psychologique sur le département de la Sarthe. Il serait intéressant de comparer nos résultats, les difficultés méthodologiques rencontrées une fois notre enquête terminée.

Avec ces résultats préliminaires, nous pouvons d'ores et déjà constater que 30 % des personnes ayant mis fin à leurs jours avaient eu recours au soins psychiatriques publics.

Les cas cliniques présentés illustrent les difficultés à reconnaître les signes d'une maladie mentale et ceux annonciateurs d'un passage à l'acte suicidaire.

L'OMS préconise l'organisation de programmes de prévention ciblés dans chaque pays, à ce jour la Nouvelle Calédonie n'a pas de programme de prévention spécifique pour le suicide.

L'OMS définit trois niveaux de prévention pour limiter les facteurs de risques du suicide (1) :

1) Les stratégies de prévention universelles sont conçues pour toucher l'ensemble d'une population.

- mettre en place des campagnes d'information sur le suicide afin de sensibiliser la population à ce sujet encore tabou et infiltré de fausses croyances.
- promouvoir et déstigmatiser la santé mentale.
- former les enseignants, les infirmières scolaires, les assistantes sociales à repérer les signes d'une souffrance et à orienter vers les soins.
- limiter l'accès aux moyens, particulièrement pour les armes à feu.

2) Les stratégies de prévention sélectives ciblent les groupes vulnérables au sein d'une population.

- mettre en place un programme pour la formation de sentinelles dans les zones géographiques isolées.
- développer les services téléphoniques d'urgence

3) Les stratégies de prévention indiquées se concentrent sur des personnes vulnérables spécifiques au sein de la population.

- développer des équipes mobiles d'urgence intervenant à domicile en cas de crise ou en post hospitalisation.
- établir un système de « veille » pour les personnes à risque et ayant déjà fait une tentative de suicide.
- réduire le délais de consultation au CMP
- proposer des services d'aide pour les personnes ayant perdu un proche par suicide.
- faciliter l'accès aux soins en développant la psychiatrie ambulatoire

Un programme d'évaluation :

Mettre en place un registre ou observatoire du suicide permanent afin d'étudier les comportements suicidaires fatals et non fatals dans le but d'une part d'évaluer les mesures de prévention déjà mises en place et d'autre part d'analyser plus précisément les tendances suicidaires afin d'adapter les mesures préventives.

CONCLUSION

Bien que de nombreuses études aient été menées à travers le monde, les phénomènes suicidaires restent difficiles à comprendre car complexes et s'intégrant dans une dimension multifactorielle et interdépendante de la culture. L'autopsie psychologique est une méthode développée depuis les années 50 visant à reconstruire un « portrait » de la personne décédée. Les premiers résultats suggèrent que la méthode d'autopsie psychologique est appropriée, valable et peut être utilisée efficacement en Nouvelle Calédonie pour l'étude des comportements suicidaires fatals. De plus la quasi totalité des informateurs interrogés nous ont confié avoir retiré des bénéfices de ces entretiens ce qui lui confère également une dimension de postvention.

Malgré les faiblesses de notre méthodologie, nous pensons que cette méthode présente un intérêt significatif pour déterminer la part des troubles psychiques dans les causes du suicide en Nouvelle-Calédonie. Nous bénéficierons d'une base de données territoriale accumulant des informations sur les voies menant au suicide et nous offrant l'opportunité de mieux connaître et comprendre les caractéristiques des victimes que leurs histoires de vie révèlent.

Sur les 75 cas de suicide répertoriés en 2014-2015, les suicides ont lieu principalement au domicile, chez des sujets jeunes, la méthode utilisée est l'arme à feu dans plus de 30 % des cas et la population Kanak est la plus touchée.

Les cas présentés illustrent les difficultés auxquelles sont confrontées à la fois les familles, tant dans la reconnaissance que dans la compréhension des signaux d'alarme précédant un passage à l'acte suicidaire, et à la fois les patients dans la problématique du recours aux soins.

Les résultats finaux pourront nous éclairer sur la participation des troubles psychiatriques chez les victimes du suicide en Nouvelle Calédonie, sur l'ampleur des personnes échappant au système de soin et ainsi nous permettre de réfléchir à une politique sanitaire et de prévention ciblée sur les besoins.

1. World Health Organization. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève: World Health Organization; 2014.
2. Tribolet S, Shahidi M. *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. Paris: Éd. Heures de France; 2005.
3. Durkheim É. *Le Suicide*. Presses Électroniques de France; 2013. 355 p.
4. GHO | By category | Suicide rates - Data by country [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>
5. DASS -- Situation sanitaire 2012 [Internet]. Disponible sur: http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/observatoire_sante/situation_sanitaire/Ledernierrapportannuel/Situationsanitaire2012
6. Shneidman ES. The psychological autopsy. *Am Psychol*. 1994;49(1):75-6.
7. Farberow NL, Shneidman ES. The cry for help. 1961; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1963-05441-000>
8. Sepia R, Batt A, Bellivier F, Debout M, Delatte B, Facy F, et al. Autopsie psychologique: mise en oeuvre et démarches associées. 2008; Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1446>
9. Batt A, Bellivier F, Delatte B, Spreux-Varoquaux O, Cremniter D, Dubreu V, et al. Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005; Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1316>
10. Vaiva G. Les suicidants et leur entourage familial. *Perspect Psy*. 47(4):330-4.
11. Dyregrov KM, Dieserud G, Hjelmeland HM, Straiton M, Rasmussen ML, Knizek BL, et al. Meaning-Making Through Psychological Autopsy Interviews: The Value of Participating in Qualitative Research for Those Bereaved by Suicide. *Death Stud*. sept 2011;35(8):685-710.
12. Hawton K, Houston K, Malmbergand A, Simkin S. Psychological Autopsy Interviews in Suicide Research: The Reactions of Informants. *Arch Suicide Res*. janv 2003;7(1):73-82.
13. Shneidman ES. *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford University Press; 2004. 177 p.
14. Henry M, Greenfield BJ. Therapeutic effects of psychological autopsies. *Crisis*. 2009;30(1):20-4.
15. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB, others. Structured clinical interview for Axis I DSM-IV disorders. *N Y Biom Res*. 1994;
16. Encrenaz G, Miras A, Contrand B, Séguin M, Moulki M, Queinec R, et al. [Suicide among the French National Police forces: Implication of life events and life trajectories]. *L'Encephale*. 6 oct 2015;
17. Mann AH, Jenkins R, Cutting JC, Cowen PJ. The development and use of a standardized assessment of abnormal personality. *Psychol Med*. 1981;11(4):839-847.
18. Barraclough BM, Pallis DJ. Depression followed by suicide: a comparison of depressed

suicides with living depressives. *Psychol Med.* 1975;5(1):55–61.

19. Isometsä ET. Psychological autopsy studies--a review. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* nov 2001;16(7):379-85.
20. Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH, Murphy GE. The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry.* févr 1959;115(8):724-33.
21. Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the seattle area. *Compr Psychiatry.* déc 1960;1(6):349-59.
22. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A Hundred Cases of Suicide: Clinical Aspects. *Br J Psychiatry.* 1 oct 1974;125(4):355-73.
23. Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case- control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry.* 1 août 1999;175(2):175-9.
24. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C. A Case-Control Study of Young Men. 1994; Disponible sur:
<http://search.proquest.com/openview/3b027719a5e5e07a6940600a463ecb3e/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=40661>
25. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry.* août 1996;153(8):1001-8.
26. Appleby L, Cooper J, Amos T, Faragher B. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br J Psychiatry.* 1 août 1999;175(2):168-74.
27. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry.* 1997;170(5):447–452.
28. Rich CL, Young D, Fowler RC. San Diego suicide study: I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry.* 1986;43(6):577–582.
29. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* avr 2003;33(3):395-405.
30. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry.* 2003;183(5):382–383.
31. Cheng AT, Chen TH, Chen C, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide Case—control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry.* 2000;177(4):360–365.
32. Chiu HFK, Yip PSF, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, et al. Elderly suicide in Hong Kong—a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(4):299–305.
33. Gangat AE, Naidoo LR, Wessels WH. Suicide in South African Indians. *South Afr Med JournalSuid-Afr Med Tydskrift.* 1987;71(3):169–170.

34. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;99(6):407–411.
35. Apter A, Bleich A, King RA, Kron S, Fluch A, Kotler M, et al. Death without warning?: a clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(2):138–142.
36. Milner A, Sveticic J, De Leo D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *Int J Soc Psychiatry.* 1 sept 2013;59(6):545-54.
37. Rao AV, Mahendran N, Gopalakrishnan C, Reddy TK, Prabhakar ER, Swaminathan R, et al. One hundred female burns cases: A study in suicidology. *Indian J Psychiatry.* 1989;31(1):43.
38. Kizza D, Knizek BL, Kinyanda E, Hjelmeland H. Men in despair: A qualitative psychological autopsy study of suicide in Northern Uganda. *Transcult Psychiatry.* 1 nov 2012;49(5):696-717.
39. Yang G-H, Phillips MR, Zhou M-G, Wang L-J, Zhang Y-P, Xu D. Understanding the unique characteristics of suicide in China: national psychological autopsy study. *Biomed Environ Sci BES.* déc 2005;18(6):379-89.
40. Zhang J, Xiao S, Zhou L. Mental Disorders and Suicide Among Young Rural Chinese: A Case-Control Psychological Autopsy Study. *Am J Psychiatry.* juill 2010;167(7):773-81.
41. Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, Inagaki A, Eguchi N, Tsuchiya M, et al. Mental disorders and suicide in Japan: A nation-wide psychological autopsy case-control study. *J Affect Disord.* oct 2012;140(2):168-75.
42. Phillips MR. Rethinking the Role of Mental Illness in Suicide. *Am J Psychiatry.* juill 2010;167(7):731-3.
43. Arató M, Demeter E, Rihmer Z, Somogyi E. Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatr Scand.* 1988;77(4):454–456.
44. Kurihara T, Kato M, Reverger R, Tirta IG. Risk factors for suicide in Bali: a psychological autopsy study. *BMC Public Health.* 2009;9(1):327.
45. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15–24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord.* 2001;63(1):159–170.
46. Almasi K, Belso N, Kapur N, Webb R, Cooper J, Hadley S, et al. Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry.* 2009;9(1):45.
47. Abeyasinghe R, Gunnell D. Psychological autopsy study of suicide in three rural and semi-rural districts of Sri Lanka. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* avr 2008;43(4):280-5.
48. Beskow J, Runeson B, Asgård U. Psychological autopsies: methods and ethics. *Suicide Life Threat Behav.* 1990;20(4):307-23.
49. Chachamovich E, Haggarty J, Cargo M, Hicks J, Kirmayer LJ, Turecki G. A psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: methodological and ethical considerations, feasibility and acceptability. *Int J Circumpolar Health [Internet].* 26 mars 2013;72. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3609997/>

50. Werlang BSG, Botega NJ. A semistructured interview for psychological autopsy: an inter-rater reliability study. *Suicide Life Threat Behav.* 2003;33(3):326-30.
51. Pouliot L, De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life Threat Behav.* oct 2006;36(5):491-510.
52. Runeson B, Beskow J. Reactions of survivors of suicide victims to interviews. *Acta Psychiatr Scand.* 1991;83(3):169–173.
53. Brent DA, Perper JA, Kolko DJ, Zelenak JP. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27(3):362–366.
54. Michel K. Suicide risk factors: a comparison of suicide attempters with suicide completers. *Br J Psychiatry.* 1987;150(1):78–82.
55. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord.* sept 1998;50(2-3):269-76.
56. Zhang J, Conwell Y, Zhou L, Jiang C. Culture, risk factors and suicide in rural china: a psychological autopsy case control study. *Acta Psychiatr Scand.* déc 2004;110(6):430-7.
57. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AA. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? *Death Stud.* août 2012;36(7):605-26.
58. Kizza D, Knizek BL, Kinyanda E, Hjelmeland H. Men in despair: A qualitative psychological autopsy study of suicide in Northern Uganda. *Transcult Psychiatry.* 1 nov 2012;49(5):696-717.
59. Broustet david, Rivoilan pascal. recensement de la population en Nouvelle-Calédonie en 2014. Institut de la statistique et des études économiques de Nouvelle-Calédonie (Isee) n° 1572; 2015.
60. Calendreau F. Santé mentale en Nouvelle-Calédonie : images et réalités. 2009.
61. De Leo D, Milner A, Fleischmann A, Bertolote J, Collings S, Amadeo S, et al. The WHO START Study: Suicidal Behaviors Across Different Areas of the World. *Crisis J Crisis Interv Suicide Prev.* 1 janv 2013;34(3):156-63.
62. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med.* 2005;35(10):1457–1465.
63. Schmidtke A, éditeur. Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/Euro multicentre study on suicidal behaviour. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber; 2004. 288 p.
64. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of Suicidal Behavior: Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis.* janv 2006;27(1):4-15.
65. Litman RE. 500 Psychological Autopsies. *J Forensic Sci.* 1 mai 1989;34(3):12684J.

66. Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. SCaling of life events. *Arch Gen Psychiatry*. 1 oct 1971;25(4):340-7.
67. Besnier N, Gavaudan G, Navez A, Adida M, Jollant F, Courtet P, et al. Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie (I). Identification des facteurs de risque. *L'Encéphale*. avr 2009;35(2):176-81.
68. Séguin M, Lesage A, Turecki G, Bouchard M, Chawky N, Tremblay N, et al. Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychol Med* [Internet]. nov 2007;37(11). Disponible sur: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291707000955
69. Liu IC, Liao SF, Lee WC, Kao CY, Jenkins R, Cheng ATA. A cross-ethnic comparison on incidence of suicide. *Psychol Med*. juin 2011;41(6):1213-21.
70. Huyghe L. Baromètre santé jeune de Nouvelle-Calédonie - Résultats généraux. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle Calédonie; 2016.
71. Angleviel F, Palombo P, Boubin-Boyer S, Barbié É, Centre hospitalier Albert-Bousquet, Groupe de recherche en histoire océanienne contemporaine. *Le Paradou: de l'hôpital du Marais : au Centre hospitalier Albert-Bousquet 1868-2014*. 2013.
72. Cardinal L, Rainville M, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Québec), Direction régionale de santé publique. *Évaluation de l'implantation de trois projets Sentinelles en prévention du suicide dans la région de la Capitale nationale*. Beauport, Québec: Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale; 2004.

AUTEUR : Nom : Massain

Prénom : Tiffany

Date de Soutenance : 28 septembre 2016

Titre de la Thèse : L'Autopsie psychologique en Nouvelle Calédonie : Intérêts et limites pour la prévention du suicide.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie Adulte

Mots-clés : Suicide, Autopsie psychologique, Nouvelle Calédonie, OMS, START, Prévention, trouble psychiatrique, facteurs de risques, Postvention

Résumé :

Contexte Le suicide est un fléau du XXI siècle, avec plus de 800 000 suicides par an dans le monde. La région du Pacifique occidental concentre presque un quart des suicides. Les aspects étiologiques y restent peu connus. Des recherches visant à étudier rétrospectivement les cas de suicide ont déjà été menées à travers le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé a lancé en 2005 l'étude START (*Suicide Trends in At-Risk Territories*) dont l'objectif est d'accroître la connaissance des facteurs de causalité du suicide dans un contexte culturel donné. La Nouvelle Calédonie (NC) est un des territoires à la mettre en place.

Méthode Ce travail présente les aspects méthodologiques de la première étude d'autopsie psychologique des cas de suicide survenus en population générale en NC entre janvier 2014 et décembre 2015. L'étude START étant en cours, nous présentons ici les caractéristiques de l'échantillon global puis, des cas sélectionnés dans cet échantillon, illustrant ou contrastant certaines données de la littérature.

Résultats Sur les 75 cas de suicide répertoriés, les suicides ont lieu principalement au domicile, chez des sujets jeunes 32 % entre 15 et 24 ans, la méthode utilisée est l'arme à feu dans plus de 30 % des cas derrière la pendaison 55 %, et la population Kanak est la plus touchée 57 %. 23 cas étaient connus de la psychiatrie. Les premiers résultats suggèrent que la méthode d'autopsie psychologique est appropriée, valide et peut être utilisée efficacement en NC pour l'étude des comportements suicidaires fatals. La quasi totalité des informateurs interrogés ont confié avoir retiré des bénéfices des entretiens en terme de soulagement de la souffrance psychique et de réduction du sentiment de culpabilité, ce qui confère également à ce type d'enquête une dimension de « postvention ». Les cas présentés illustrent les difficultés auxquelles sont confrontées d'une part les familles, tant dans la reconnaissance que dans la compréhension des signaux d'alarme précédant un passage à l'acte suicidaire, et d'autre part les victimes pour ce qui est du recours aux soins.

Conclusion Les résultats finaux pourront nous éclairer de façon valide et fiable sur la part des troubles psychiatriques dans la causalité du suicide en NC et sur la proportion des personnes souffrant de troubles psychiatriques et échappant aux soins. Ces conclusions nous permettront de réfléchir à une politique sanitaire et de prévention ciblée sur des besoins identifiés scientifiquement.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Pr Guillaume VAIVA, Pr Olivier COTTENCIN, Dr Michel NGUYEN

Directeur de thèse : Docteur Benjamin GOODFELLOW