

République Algérienne démocratique et populaire

Faculté de médecine

Département de médecine

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de
doctorat en médecine

Thème

Les tentatives de suicide

Présenté par :

- Ouamri Med Najib.
- Yazid Med Ismail.
- Bertal Karim.

Encadré par : Docteur Gourmalah.

Année Universitaire : 2015 /2016.

DEDICACES

Par notre travail honoré à l'aide de Dieu tout puissant, qui nous a tracé le chemin de notre vie, nous avons pu arriver à réaliser ce modeste travail que nous dédions avec toutes nos affections aux êtres les plus chères « nos parents » affables, honorables, aimables: vous représentez pour nous le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement et qui n'ont pas cessé de nous encourager et de prier pour nous. Vos prières et vos bénédictions nous ont été d'un grand secours pour mener à bien nos études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous n'avez cessé de nous donner depuis notre naissance, durant notre enfance et même à l'âge adulte.

Vous avez fait plus que des parents puissent faire pour que leurs enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Nous vous dédions ce travail en témoignage de nos profonds amours. Puisse Dieu, le tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur.

A Nos très chers frères et sœurs,
En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que nous portons pour vous.

Nous vous dédions ce travail en souhaitant un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite et de sérénité.

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de nos affections. A tous ceux qui nous ont aidés de près ou de loin nous leur disons simplement du fond du cœur.

Merci !!

Remerciements

Nous remercions le bon Dieu ; le tout puissant de nous avoir donné le courage et la volonté de mener à terme ce présent travail.

Au terme de ce travail, il est agréable de remercier tous ceux et celles qui ont contribué à son élaboration, nos remerciements s'adressent d'abord aux :
Professeur Boucif, médecin Chef de service de psychiatrie qui nous a toujours encouragés le long de notre formation.

A notre maître et président de thèse le docteur Gourmalah Assistant en psychiatrie; Nous avons eu le privilège de travailler parmi votre équipe et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.

Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse Considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaine.

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude
Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect.

Un remerciement particulier et sincère pour le responsable des médecins internes
Dr Rahoui avec nos profonds respects.

Nous remercions les assistants Dr kaouadji Dr merkache et Dr hadjidj

Un remerciement chaleureux et très particulier aux résidents Dr Bouabdellah, Dr Achour Talet et Dr Ghalmi.

Sans oublier le reste du personnel médical et paramédical.

Enfin, nous adressons nos remerciements à tous nos proches et amis qui nous ont toujours soutenues et encouragées durant la réalisation de ce mémoire

Merci à tous et à toute

SOMMAIRE

- *Dédicaces*
- *Remerciements*
- *Partie théorique*
- *Introduction et généralités01*
- *DEFINITIONS.....02*
 - 1.Suicide02*
 - 2. Tentative de suicide.....03*
 - 3. Idées suicidaires04*
 - 4. Conduites suicidaires04*
 - 5. Crise suicidaire04*
 - 6. L'attentat-suicide04*
 - 7.Euthanasie04*
 - 8. Suicide assisté05*
 - 9.La suicidologie05*
- *Historique du phénomène suicidaire.....06*
 - 1. Profil historique du phénomène suicidaire06*
 - 2. Courant sociologique07*
 - 3. Courant psychologique09*
- *Épidémiologie des tentatives de suicide10*

1. Données internationales.....	10
2. Données nationales.....	13
- Tentatives de suicide et troubles psychiatriques.....	14
1. Tentatives de suicide et dépression.....	15
2. Tentatives de suicide et schizophrénie.....	18
3. Tentatives de suicide et troubles de la personnalité..	20
3.1. Personnalité histrionique.....	21
3.2. Personnalité borderline.....	21
3.3 Personnalité psychopathique antisociale.....	22
3.4 Autres types de troubles de la personnalité....	22
3.4.1. Personnalité obsessionnelle.....	22
3.4.2. Personnalité narcissique.....	23
4. Tentatives de suicide et conduites addictives.....	23
1. Alcoolisme.....	23
2. Toxicomanie.....	24
5. Autres troubles psychiatriques.....	24
1. Troubles anxieux.....	24
2. Psychoses délirantes aiguës.....	24
3. Maladie somatique (SIDA).....	24
- CRITERES D'EVALUATION DE GRAVITE.....	25
1. Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck.....	26
2. Échelle d'idéation suicidaire.....	30
3. Échelle de RUD d'évaluation du potentiel suicidaire.....	35

-	ASPECTS RELIGIEUX ET CULTURELS DU COMPORTEMENT SUICIDAIRE.....	38
	1. <i>Aspects religieux.....</i>	39
	2. <i>Aspects culturels.....</i>	40
-	TENTATIVES DE SUICIDE ET AGE.....	41
	1. <i>Tentatives de suicide chez l'enfant.....</i>	41
	2. <i>Tentatives de suicide chez l'adolescent.....</i>	43
	3. <i>Tentatives de suicide chez l'adulte.....</i>	46
	4. <i>Tentatives de suicide chez le sujet âgé.....</i>	47
-	PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE.....	48
	1. <i>Accueil.....</i>	48
	2. <i>L'hospitalisation.....</i>	49
	3. <i>Traitement pharmacologique.....</i>	49
	4. <i>Psychothérapie.....</i>	50
	5. <i>Suivi.....</i>	51
	6. <i>Rôle de la famille.....</i>	52
	7. <i>Prévention.....</i>	52
-	Partie pratique	
-	INTERET	54
-	OBJECTIFS	54
-	MÉTHODOLOGIE ET OUTILS D'ÉTUDE	55

<i>1. Recrutement des données</i>	<i>55</i>
<i>1.1. Durée de l'étude</i>	<i>55</i>
<i>1.2. Population cible</i>	<i>55</i>
<i>1.3. Evaluateurs</i>	<i>55</i>
<i>2. Présentation du questionnaire</i>	<i>55</i>
<i>3. Méthodes statistiques</i>	<i>59</i>
- <i>RÉSULTATS</i>	<i>59</i>
<i>1. Résultats Descriptifs</i>	<i>59</i>
<i>1.1. Données sociodémographiques</i>	<i>59</i>
<i>1.2. Antécédents</i>	<i>65</i>
<i>1.3. Tentative de suicide</i>	<i>69</i>
<i>2. Résultats analytiques</i>	<i>76</i>
<i>2.1. Utilisation des moyens violents</i>	<i>76</i>
<i>2.2. Caractère récidiviste des TS</i>	<i>77</i>
<i>2.3. Usage de substances</i>	<i>77</i>
<i>2.4. Troubles psychiatriques</i>	<i>78</i>
- <i>DISCUSSION</i>	<i>79</i>
<i>1. Les facteurs sociodémographiques</i>	<i>79</i>
<i>2. Facteurs cliniques</i>	<i>82</i>
<i>3. Caractéristiques de la tentative de suicide</i>	<i>86</i>
- <i>CONCLUSIONS</i>	<i>91</i>
- <i>RÉSUMÉ</i>	<i>94</i>
- <i>BIBLIOGRAPHIE</i>	<i>97</i>

PARTIE

THEORIQUE

I. Introduction et généralités :

Le suicide est un phénomène qui a longtemps suscité l'intérêt des chercheurs.

C'est un phénomène complexe qu'on ne peut prétendre aborder du seul point de vue médical. D'autres approches historique, philosophiques, anthropologique, théologiques sociologique.... Se sont intéressées au phénomène.

Le suicide est << l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie >>.en plus d'être une tragédie personnelle, c'est aussi un grave problème de santé publique.

La fréquence du suicide et des tentatives de suicide ne cesse d'augmenter dans le monde. Une meilleure connaissance des facteurs prédictifs du suicide permettrait d'intervenir en amont et de prendre en charge les sujets à risque.

Notre travail se propose d'étudier les tentatives de suicide. Notre objectif est triple :

- Déterminer la prévalence des tentatives de suicide.*
- Déterminer les principales étiologies psychiatriques des tentatives de suicide.*
- Et en fin d'établir une corrélation entre les différents paramètres sociodémographiques et le risque suicidaire.*

Nous allons nous attacher à définir les différents termes du phénomène suicidaire : suicide, tentative de suicide et équivalents suicidaire, puis nous ferons un rappel historique du concept de suicide et des principales données épidémiologiques.

L'étude des relations des différentes pathologies avec les tentatives de suicide sera enchaînée par la description des échelles d'évaluation du risque suicidaire, puis nous aborderons les tentatives de suicide en fonction de l'âge, la religion et la culture.

La fin de cette étude théorique sera consacrée aux principes de la prise en charge des suicidants et les mesures de prévention possibles.

La seconde partie sera consacrée à notre enquête sur les tentatives de suicide chez les patients consultants aux urgences du CHU TLEMEN ou hospitalisés au service de psychiatrie du CHU. Nous réaliserons par la suite une analyse des résultats que nous discuterons, puis nous terminerons par une conclusion générale sur le sujet.

II. Définitions :

Les comportements suicidaires vont de la simple pensée de mettre fin à ses jours à la préparation d'un plan pour se suicider et à l'obtention des moyens nécessaires pour le mettre à exécution, à la tentative de suicide elle-même, pour finir par le passage à l'acte « suicide abouti ».

Il faut dans un premier temps distinguer et définir les différents termes du phénomène suicidaire :

1. Suicide :

Le terme « suicide » crée par Thomas Browne vient du latin « sui » : [se, soi] et « caedere » : [tuer] =se tuer soi-même [1/2]. C'est un acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort. Le suicide est donc le meurtre de soi-même.

L'Encyclopédie Britannica, que cite Shneidman, donne cette définition du suicide dans son édition de 1973: « Action par laquelle l'être humain se donne lui-même la mort » [3].

Durkheim (1897) l'a défini comme : "la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer". [4]

Dans toute définition du suicide, l'intention de mourir est certainement un élément clé. Cependant, il est souvent très difficile de reconstruire les pensées des gens qui se suicident, à moins qu'ils ne parlent clairement de leurs intentions avant leur mort ou qu'ils laissent une lettre explicite.

On parle de mortalité suicidaire et de sujets **suicidés**.

- **Le suicidé** : Le suicidé est le sujet dont la conduite suicidaire a abouti à son décès.

2. Tentative de suicide :

La tentative de suicide correspond à un "comportement suicidaire non fatal". Le terme de « tentatives de suicide » est une expression courante aux Etats-Unis, alors qu'il est remplacé en Europe par « **parasuicide** » ou « **acte autodestructeur délibéré** ».

Elle est définie comme tout acte fait consciemment par un individu dans le but de se suicider mais n'aboutissant pas à la mort.

Les tentatives de suicide varient en intensité allant des tentatives « **mineures** » sans dommage important sur l'organisme (blessures superficielles...) jusqu'aux tentatives graves laissant des séquelles invalidantes.

L'O.M.S – en la nommant lésions auto-infligées- a défini la tentative de suicide comme étant [5/6] :« Acte sans issue fatale, réalisé volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui ou qui se traduisent par l'ingestion de substances en excès par rapport à une prescription médicale ou par rapport à ce qui est reconnu comme une posologie thérapeutique, et ce, dans le but d'induire les changements espérés ».

La terminologie « lésions auto- infligées », utilisée par l'O.M.S, a été reprise dans la classification Internationale des Maladies (CIM-10) dans laquelle les suicides et tentatives de suicide sont rangés en fonction des moyens utilisés [de X69 à X84]. [7]

On parle de morbidité suicidaire et de sujets suicidants.

• **Le suicidant** : Le suicidant désigne un sujet qui a effectué une tentative de suicide et qui a donc survécu au geste suicidaire contrairement au suicidé.

Il est à noter que le primo suicidant est un sujet qui a effectué son premier geste suicidaire et qui n'a donc pas d'antécédent de tentative de suicide, par opposition au sujet dit « récidiviste ».

3. Idées suicidaires :

- Elles correspondent à l'élaboration psychique d'un désir de mourir et elles ne doivent surtout pas être banalisées.
- Lorsqu'elles sont exprimées verbalement, elles ne doivent pas forcément être considérées que comme moyen d'attirer l'attention : 8 sujets sur 10 ont parlé du suicide avant de se suicider.
- Tout comme le suicide, les idées suicidaires peuvent être actives (désir de se donner la mort) ou au contraire passives (souhaiter ne pas se réveiller) et afin d'évaluer la dangerosité, on étudiera le niveau de planification de l'acte, le moyen retenu et une éventuelle date choisie par le sujet.

4. Conduites suicidaires :

- Leur définition est plus floue dans la mesure où elles comprennent les suicides, les tentatives de suicide et certains actes pouvant s'apparenter à un comportement suicidaire (on parle d'équivalents suicidaires).
- Les équivalents suicidaires sont des actes dangereux pour la vie du sujet (prise de risque) comme une activité sexuelle non protégée, une consommation de toxique, une conduite automobile dangereuse.....
- Le caractère <<suicidaire>> de ces comportements n'est retenu que sur un faisceau d'arguments (concomitants d'une dépression ou de propos suicidaires, inhabituels pour le sujet.....).

5. Crise suicidaire :

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne, où celle-ci se sent dans une impasse et est confrontée à des idées suicidaires de plus en plus envahissantes. Le suicide apparaît alors de plus en plus à cette personne comme le seul moyen pour se débarrasser de sa souffrance et pour trouver une issue à cet état de crise.

6. L'attentat-suicide :

L'attentat-suicide est un attentat dont la réalisation implique la mort de son auteur. Il est le plus souvent organisé par des groupes militaires ou paramilitaires dont le but est de déstabiliser les institutions établies par une partie considérée comme ennemie. [13]

7. Euthanasie :

Le terme « euthanasie » est un terme d'origine grecque et signifie « une belle mort ». Aujourd'hui, le terme signifie les actions menant à une mort douce et facile. Il existe une autre définition du comité spécial de sénat de Canada sur l'euthanasie et la mort assistée : « l'acte intentionnel de la part d'une personne voulant mettre fin à la vie d'une autre personne afin d'abrégé ses souffrances ». Le geste

est le plus souvent provoqué par des médecins. Les lois de la plupart des pays du monde l'interdisent avec quelques exceptions aux Pays Bas et en Belgique [14].

8. Suicide assisté :

Le suicide assisté correspond aux actes d'une personne, médecin ou non, qui fournit les moyens de se suicider ou les renseignements sur la manière de faire à un individu désirant mettre fin à sa vie. Il peut s'agir par exemple d'une personne qui souffre d'une maladie en phase terminale et qui peut demander au médecin la dose mortelle d'un médicament pour le faire tuer. Il est à noter que l'état OREGON aux États-Unis est le seul endroit où ce type de suicide est autorisé. [14]

9. La suicidologie :

La suicidologie est définie comme étant la « science » qui étudie le phénomène suicidaire. C'est une discipline très récente qui a été créée aux États-Unis par SHNEIDMAN et FARBEROW en 1976. Elle s'intéresse à la recherche scientifique en matière de suicide et a permis à la mise en place d'études épidémiologiques et cliniques. [15]

III. Historique du phénomène suicidaire :

1. Profil historique du phénomène suicidaire :

Le phénomène de suicide a toujours existé mais a été compris différemment au fil des siècles et des civilisations.

En Égypte, on lie la délivrance à la mort. Ainsi, les partisans allaient jusqu'à se grouper pour se suicider collectivement avec les moyens les plus agréables.

Dans la Rome antique, même s'il était loué, l'acte suicidaire devait obéir à des critères compatibles avec la morale stoïcienne, sous peine d'être condamné. Il est confié au soin du législateur de décider si tel acte suicidaire est licite ou s'il doit être puni. Les causes légitimes étaient dûment précisées dans le cas du citoyen (douleur physique, perte d'un être cher, fureur, folie...) mais les esclaves et les soldats étaient exclus de ces dispositions et l'acte suicidaire conduisait légalement chez eux à une mesure répressive : confiscation des biens, suppression des rites funéraires. [16]

Au Tibet et en Chine, où les références à Bouddha dominaient, on distinguait deux types de suicidants:

- celui qui cherche la perfection
- et celui qui fuie l'ennemi.

Aristote condamna le geste suicidaire, qualifié d'acte de lâcheté face aux difficultés de la vie, assimilant le suicide à un soldat déserteur.

Platon avait une position plus nuancée, admettant des exceptions comme le cas de la maladie douloureuse et incurable.

En Europe occidentale, le suicide a été longtemps condamné. Après les lois générales de Charlemagne, les établissements de Saint Louis réglementèrent spécifiquement le suicide. "Un procès sera fait au cadavre du suicidé, par-devant les autorités compétentes, comme pour les cas d'homicide d'autrui ". Suite à ce procès, les biens étaient saisis par les seigneurs. [17]

Nous pouvons donc conclure qu'autrefois le suicide était non seulement interdit mais aussi condamnable.

2. Courant sociologique : [4]

Ce courant s'appuie largement sur les statistiques et les chiffres de l'épidémiologie, qui se sont accumulés à partir du XVIIIe siècle.

En 1897, **Émile Durkheim**, le fondateur de l'école française de sociologie, consacra tout un ouvrage [**le Suicide**] à l'étude de ce qu'il considérait comme un phénomène social.

Durkheim récuse en premier lieu les explications couramment avancées au XIX siècle : à savoir l'hérédité, l'assimilation du suicide à la folie, le climat...

À l'aide de statistiques, Durkheim a pu comparer les variations du taux de suicide dans le temps comme dans l'espace, afin de saisir les facteurs susceptibles d'affecter le phénomène.

Durkheim conclut que « chaque société est prédisposée à fournir un contingent de morts volontaires >>. [4]

Selon cet auteur, on doit chercher les facteurs explicatifs des variations du taux de suicide dans les modalités de l'intégration ou la régulation sociale.

Durkheim établit une typologie des formes de suicide fondée sur deux ordres :

2.1. L'intégration sociale : à savoir le fait que les individus partagent une conscience commune, qu'ils soient en relation permanente les uns avec les autres et se sentent voués à des objectifs communs.

Une intégration sociale défailante est à l'origine à la fois du suicide altruiste (intégration forte) et du suicide égoïste (carence de liens sociaux).

Ainsi, une individualisation trop poussée peut conduire au repli de l'individu sur lui-même, incapable parfois de trouver des motifs d'existence.

2.2. La régulation sociale : (l'autorité morale de la société sur les individus, qui leur fixe des limites et qui circonscrit leurs désirs).

Elle donne deux modes de suicide :

Suicide anémique : c'est le résultat d'un manque de régulation qui, selon Durkheim, constitue la forme de suicide la plus répandue dans les sociétés modernes vu les changements sociaux rapides qui frappent les normes de conduites classiques.

Suicide fataliste : il est lié à une régulation sociale excessive, une discipline extrêmement rigoureuse étouffant les libertés individuelles.

Au total, ce courant social insiste sur le rôle de la société dans la production des conduites suicidaires.

3. Courant psychologique :

La psychopathologie et la psychanalyse ont joint, aujourd'hui, leurs explications dans une étiologie souvent convergente.

Dès 1905, **S.Freud** évoque le retournement de l'agressivité contre le moi dans le geste suicidaire, point de départ de ses travaux fondés sur la notion de « pulsion de mort » qui la définit comme « la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique », à partir de laquelle s'enrichira la réflexion sur le suicide. [19]. Cela va ouvrir une brèche dans la condamnation des suicidés.

Freud a insisté sur l'importance des facteurs individuels inconscients -au lieu des enjeux sociaux comme l'a prouvé Durkheim. Selon Freud, le suicide est une « **agression interne contre un objet d'amour introjecté** ». Il a décrit le modèle de la mélancolie : le surmoi perd sa fonction protectrice pour se déchaîner avec une violence contre le moi.

Le psychiatre allemand **Karl Menninger** a réuni les trois points impliqués par la formule freudienne : le suicide comme désir de mourir, de tuer et de se tuer [20] :

- ✓ le désir de mourir : le suicidaire cherche dans la mort avant tout le repos, l'annulation des tensions, la satisfaction du désir d'être passif et de mourir.
- ✓ le désir de tuer : "on se tue pas sans s'être proposé de tuer l'autre», cette composante agressive est manifeste dans les cas de suicide passionnel ou l'idée du meurtre précède souvent celle du suicide.
- ✓ le désir d'être tué fait intervenir une autre signification du suicide que l'on s'inflige et particulièrement comme une castration.

Pour **Vedrinne** et **Saubier**, [21] le geste suicidaire peut être effectué pour mettre fin à un vécu de culpabilité chez le sujet mélancolique où la mort apparaît comme une fin logique à l'auto-accusation dont on fait l'objet et que ce geste apparaît comme un moyen d'échapper à un vécu persécuteur trop angoissant.

On considère, donc, que les personnes qui se suicident sont atteintes d'une maladie mentale car les difficultés de la vie ne suffisent pas à conduire les gens au suicide. La majorité de ceux qui se suicident ont une dépression ou souffrent de troubles de la personnalité, de schizophrénie, ou encore de la dépendance à la drogue ou l'alcool.

En conclusion, il semble difficile de séparer les deux types de facteurs individuels ou sociaux qui sont à l'origine du phénomène suicidaire.

IV. *Epidemiologie des tentatives de suicide:*

L'épidémiologie joue un rôle important en chiffrant l'ampleur du phénomène suicidaire et permet de détecter les facteurs de risques et les groupes à risques.

La réalisation d'études épidémiologiques valables nous paraît donc important pour mieux comprendre ce phénomène.

Le recensement de la prévalence des tentatives de suicide est difficile car, contrairement aux suicides, il n'y a pas d'enquête systématique sur les tentatives de suicide, les enquêtes en population générale sont évidemment difficiles à mettre en place.

1. *Données internationales :*

1.1. *Le suicide....problème mondial [22] [23]:*

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère le suicide comme un problème de santé publique énorme mais en grande partie évitable, il est aujourd'hui à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes.

Selon les estimations de l'OMS, près d'un million de personnes se sont données la mort au cours de la seule année 2002 ; 20 à 40 fois plus de sujets ont attenté à leur vie. Cela représente un décès toutes les 40 secondes et une tentative de suicide toutes les 3 secondes en moyenne et le coût économique se chiffre en milliards de dollars.

Selon les mêmes estimations, le nombre de décès dus au suicide pourrait passer à 1,5 million en 2020.

Au niveau mondial, le suicide représente 1,4 % de la charge de morbidité, mais les pertes dépassent le seul cadre de la santé.

Dans la Région du Pacifique occidental, le suicide est à l'origine de 2,5 % des pertes économiques dues aux maladies. Dans la plupart des pays européens, le nombre de suicides dépasse le nombre annuel des morts dus aux accidents de la circulation.

En 2001, le nombre de décès par suicide (presque un million) a dépassé le total combiné des décès par homicide (500 000) et consécutifs à des faits de guerre (230 000).

Parmi les pays fournissant des données sur le suicide, on trouve les taux les plus élevés en Europe orientale et les taux les plus faibles le plus souvent en Amérique latine, dans les pays musulmans et dans quelques pays asiatiques. Les données sur le suicide dans les pays africains sont plus rares.

TENTATIVES DE SUICIDE

Tableau 1 : montrant les 10 premiers pays du monde classés suivant le nombre moyen des suicides par rapport à la population générale : Statistiques de l'OMS (décembre 2005)

Rang	Pays	Année	Hommes*	Femmes*	Moyenne/ 100 000
<u>1</u>	Lituanie	2005	68.1	12.9	<u>38.6</u>
<u>2</u>	Biélorussie	2003	63.3	10.3	<u>35.1</u>
<u>3</u>	Russie	2004	61.6	10.7	<u>34.3</u>
<u>4</u>	Kazakhstan	2003	51.0	8.9	<u>29.2</u>
<u>5</u>	Slovénie	2003	45.0	12.0	<u>28.1</u>
<u>6</u>	Hongrie	2003	44.9	12.0	<u>27.7</u>
<u>7</u>	Lettonie	2004	42.9	8.5	<u>24.2</u>
<u>8</u>	Japon	2004	35.6	12.8	<u>24.0</u>
<u>9</u>	Ukraine	2004	43.0	7.3	<u>23.8</u>
<u>10</u>	Sri Lanka	2000	-	-	<u>21.6</u>

***Nombre moyen de suicide pour 100000 habitants par an.**

➤ **Quelques chiffres concernant le suicide dans d'autres pays de monde :**

- *Au Québec, (Canada) : 1334 personnes se sont donné la mort en 2001.*
- *En Suisse, on compte, chaque année, 1300 à 1400 suicides soit 4 décès/jour soit un taux de 19.1 pour 100.000 hab. chez les 14-44 ans.*
- *En France : Le suicide est responsable chaque année de près de 11 000 décès en France [24/25]. En 2001, la France se classait au 3e rang européen des plus forts taux de suicide [26] après la Finlande et l'Autriche. D'après les données de l'OMS ce pays a un taux de 20 à 24 (pour 100 000 habitants) globalement.*

1.2. Épidémiologie descriptive des tentatives de suicide [8] :

On estime que le nombre de tentatives de suicides est 10 à 20 fois plus élevé que le nombre de décès par suicide et ces tentatives entraînent souvent des hospitalisations et des traumatismes physiques, affectifs et mentaux même si on ne dispose pas de données fiables sur l'étendue du phénomène. [27]

- ✓ **Le sex-ratio des tentatives de suicide est l'inverse de celui du suicide :** les femmes réalisent deux fois plus de tentatives de suicide que les hommes ;
- ✓ **Les moyens utilisés lors des tentatives de suicide :** Les tentatives de suicide représentent 2 à 4% des consultants dans les services d'urgence dont la majorité d'entre-elles sont des intoxications médicamenteuses [91 %]. Les autres modalités réalisent moins de 10 % des tentatives de suicide examinées aux urgences. [26]

Une étude prospective [28], menée dans 57 services d'urgences, a montré que : les intoxications médicamenteuses volontaires représentent : 90,6 % des cas.

- ✓ Les autres moyens sont :
- ✓ la phlébotomie (5 %),
- ✓ l'intoxication par des drogues (1,9 %),
- ✓ la pendaison (1,7 %),
- ✓ les produits ménagers (0,9 %),
- ✓ l'arme blanche (0,8 %), la noyade (0,6 %),
- ✓ l'inhalation de gaz (0,6 %),
- ✓ l'accident de la voie publique (0,5 %),
- ✓ l'arme à feu (0,3 %), la précipitation (0,2 %),
- ✓ l'électrisation (0,2 %) et
- ✓ l'immolation (0,2 %)

✓ **Récidives des tentatives de suicide :**

On note 40 % de récidives, dont la moitié dans l'année suivant la tentative de suicide.

Il y a 1 % de mortalité par suicide dans l'année qui suit la tentative de suicide contre 0,02 % dans la population générale, soit 50 fois plus.

Il y a plus de 10 % de décès par suicide, au cours de la vie, après une première tentative de suicide. Un antécédent de tentatives de suicide est ainsi l'un des plus importants facteurs de risque de suicide. [8]

TENTATIVES DE SUICIDE

2. Données nationales :

Le nombre exact des suicides et tentatives de suicide n'est pas disponible officiellement. Cependant plusieurs thèses ont été faites en Algérie sur les conduites suicidaires.

Nous citerons la plus récente qui a été faite par Dr Messaoudi Abdelkrim dans la wilaya de Tizi-ouzou du 01er janvier 2012 au 31 Mai 2014 dont les résultats montrent que l'incidence annuelle moyenne des TS est de 21.77 pour 100000 habitants.[DSP]

Période	population moyenne	nombre des cas de TS	incidence annuelle par 100000 hbts	Pvalue
1^{ere} année	1152259	210	18.22	$<10^{-9}$
2^{eme} année	1158685	293	25.28	
Total	1155472	503	21.77	

Tableau 2. Incidence annuelle des tentatives de suicide par période dans la wilaya de Tizi-Ouzou du 01 juin 2012 au 31 Mai 2014

V. TENTATIVES DE SUICIDE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES :

Les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année [34]. Ils sont responsables de presque de 90% des sujets ayant réalisé un suicide abouti ou une tentative de suicide. [35/36/37/11]

C'est pourquoi la première étape du diagnostic étiologique des tentatives de suicide doit rechercher un trouble psychiatrique, Pour certains (**Rich et Runeson** 1992), le meilleur prédicteur de suicide est la maladie psychiatrique.

Esquirol est allé plus loin dans sa thèse psychiatrique en considérant que le suicide est un symptôme et que tout suicidant est un malade mental [38].

Les troubles dépressifs, schizophréniques, addictives et les troubles de la personnalité contribuent d'une manière significative au phénomène suicidaire [39].

Dans des ouvrages récents relatifs au repérage et à la classification des maladies psychiatriques, le terme suicide ne fait pas l'objet d'un codage autonome. C'est ainsi que dans le DSM (VI)-R [40], on retrouve simplement dans le critère de la personnalité borderline une « menace de comportement ou geste suicidaire », et dans la classification des troubles dépressifs, on trouve parmi les critères de l'état dépressif majeur des idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plans précis pour se suicider.

Dans la CIM 10[7], on retrouve dans l'épisode dépressif sévère des idées de suicide manifestes.

Nous allons nous intéresser à l'ordre de fréquence et à l'importance des troubles psychiatriques dans la genèse de processus suicidaire :

- La dépression.
- La schizophrénie.
- Les troubles de la personnalité.
- Les conduites addictives.

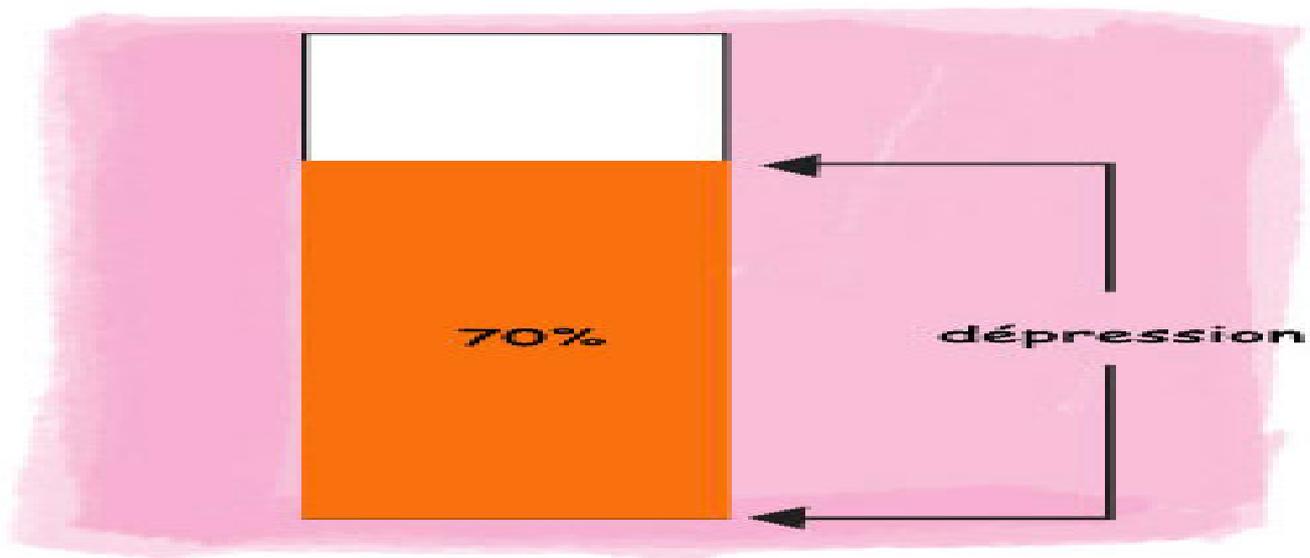
1. Tentatives de suicide et dépression :

La dépression est un tableau clinique rassemblant une altération pathologique de l'humeur, un ralentissement ou plutôt une inhibition psychomotrice ou/et des signes somatiques témoignant des fonctions instinctuelles : troubles du sommeil, baisse de la libido, asthénie physique, anorexie...

La dépression, qu'elle soit isolée ou survienne dans le cadre d'un trouble de l'humeur récurrent (dépression unipolaire ou maladie bipolaire) est la première cause de suicide.

Près de 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée. Chez les personnes déprimées, le risque de suicide est 30 fois supérieur à ce qu'il est dans la population générale. On estime même que 15% des patients déprimés se suicident.

C'est dire l'importance de dépister et de traiter efficacement cette maladie sévère et même parfois mortelle, trop souvent méconnue ou minimisée et pour laquelle des prises en charge efficaces existent pourtant.



Annexe1: Classification de DSM IV-TR des troubles dépressifs : [40]

> Les troubles dépressifs :

-**Trouble dépressif unipolaire** : est caractérisé par la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, dans la vie d'un sujet, et par l'absence d'épisodes maniaques ou hypomaniaques.

-**Trouble dysthymique** : est caractérisé par une humeur dépressive présente plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans associés à des symptômes dépressifs ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur.

-**Trouble dépressif non spécifié** : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondant pas aux critères de troubles dépressif majeur et troubles dysthymiques, troubles d'adaptation avec humeur dépressive ou troubles de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive (ou des symptômes dépressifs pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

> Épisode dépressif majeur DSM :

A/ au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive soit une perte d'intérêt ou de plaisir :

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée presque tous les jours signalée par le sujet ou observée par les autres.
- 2) Diminution marquée de l'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- 3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteurs presque tous les jours.
- 6) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
- 7) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- 8) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous
- 9) pensées de mort récurrentes

B/ les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C/ les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D/ les symptômes ne sont pas imputables directement aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une affection médicale générale.

E/ les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil ; c'est à dire la mort d'un être cher, les symptômes persistent plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée de fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation d'idées suicidaire de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

1.1. Tentatives de suicide chez le déprimé :

Tout patient déprimé peut mourir par suicide : « l'attrait pour la mort est presque constant de la constellation dépressive » [46].

Cela signifie que le risque suicidaire doit être envisagé chez tout patient déprimé. Ce risque est toujours présent soit au début de la maladie, soit au cours de son évolution.

Cliniquement, certaines caractéristiques potentialisent le risque suicidaire chez les déprimés : [47].

L'intensité de la dépression : plus la dépression est intense plus le risque d'une tentative de suicide grave est important [48] ;

La survenue d'une variation cyclique de l'humeur ; L'autoaccusation ou idée de culpabilité ou persécution qu'on doit rechercher et considérer comme alarmant surtout chez le mélancolique;

L'agitation, l'angoisse intense ou l'existence des idées délirantes chez le sujet déprimé peuvent être à l'origine des tentatives de suicide ;

Chez les adolescents déprimés : il faut chercher une instabilité psychomotrice et une impulsivité associée au désespoir qui comportent un risque suicidaire imminent.

1.2. Tentatives de suicide selon les formes cliniques de la dépression :

1.2.1. Mélancolie : [8]

Le désir de mourir est important. La mort est envisagée comme un soulagement à la fois pour soi (on ne souffrira plus) et pour les autres (on ne les ennuiera plus).

Ce risque devient grand lorsque le suicide devient un but en soi et centre l'existence du sujet. Cette condamnation à mort trouve sa détermination dans des facteurs multiples :

- Douleur morale atroce ;
- Sentiment d'incurabilité ;
- Idées délirantes d'auto-accusation et de culpabilité ;
- Des hallucinations perspectives.

Cet état de danger de mort permanent est très élevé aussi bien avant tout traitement qu'au moment de la levée de l'inhibition ou lors de la convalescence.

Le suicide est minutieusement préparé ou exécuté au cours d'un raptus. Le passage à l'acte est volontiers matinal et le risque est d'autant plus grave que le mélancolique échoue rarement dans sa tentative en raison de sa détermination et du choix de moyens violent.

Le désir de mort est constant chez le mélancolique et est toujours authentique. La mort apparaît comme la seule solution ou comme un châtiment nécessaire.

1.2.2. Dépression névrotique :

Le risque de suicide apparaît lors des événements stressants et douloureux de la vie : deuil, échec aux examens, conflits sociaux.

Il se caractérise par un désir de suicide verbalisé et s'inscrit souvent dans une demande d'aide. Cependant, les tentatives de suicide sont fréquentes et répétitives (intoxications médicamenteuses volontaires, phlébotomie...).

1.2.3. Facteurs de risque :

1.2.3.1. Caractères sociodémographiques :

L'âge : Le risque de suicide est important pour le patient de la tranche d'âge entre 30 à 40 ans et chez les sujets âgés de plus de 65ans ;

Le sexe : Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes déprimées que les hommes
Contexte socio-économique : Le risque suicidaire s'accroît chez les déprimés au chômage, célibataires, veufs ou en isolement social ;

Événements de vie (life event) : Ils ont un rôle important de passage à l'acte six mois suivant une rupture (perte de relation affective, conflit conjugal ou perte d'emploi, un deuil) ;

Les antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide constituent un facteur important de récurrence d'une tentative de suicide ;

L'existence de certains signes cliniques : idées de mort, insomnie, instabilité psychomotrice, désintérêt, irritabilité, d'une perte de plaisir (anhédonie), un sentiment de désespoir ; intensité de dépression.

2. Tentatives de suicide et schizophrénie :

La schizophrénie est une psychose débutante chez l'adulte jeune qui affecte 1 à 1,5 % de la population. Elle se caractérise par des troubles du cours de la pensée, des idées délirantes, des hallucinations et une discordance affective.

C'est une pathologie d'évolution bien souvent chronique, au pronostic lourd, source de désinsertion socioprofessionnelle et d'isolement affectif. [49]

2.1. Épidémiologie du phénomène suicidaire chez les schizophrènes :

La mortalité, toutes causes confondues, est 4,5 fois supérieure à celle de la population générale [50].

Les patients souffrant de schizophrénie représentent un groupe particulièrement exposé au risque de suicide. Cette notion est connue depuis longtemps par les psychiatres. Bleuler considérait déjà la suicidalité comme « le symptôme schizophrénique le plus sérieux ».

Le suicide est donc un événement dramatiquement fréquent dans la pathologie schizophrénique.

- ✓ Le suicide concerne 9 à 13 % des sujets schizophrènes, ce qui représente un risque 20 fois supérieure à celui de la population générale [50] ;
- ✓ 30 à 50% de ces patients font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie [51] ;
- ✓ 10 à 15% des tentatives de suicide aboutissent contre 2% dans la population générale. [52]

2.2. Tentatives de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie :

C'est au cours des phases précoces de la maladie, en particulier la première année qui suit le diagnostic, que les patients se suicident le plus souvent [53].

Le suicide survient plus volontiers au cours des épisodes aigus de la maladie, surtout au cours du premier épisode psychotique [54]. Mais la vulnérabilité serait maximale dans la semaine [54] et dans les trois mois [56] qui suivent la sortie des unités d'hospitalisation psychiatrique.

Les patients souffrant de schizophrénie ont volontiers recours à des moyens violents dans leurs tentatives de suicide, parfois atypiques [57] (défenestration, recours à une arme à feu...). Ceci explique qu'elles aboutissent plus fréquemment que les tentatives de suicide médicamenteuses [52].

La létalité des moyens employés traduit une plus forte intentionnalité suicidaire [58] :

- ✚ *Défenestration, saut dans le vide [40 %] ;*
- ✚ *Intoxications médicamenteuses volontaires [27 %] ;*
- ✚ *Noyade [13 %] ;*
- ✚ *Pendaison [7 %] ;*
- ✚ *Automutilation par arme blanche [7 %] ;*
- ✚ *Blessure par arme à feu [7 %] ;*

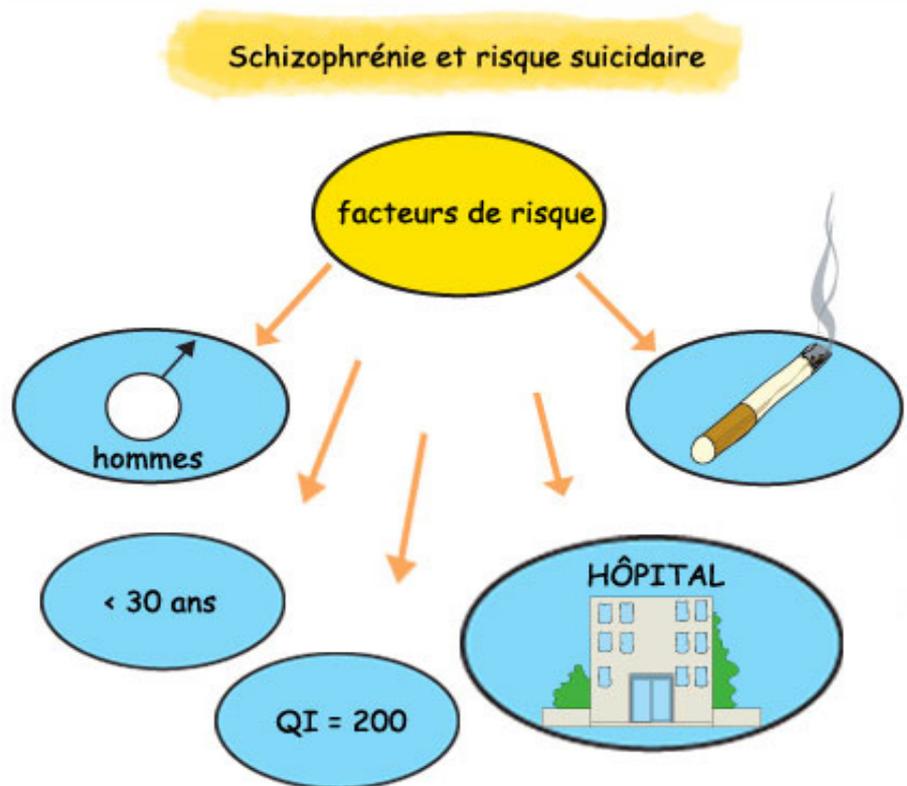
✚ *Autres : immolation, empoisonnement, interposition sur la circulation [1 %].*

Le ratio tentative de suicide–suicide est de quatre chez les sujets souffrant de schizophrénie ; dans la population générale, cette ration oscille entre 10 et 20.

2.3. Facteurs de risque :

Un certain nombre de facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire chez le patient schizophrène ont été identifiés, certains sont identiques à ceux retrouvés en population générale :

1. Sévérité de la maladie
2. Sexe masculin
3. Age inférieur à 30 ans
4. Célibat
5. Absence d'emploi ou d'activité
6. Quotient intellectuel élevé et espoirs importants de réussite scolaire et professionnelle avant le début de la maladie
7. Maladie évoluant depuis moins de six ans
8. Hospitalisation récente
9. Forme clinique marquée par un délire très riche
10. Difficultés dans la vie de groupe et isolement social



3. Tentatives de suicide et Troubles de Personnalité :

Un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Ce trouble apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il est stable dans le temps, source de souffrance ou d'altération du fonctionnement. [40]

La classification américaine des troubles mentaux [le DSM-IV] distingue :

- Groupe A, qui correspond aux personnalités "psychotiques". Il inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques (sujets bizarres ou excentriques).
- Groupe B, qui inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques (sujets d'apparence théâtrale, émotifs et capricieux).

- Groupe C, qui correspondant aux personnalités "névrotiques". Il inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles compulsives (sujets anxieux et craintifs).

Nous allons s'intéresser aux troubles de personnalité de type limite, psychopathique et histrionique qui présentent un risque suicidaire significativement élevé par rapport à la population générale.

3.1. *Personnalité histrionique* :

Ce type de personnalité est présent chez 10 à 15 % des consultants en psychiatrie, touchant principalement le sexe féminin.

Son tableau clinique comporte : égocentrisme, histrionisme, théâtralisme, suggestibilité, labilité émotionnelle, conduites de séduction, mythomanie et dépendance affective aux autres.

Les personnes hystériques payent un lourd tribut au suicide. Les caractéristiques de leurs tentatives de suicide sont :

- inauthentiques, ambiguës ;
- mal préparées, n'atteignent pas le pronostic vital, mais peuvent être trompeuses et aboutir à la mort, toute attitude de banalisation est ainsi à proscrire ;
- de caractère théâtral et une certaine « mise en scène » ;
- tendance à l'escalade pour forcer l'attention des autres ;
- répétées, cette répétition des tentatives de suicide peut faire détourner par lassitude un bon nombre d'interlocuteurs familiaux et médicaux.

Le geste suicidaire prend une valeur d'appel aux autres, de quête affective où le désir d'aimer conduit à jouer sa mort devant les autres comme un défi.

3.2. *Personnalité borderline (état limite)* : [66/67] :

Les tentatives de suicide font partie du tableau clinique de ce trouble décrit selon le DSM qui comporte :

- Tendance anxieuse extrêmement importante, liée à l'angoisse de séparation ;
- Un trouble de l'identité : le sujet se perçoit souvent de façon mégalomane, ou totalement dévalorisée, avec des risques suicidaires ;
- Des symptômes névrotiques de type phobiques : peur d'être regardé, peur de la saleté, préoccupations hypocondriaques, souvent importantes ;
- Troubles du comportement marqués par l'impulsivité, l'imprévisibilité, avec abus d'alcool, toxicomanie, bagarres, automutilations.

Ce type de personnalité est trouvé chez 32,4% des jeunes suicidants hospitalisés [68]

Une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables conduit fréquemment à des crises émotionnelles et peut s'associer à des efforts démesurés pour éviter les abandons et des tentatives de suicide ou des gestes auto agressifs à répétition.

Un événement apparemment banal ayant une valeur de frustration affective ou de blessure narcissique peut déclencher la tentative de suicide.

Une dépression chez un sujet ayant une personnalité borderline représente une association particulièrement grave et dangereuse sur le plan de la suicidalité à cause de l'association du désespoir de la dépression à une impulsivité qui marque la personnalité borderline [68].

3.3. *Personnalité psychopathique antisociale : [69/70]*

Ces patients se caractérisent par l'incapacité à se conformer aux normes sociales. Ils sont impulsifs, irritables et souvent agressifs : hétéro-agressivité, ou auto-agressivité (tentative de suicide...)

Chez les psychopathes, le suicide constitue souvent l'ultime passage à l'acte d'une existence emmaillée de conduites impulsives et antisociales. Il est volontiers facilité par l'alcool. Le décès intervient parfois après plusieurs tentatives et n'est pas toujours le résultat de la plus déterminée d'entre elles.

Pour les déséquilibrés psychopathiques impulsifs et intolérants avec un passage à l'acte favorisé par l'alcool ou les toxiques (comme le haschich...), le geste se réalise en l'absence de toute anticipation comme solution à une situation difficile et frustrante.

La tentative de suicide survient fréquemment :

- en réponse à des frustrations
- comme moyen pour obtenir des réponses immédiates à ses demandes
- comme un acte impulsif de dégager la tension intérieure
- lors d'une décompensation dépressive.

3.4. *Autres types de troubles de la personnalité :*

3.4.1. *La personnalité obsessionnelle :*

Ce type de personnalité est caractérisé par une tendance aux réalisations suicidaires qui sont plus ruminées qu'agies. Cependant, une dépression survenant sur une personnalité obsessionnelle peut pousser le sujet à tenter le suicide qui sera alors ruminé, préparé et agi alors que ses défenses par ritualisation et mentalisation sont débordées.

3.4.2. La personnalité narcissique :

Le facteur de risque essentiel dans le passage à l'acte suicidaire apparaît dans l'importance de la fragilité narcissique du patient et la nature de sa dynamique familiale.

4. Tentatives de suicide et Conduites addictives :

L'utilisation des substances toxiques, l'abus ou la dépendance alcoolique sont répertoriés comme des facteurs indéniables du risque suicidaire. Il s'agit volontiers du passage à l'acte pouvant s'inscrire dans une crise suicidaire mais aussi la court-circuiter.

Les addictions doivent être par conséquent repérées, constituant un facteur important de récurrences. Lorsqu'elles sont corrélées à des facteurs sociaux et environnementaux, à savoir l'isolement, la séparation et les ruptures relationnelles, la mauvaise adaptation professionnelle, le risque de suicide sera alors très élevé. [70]

4.1. Alcoolisme

L'alcoolisme est associé à un risque accru de suicide, avec des taux de mortalité par suicide pour les alcooliques environ six fois supérieurs à ceux de la population générale [72 ; 73], et 30% à 40% des tentatives de suicide sont liées immédiatement à la consommation d'alcool.

Les explications de relation suicide-alcool sont multiples : biologiques psychologiques et sociales.

Les facteurs spécifiques qui augmentent le risque chez l'alcoolique :

- Alcoolisme d'installation précoce
- Alcoolisme chronique
- Ivresse aiguë
- Le sevrage
- Antécédent d'alcoolisme familial
- Humeur dépressive
- Les accès confusionnels
- Le délire
- Moindre rendement professionnel
- Déchéance psychosociale associés.

Les tentatives de suicide surviennent au cours ou au décours des ivresses normales ou pathologiques ou même aux moments dépressifs qui suivent les cures **de sevrage**.

En effet, les tentatives de suicide médicamenteuses chez les alcooliques ont une gravité supplémentaire puisque l'alcool potentialise les effets des médicaments ingérés à visée suicidaire [74].

4.2. Toxicomanie : [69]

Si les conduites toxicomaniaques peuvent être considérées comme des équivalents suicidaires, on peut également assister à d'authentiques passages à l'acte suicidaire au cours :

- d'une prise aigue de toxique ;
- dans un contexte confusionnel ;
- lors d'un sevrage (surtout la cocaïne et ses dérivés).

Le risque suicidaire est particulièrement important s'il existe une comorbidité dépressive ou psychotique.

5. Autres troubles psychiatriques :

5.1. Troubles anxieux :

La prévalence de suicide est élevée dans les troubles anxieux surtout les attaques de panique : « le risque de suicide est aussi élevé dans les troubles anxieux que dans la dépression » [75]

Selon Wissmann : « le risque de tentatives de suicide est multiplié par 18 dans un échantillon de population urbaine » [76]

5.2. Psychoses délirantes aiguës :

La conduite suicidaire est considérée dans ce cas en tant qu'une impulsion auto-agressive paradoxale et imprévisible, ou survenir au cours d'un raptus anxieux lié à un vécu de désintégration de la personnalité, associé à des manifestations hallucinatoires particulièrement envahissantes.

5.3. Maladie somatique : exemple de SIDA

Plusieurs auteurs observent que certaines pathologies somatiques augmentent le risque de suicide. C'est le cas de pathologies graves ou chroniques, comme un cancer, un traumatisme crânien ou un ulcère gastrique (Mackenzie 1987).

C'est également le cas pour l'infection par le VIH lors de la découverte du diagnostic et de l'entrée dans la phase de SIDA (Marzuk 1991). Dans cette dernière phase, on note selon les études une augmentation de la fréquence des morts par suicide de 16 à 36 fois par rapport à la population générale. Cependant, parmi la population de personnes atteintes de maladie somatique, y compris le VIH, le suicide survient rarement en l'absence d'une comorbidité psychiatrique (Marzuk 1991).

VI. CRITÈRES D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE :

Les échelles standardisées sont un élément essentiel pour l'évaluation du risque de suicide.

L'intentionnalité de l'acte suicidaire est évaluée par la létalité des gestes réalisés et correspond à l'intention de la gravité du projet suicidaire. Ce projet suicidaire peut être communiqué à des tiers par écrit ou oralement ce qui constitue un indicateur de gravité.

Il n'est d'ailleurs observé que la communication d'idées suicidaire à des tiers est retrouvée dans 60 % des suicidés mais le plus souvent peu de réponses adaptées ont été proposé par ces tiers.

Si le patient a présenté des symptômes de dépression, en particulier de désespoir, il est capital d'évaluer l'intentionnalité suicidaire. [77]

Les instruments élaborés par Beck sont intéressants dans l'évaluation du risque suicidaire : [78]

Tableau 3: Les échelles de Beck

Échelle	Type d'évaluation par le patient ou le médecin	Nombre des « items »	Année
BDI Beck Dépression Inventory	Auto-évaluation	13 ou 21 items	1970
Hopelessness Scale échelle de désespoir	Auto-évaluation	20 items	1974
SIS Suicide Intent Scale échelle d'intentionnalité suicidaire	Hétéro-évaluation Applicable aux suicidants	12 items	1974
SSI Scale for Suicide Ideation échelle d'idéation suicidaire	Hétéro-évaluation	19 items	1979

1. L'intérêt de l'évaluation du risque suicidaire : [78]

- ✓ Identifier les facteurs de risque et les caractéristiques des conduites suicidaires ;
- ✓ Évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée à l'aide de l'échelle RUD;
- ✓ Évaluer l'urgence ou l'imminence du passage à l'acte : le scénario suicidaire,

2. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck:

Le « Suicide Intent Scale [SIS] » mise au point par A.T. BECK en 1974 est la seule échelle qui ne s'intéresse qu'à l'évaluation de la tentative de suicide qui vient d'avoir lieu. Elle répond aux recommandations professionnelles de prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide [80]. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire applicable aux suicidant. Il sert à évaluer l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa tentative de suicide. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide abouti ultérieur [mais non du risque de nouvelle tentative de suicide]. La version initiale a été élaborée par A.T. BECK en 1974 et comporte 20 questions, divisée en 3 sections. Elle a été revue par D. W. PIERCE en 1977, qui en a fait une version à 12 questions, divisée en 3 sections [81] :

- Les circonstances de la tentative de suicide [6 questions] ;
- Les propos rapportés par le patient [self report] [4 questions] ;
- Deux questions sur la létalité évaluée par le médecin.

Le score total d'intentionnalité suicidaire est la somme des 12 questions. Il varie de 0 à 25 :

- Intentionnalité faible : 0 – 3.
- Intentionnalité moyenne : 4 – 10.
- Intentionnalité élevée : 11 -25.

Cette échelle a également l'intérêt sémiologique de structurer l'entretien avec le suicidant.

Annexe 2 : Échelle d'intention suicidaire pour les sujets ayant fait une TS

Échelle d'intention suicidaire

A/ CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES À LA TENTATIVE DE SUICIDE :

1/ Isolement

0 - Quelqu'un de présent

1 - Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple)

2 - Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal)

2/ Moment choisi

0 - Intervention probable

1 - Intervention improbable

2 - Intervention très improbable

3/ Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui

0 - Aucune précaution prise

1 - Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : seul dans sa chambre, porte non fermée à clef)

2 - Précautions actives (porte fermée à clef...)

4/ Appel à l'aide pendant ou après la tentative

0 - A averti de son geste une personne pouvant le secourir

1 - A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste

2 - N'a contacté ou averti personne

5/ Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : testament, cadeaux, assurance vie...)

0 - Aucune

1 - A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre

2 - A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs

6-preparation active de la tentative

0-aucune

1-minime a modéré

2-extensive

7/ Lettre d'adieu

0 - Pas de lettre

1 - Lettre écrite mais déchirée ou jetée

2 - Présence d'une lettre

8/communication expresse de l'intention avant le suicide

0-aucune

1-communication équivoque

2- communication sans équivoque

B /RAPPORT DU SUJET :

9/But invoqué de la tentative

0-pour manipuler l'environnement, attirer l'intention, se venger

1-mélange de « 0 » et « 2 »

2-pour s'échapper, différer, résoudre les problèmes

10/Estimation d'une issue fatale

0-a pensée que la mort était improbable

1-a pensée que la mort était possible mais non probable

2-a pensée que la mort était probable ou certaine

11/Estimation de la létalité de la méthode employée

0-a fait moins que ce qu'il estimait léthal

1-n'était pas sur que ce qu'il s'était fait serait fatal

2-a égalé ou excédé ce qu'il croyait être fatal

12/Gravité de la tentative

0-n'a pas sérieusement tenté de mettre fin à sa vie

1-incertain de gravité mortelle

2- a sérieusement tenté de mettre fin à sa vie

13-Attitude envers vivre/mourir

0-ne ne voulait pas mourir

1-mélange de « 0 » et « 2 »

2-voulait mourir

14-Estimation de l'efficacité d'une intervention médicale

- 0-pensait que la mort serait improbable s'il (elle) recevait une intervention médicale
- 1-etait incertain que la mort pouvait être visée après l'intervention médicale
- 2-etait sur de mourir même en cas d'intervention médicale

15-Degré de préméditation

- 0-aucune, impulsive
- 1-suicide envisagé moins 3 heures avant la tentative
- 2-suicide envisagé plus de 3 heures avant la tentative

C / AUTRES ASPECTS (non inclus dans le total de calcul de score)

16-reaction à la tentative

- 0-regrette de l'avoir fait ; se sent idiot (t), honteux (se)-encercler la bonne réponse
- 1-accepte à la fois la tentative et le fait d'avoir échoué
- 2-regrette d'avoir échoué

17-vision de la mort

- 0-vie au-delà, réunion avec les morts
- 1-sommeil sans fin, obscurité, la fin de tout
- 2-aucune idée aucune pensée concernant la mort

18-nombre de tentatives antérieures

- 0-aucune
- 1-une ou deux
- 2-trois ou plus

19-Relation entre consommation alcoolique et tentative

- 0-consommation avant la tentative mais sans rapport à la tentative, en quantité insuffisante selon la victime pour altérer le jugement l'évaluation de la réalité
- 1- suffisamment d'alcool pour altérer le jugement l'évaluation de la réalité et diminuer la responsabilité
- 2-consommation délibérer d'alcool pour faciliter le passage à l'acte

20-Relation entre la prise de drogue et la tentative (narcotique, hallucinogènes,...quand la drogue n'est pas la méthode employée pour le suicide

- 0-prise de drogue préalable, insuffisante pour altérer le jugement et l'évaluation de la réalité

1-prise de drogue pour suffisant pour altérer le jugement, l'évaluation de la réalité et diminuer la responsabilité

2-prise de drogue délibérée pour faciliter le passage à l'acte.

3. Échelle d'idéation suicidaire :

L'échelle d'idéation suicidaire élaborée par A.T. BECK en 1979 est une échelle qui s'intéresse à l'évaluation des idées de suicide. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire applicable aux suicidaires et comporte 19 items cotés de 0 à 2. Le score se situe entre 0 et 38. La passation est rapide faite au cours d'un entretien semi structuré.

Dans cette échelle on évalue :

- ✓ les idées suicidaires ;
- ✓ la létalité de la méthode envisagée ;
- ✓ la disponibilité de ces moyens d'autodestruction ;
- ✓ l'existence d'éléments dissuasifs.

Annexe 3 : Échelle d'idéation suicidaire

Échelle d'idéation suicidaire I /

CARACTERISTIQUES DE L'ATTITUDE VIVRE/MOURIR

1 / Désir de vivre :

1-moderé à fort

2-faible

3-nul

2 / Désir de mourir

1-nul

2-faible

3-moderé à fort

3 / Raisons pour vivre/mourir

1-vivre plutôt que mourir

2-a peu près égaux

3-mourir plutôt que vivre

4 / Désir de commettre une TS active

0-nul

1-faible

2-moderé à fort

5 / TS

passive

0-prendrait des précautions pour sauver sa vie

1-laisserait la décision vivre/mourir au hasard (par exp. traverse sans précaution une rue passante)

2-eviterait de librement les mesures nécessaire pour sauver ou maintenir sa vie (par exp.diabétique cessant la prise d'insuline)

Si les quatre entrés codés pour les items 4 ou 5 sont « 0 » sauter les sections II III IV

et entrer « 8 », non applicable dans chaque espace de codage vide

II/ CARACTERISTIQUES DE L'IDEATION/DESIR SUICIDAIRE

6 / Dimension temporelle : durée

- 1-bref, périodique éphémères
- 2-periodes plus longs
- 3-continu (chronique) ou presque continu

7 / Dimension temporelle : fréquence

0-rare, occasionnel

1-intermittent

9 / Contrôle sur l'action suicidaire/le désir d'acting out

2-persistant ou continu

8 / Attitude vers l'idéation/désir

0-rejet

1-ambivalent ; indifférent

2-accepte

0-a le sentiment de contrôle

1-contrôle incertain

2-n'a aucun sentiment de contrôle

10 / Facteurs dissuasifs d'une TS (par exp, famille, religion, risque une blessure grave en cas d'échec, irréversibilité)

0-ne tenterait pas le suicide à cause de cela

1-peu concerné par cela

2-peu ou pas de considération pour ces facteurs (indiquer les facteurs de dissuasion s'ils existent)

11 / Raison pour envisager une tentative

0-pour manipuler l'environnement, attirer l'attention se venger

1-mélange de « 0 » et de « 2 »

2-pour s'échapper différer résoudre les problèmes

III/ CARACTERISTIQUES DE LA TENTATIVE ENVISAGEE 12 /

Méthodes : spécificité / planification

- 1-non envisagés
- 2-envisagés, mais les détails ne sont pas élaborés
- 3-les détails sont élaborés /bien formulés

13 / Méthodes : disponibilité/opportunité

- 1-Méthodes pas disponibles pas d'opportunités
- 2-méthode prendrait trop de temps /d'effort ; opportunité pas vraiment présente
- 3-a) méthode et opportunité disponibles
b) opportunité future ou disponibilité de la méthode anticipée

14 / Sentiment de « capacité » à accomplir la tentative

- 1- aucun courage, trop faible, peur, incompetence
- 2- pas sûr d'avoir le courage, la compétence
- 3- sûr de sa compétence, de son courage

15 / Attente /anticipation de la tentative

- 1-non
- 2-pas sûr, incertain
- 3-oui

IV / ACTUALISATION DE LA TENTATIVE ENVISAGÉE

16 / Préparation effective

- 1- aucun
- 2- partielle (par exp. commence à collecter des cachets)
- 3- complète (par exp. avait des cachets, un rasoir, une arme chargée)

17 / Lettre d'adieu

- 1- aucun
- 2- commencé mais pas terminée ; y'a seulement pensé
- 3- complété

18 / Actes ultimes anticipant la mort (par exp.assurance, testament, cadeaux)

- 1-aucun
- 2-y a pensé ou a fait quelques arrangements
- 3-a fait des plans définitives ou à complétés les arrangements

19 / Dissimulation de la tentative envisagée (concerne la communication de l'idéation à l'enquêteur clinicien)

- 1-revelé ouvertement l'idéation
- 2-dévoile partiellement l'idéation
- 3-tenete de dissimuler

V/ FACTURS CONTEXTUELS

Les items 20 et 21 ne sont pas inclus dans le score total

20 / TS antérieurs

- 1-aucune
- 2-une
- 3-plus d'une

21 / Intention de mourir lors la dernière TS

- 1-faible
- 2-moderé, incertaine, ambivalente
- 3-elevé

4. Échelle de: Risque Urgence Danger (RUD) d'évaluation du potentiel suicidaire :

Triple évaluation du potentiel suicidaire ; l'évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée.
 l'évaluation comprend celle du Risque, de l'Urgence et de la Dangerosité (3 variables indépendantes).
 pour des fins cliniques, le potentiel suicidaire peut s'évaluer selon qu'il est **faible, moyen ou élevé**.
 Nous citerons ci dessous les facteurs de risques / facteurs protecteurs pour bien expliquer l'intérêt de l'échelle.

R : Risque

Facteurs de risque (tableau d'après Terra)

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs psycho-sociaux
Pathologie psychiatrique: dépression, abus/ dépendance de substances Psychose Troubles de la personnalité Antécédents personnels de TS Situation de conflit avec les proches	Antécédents de suicide Maltraitance: placements, abandons Sévices physiques et/ou sexuels	Pertes et séparations Deuil, endeuillé par suicide Isolement social Contexte de « contagion » du suicide Position sociale

R : Risque

Facteurs protecteurs (APA)

- Avoir des enfants au domicile (sauf pour psychose post partum)
- Sentiment de responsabilité vis à vis de sa famille
- Grossesse
- Religion
- Bonne capacité à résoudre des problèmes
- Soutien social
- Relation thérapeutique positive

U : Urgence

- Probabilité de mourir dans les 48h
- Elle se fonde sur :
 - la persistance des idées suicidaires (fréquence, intensité)
 - l'absence d'alternative autre que le suicide (degré de désespoir)
 - le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte
 - le niveau de soutien, mobilisation du groupe

- **Faible** : pense au suicide, pas de scénario précis
- **Moyenne** : scénario envisagé, mais reporté
- **Élevée** : planification claire, passage à l'acte prévu et imminent

D : Danger

- Dangérosité du scénario suicidaire :
 - létalité du moyen
 - accessibilité
- Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangérosité comme extrême et agir en conséquence

VII. ASPECTS RELIGIEUX ET CULTURELS DU COMPORTEMENT SUICIDAIRE :

La différence épidémiologique du taux de suicide à travers les pays a poussé les chercheurs à s'intéresser aux facteurs prédisposants au risque suicidaire. Beaucoup d'études s'accordent que la religion et la culture sont impliquées dans la compréhension du comportement suicidaire et qu'en fait elles devraient être intriquées parmi les stratégies de prévention des tentatives de suicide.

Ceci amène à poser certaines questions :

- ✓ Y a-t-il un lien entre les facteurs religieux et culturels et les conduites suicidaires ?
- ✓ Quelle est la part de la religion et celle de la culture ou les deux dans le comportement suicidaire ?

1. Aspects religieux :

De nombreuses études ont montré que le comportement suicidaire est moins important chez les personnes religieuses [84], [85], [86]. Par exemple, McClain Jacobson [84] a mené une étude dont le but est d'évaluer le niveau psychologique par rapport à la croyance de la présence d'une vie après la mort chez une population suivie pour maladie cancéreuse terminale. Trois groupes ont été identifiés ; les croyants, les non croyants et les non sûrs. D'après cette étude, il n'y a pas de différence significative d'anxiété et de dépression entre les différents groupes. Par contre, plus que le groupe est non croyant, plus il y a présence du désespoir, des idées suicidaires et du désir de mourir le plus tôt possible.

Daniel et al ont réalisé une étude où il a été conclu que l'activité religieuse reste significativement associée à une baisse de tentatives de suicide.

En somme, la religion peut protéger contre les tentatives de suicides en donnant à la personne un sens à sa vie, par des valeurs morales ou en étant source d'espoir et de courage dans les moments difficiles [90].

il a été démontré que chez les sujets atteint d'affection psychiatrique, l'impacte de la religiosité sur le comportement suicidaire est similaire à celui observé dans la population générale.

Dans notre contexte Algérien, la religion occupe une place importante dans notre société, tant sur le plan des croyances, que sur le plan des pratiques. Cela se traduit sur les manifestations cliniques de l'idéation et du comportement suicidaire. Ainsi les psychiatres sont souvent confrontés à des situations de patients souffrants énormément d'une symptomatologie dépressive, à tel point qu'ils demandent le pardon de la part du Dieu à chaque fois que surgisse une idée suicidaire ou une intention de passer à l'acte suicidaire.

2. Aspects culturels :

Les facteurs culturels jouent un rôle très important dans les variations nationales et régionales du taux de suicide [99].

Le taux de suicide chez les adolescents est le plus élevé au monde. Selon M. Samy [100], la révolution tranquille et l'éclatement de la famille seraient des facteurs clés du phénomène. Un autre facteur serait la possibilité de suicide qu'offre la société " nous vivons dans une société qui accorde de la valeur à la qualité de vie plutôt qu'à la durée de vie..."[101] Crow 1987.

Par exemple;Le taux de suicide au Japon a d'ailleurs toujours été très élevé. Contrairement aux civilisations occidentales, ce n'est pas dans les villes mais à la campagne que le taux de suicide y est le plus élevé. Le rituel du suicide, le [seppuku] a été pratiqué par la noblesse et les guerriers [samourais]. Le suicide pratiqué à la mort de son supérieur est appelé Junshi. De manière générale, la culture japonaise ne condamne pas le suicide [102].

VIII. TENTATIVES DE SUICIDE ET AGE :

Les suicides et les tentatives de suicide frappent partout et à tous les âges, de l'enfance à la vieillesse mais leur taux diffèrent de façon spectaculaire avec l'âge. [14].

Les taux ont tendance à augmenter avec l'âge, mais on a récemment constaté un accroissement alarmant des comportements suicidaires chez les jeunes de 15 à

25 ans dans le monde entier. Dans tous les pays, le suicide est maintenant l'une des trois principales causes de décès chez les personnes âgées de 15-34 ans et prédominant chez les personnes âgées. [103]

1. Tentatives de suicide chez l'enfant [104/105/106]

De nombreux accidents domestiques ou de comportements de mise en danger de la part de l'enfant pourraient comporter une dimension suicidaire, souvent méconnue et s'exprime de façon plus indirecte soit par :

- Dessins traduisant des préoccupations pour la mort ;
- La survenue de plaintes somatique : douleurs, maux de tête ;
- Des blessures à répétition ; Une hyperactivité ;
- Une encoprésie (défécation "involontaire" ou délibérée dans des endroits non appropriés) ;
- Des troubles de sommeil ;
- Une tendance à l'isolement ;
- Des troubles d'apprentissage.

Les outils utilisés pour poser le diagnostic de suicide ou de tentative de suicide sont, dans la quasi-totalité des cas, des outils construits sur les bases de la clinique de l'adolescent.

Parmi les facteurs de risque chez l'enfant :

- Perturbations des interactions entre l'enfant et ses parents, et ce, d'autant plus que ces perturbations concernent les interactions précoces, fragilisant les assises narcissiques de l'enfant
- Perturbations du fonctionnement familial (discord parental, situations de séparation conflictuelle du couple dans laquelle on fait jouer à l'enfant le rôle de témoin, certaines situations de monoparentalité dans lesquelles l'enfant n'est plus à sa place d'enfant mais de partenaire voire de thérapeute du parent qui l'élève...)
- Toutes les formes de violence, de traumatisme, d'abus sexuels, de carences....
- Antécédents de suicide dans la famille ;

TENTATIVES DE SUICIDE

- Psychopathologie parentale (notamment antécédents de dépression) ;
- Absence de représentations de la mort chez le jeune enfant ;
- Toute fragilité concernant l'estime de soi : dépression, trouble de la personnalité, de nature psychotique notamment...

Les conduites suicidaires chez l'enfant sont un signe d'appel qu'il faut savoir entendre, y être attentif et le prendre en compte.

La précocité de la reconnaissance des troubles et des interventions thérapeutiques, la capacité des parents à entendre la souffrance de leur enfant et à se mobiliser psychiquement, à accepter et demander l'aide d'un ou plusieurs tiers, la qualité des moyens d'évaluation et d'interventions thérapeutiques ou sociales, jouent un rôle important dans l'évolution et le pronostic de ce type de manifestation.

TENTATIVES DE SUICIDE

2. Tentatives de suicide chez l'Adolescent : [104/105/106]

Contrairement à l'enfant, la question du suicide chez l'adolescent est actuellement très largement débattue. Elle est devenue un enjeu majeur de Santé Publique dans tous les pays occidentaux.

- Taux de décès par suicide chez les 15-24 ans : augmentation de 200 à 800% depuis 1960 ;
- Suicide = 2ème cause de mortalité dans cette tranche d'âge, en Occident ;
- Fréquence plus élevée de suicide chez les garçons alors que les TS sont plus fréquentes chez les filles ;
- Fréquence des récurrences importante : 30 à 50% la 1ère année. La gravité augmente au fur et à mesure des récurrences avec un risque de décès dans la première année de 1 à 2 %. [107]

La question du passage à l'acte (suicidaire ou d'une autre nature) chez l'adolescent implique non seulement le pronostic physique voire vital du jeune, mais aussi ce que l'on pourrait appeler son "pronostic psychique".

Les idées suicidaires sont très fréquentes à l'adolescence. Il faut être attentif au sujet qui exprime des idées suicidaires et ne pas en banaliser l'expression d'autant que celle-ci ne préjuge en rien de la réalisation ou non d'un geste suicidaire.

A côté des idées suicidaires, certaines conduites à risques peuvent parfois prendre une signification suicidaire. Dans d'autres cas, elles peuvent aussi être une expression de toute-puissance devant le danger.

Le geste suicidaire - ou son équivalent - chez l'adolescent n'a évidemment pas "d'explication" univoque. Il faut donc bien se garder de le stigmatiser en ne le considérant que sous le primat de la problématique adolescente... Le suicide, quel que soit l'âge auquel il survient, représente avant tout une vicissitude de la trajectoire d'un sujet et ne peut être réduit à un avatar isolé du développement.

Par ailleurs, il ne semble pas exister d'organisation de la personnalité particulière se rattachant au risque suicidaire à l'adolescence.

Comme le constatent fréquemment les parents d'adolescents mais aussi tous les professionnels amenés à rencontrer des jeunes, l'adolescent, bien souvent, agit- réagit,

TENTATIVES DE SUICIDE

souvent de façon impulsive, comme s'il court-circuitait la pensée et la souffrance psychique qui s'y rattache. Cette tendance à l'agir est actuellement considérée par de nombreux auteurs comme un processus défensif visant à évincer les conflits intrapsychiques sous-jacents. Ces conflits sont en particulier de nature identitaire, en lien avec les profonds remaniements pubertaires.

Il existe souvent des éléments précurseurs, susceptibles d'être repérés par le médecin, la famille, le milieu scolaire...

Il faut être attentif à certains signes avertisseurs :

- Un fléchissement inattendu des résultats scolaires, les échecs scolaires ;
- Profonde dépression, fatigue extrême ou tristesse constante ;
- Sentiment de désespoir ;
- Éloignement des membres de la famille et retrait des affaires familiales ;
- Éloignement des amis et retrait des activités sociales habituelles ;
- Perte d'intérêt dans les activités que la personne aimait auparavant ;
- Cesser de s'occuper de son apparence (se laver, porter des vêtements propres, se peigner)
- Se déprécier constamment ;
- Commencer à consommer drogue et alcool, ou en consommer davantage ;
- Penser à des gens morts ou qui se sont suicidés et en parler ;
- Mentionner le suicide ou la mort au cours de conversations, dans le travail scolaire ou dans des créations artistiques ;
- Faire don d'objets personnels importants.

Le simple fait de présenter ces signes avertisseurs ne signifie pas que les personnes en cause pensent au suicide. En fait, la plupart des gens ont ces sentiments ou montrent ces signes pendant de brèves périodes à un moment donné.

Il faut toutefois s'inquiéter si ces réflexions, sentiments ou signes persistent pendant plusieurs jours ou semaines et s'accompagnent de changements majeurs de la personnalité ou de la capacité de fonctionner.

L'expression répétitive d'une intentionnalité suicidaire est un motif suffisant d'intervention.

Les tentatives de suicide sont le plus souvent médicamenteuses : Les médicaments sont en général ceux de la famille, le plus souvent de la mère.

TENTATIVES DE SUICIDE

- ***Les facteurs de risque principaux à rechercher :***
 - ✓ Antécédents personnels de : Tentative(s) de suicide ;
 - ✓ Antécédents de suicide ou de tentative de suicide dans la famille ou dans l'entourage ;
 - ✓ Fugue(s) ;
 - ✓ Rupture scolaire ;
 - ✓ Mauvais état de santé ;
 - ✓ Précarité de la situation familiale et de l'insertion sociale ;
 - ✓ Consommation de toxiques ;
 - ✓ Maltraitance et abus sexuels ;
 - ✓ Troubles psychiques (dépression...).
 - ✓ Il existerait aussi des facteurs génétiques

Une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence ». Elle ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans sa dangerosité. Outre la possibilité de survenue de complications médicales potentiellement mortelles à court terme, le risque principal est la prolongation d'une souffrance qui peut s'exprimer par une récurrence suicidaire.

TENTATIVES DE SUICIDE

3. Tentatives de suicide chez l'Adulte :

Durant la période adulte, plusieurs facteurs de risque s'ajoutent et peuvent conduire à des tentatives de suicide et même à des suicides aboutis d'emblée.

Parmi ces facteurs, on peut citer :

[8]

- Les antécédents de tentatives de suicide. C'est le premier facteur de risque à rechercher. Le risque est très augmenté dans l'année suivant le geste mais reste plus élevé même à distance puisque 10 % des sujets qui ont effectué une tentative de suicide décèdent par suicide dans les 10 ans
- Une maladie psychiatrique associée (dépression, troubles anxieux, schizophrénie)
 - L'existence d'antécédents de suicide ou de tentatives dans la famille ;
 - La communication claire d'une intention suicidaire ou le caractère très impulsif de la personnalité
- Les pertes parentales précoces ;
- L'isolement affectif notamment si l'entourage socio familial est défectueux (les veufs, divorcés, célibataires sont plus exposés) ;
- Les évènements de vie négatifs ;
- L'isolement socioprofessionnel, le chômage ;
- Des conflits avec la hiérarchie ou le conjoint, des arrêts de travail à répétitions, un sentiment d'incapacité d'inefficience ou inutilité dans le travail et dans les relations sociales ;
- Des consultations médicales itératives pour des douleurs ou fatigue ;
- Maladies graves ;
- La toxicomanie ;
- Les blessures narcissiques ;
- L'émigration....

Un rapport inverse s'observe pour ce qui est des tentatives de suicide en fonction du sexe : la tentative de suicide est 3 fois plus fréquente chez la femme [108] que chez l'homme alors que ce dernier se suicide plus que la femme. [109]

TENTATIVES DE SUICIDE

Tableau 4 : Facteurs de risque de suicide selon l'âge, d'après Klerman GL. (1987)

Les adultes jeunes moins de 30 ans	Les adultes plus de 30 ans
Histoire familiale de suicide	Histoire familiale de suicide
Antécédent de TS	Trouble psychiatrique (trouble de l'humeur, schizophrénie, alcoolisme)
Trouble psychiatrique (trouble de l'humeur, abus de substance)	Vivre seul, en particulier être séparé, veuf ou divorcé
Mini épidémie dans le groupe	Perte de soutien social
Histoire de délinquance, ou de comportement semi-délinquant, même en l'absence de trouble psychique	Dégradation du statut socio-économique
Présence d'arme à feu au domicile	Maladie somatique
	Chômage
	Déclin socio-économique
	Perturbations psychologiques

4. Tentatives de suicide chez le sujet âgé :

Les tentatives de suicide réalisées par les personnes âgées sont plus meurtrières.

Cette létalité plus grande est fonction de plusieurs facteurs :

- ✓ La réduction de la résistance physique [plus de maladies physiques] ;
- ✓ Plus d'isolement social (diminution de risque de sauvetage) ;
- ✓ Une plus grande détermination à mourir [110].

L'utilisation plus violente et potentiellement mortelle de méthodes et d'appliquer ces méthodes avec une plus grande planification de mettre fin de sa vie. [111].

Les idées suicidaires sont rarement exprimées de façon explicite mais plutôt allusivement : « Laissez-moi partir... »

TENTATIVES DE SUICIDE

A noter que la dépression, les maladies physiques, le départ en institution (hôpital maison de retraite...), le décès du conjoint sont des facteurs de vulnérabilité. [8]

IX. PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE :

1. Accueil [112/104/8]

Aux urgences, il faut tout d'abord assurer la sécurité du patient en prenant :

- ✓ Des mesures de réanimation nécessaire : i n s t a u r e r immédiatement le traitement d'intoxication (lavage, antidote) et se méfier de la toxicité des médicaments ingérés ;
- ✓ Une prise en charge chirurgicale ou médicale d'urgence en fonction des cas ;
- ✓ Un examen clinique complet du suicidant ;

Après l'évaluation du médecin généraliste au service hospitalier, l'avis psychiatrique est indispensable.

Le premier entretien permet :

- ✓ D'aborder et interroger le sujet suicidant ;
- ✓ D'identifier l'existence de facteurs précipitant ;
- ✓ De distinguer entre crise psychosociale et crise en rapport avec un trouble mental afin d'orienter la prise en charge et les interventions proposées ;
- ✓ D'analyser les circonstances qui conduisent la personne à vouloir mourir ;
- ✓ De préciser les caractéristiques psychosociologiques du sujet : La structure de la personnalité, L'existence d'une pathologie sous-jacente, L'existence de symptômes dépressifs ou impulsifs, La qualité de l'entourage.

Il s'agit ensuite d'assurer la prophylaxie des récurrences et d'envisager la valeur symptomatique du geste suicidaire.

Ensuite, plusieurs décisions restent possibles :

- ✓ Sortie avec consultation ambulatoire ;
- ✓ Hospitalisation en milieu psychiatrique.

TENTATIVES DE SUICIDE

2. L'hospitalisation :

L'hospitalisation sera imposée en cas :

- ✓ D'urgence ;
- ✓ De suicide planifié ;
- ✓ De disponibilité de moyens mortels ;
- ✓ Si le sujet présente d'importants troubles de jugement ;
- ✓ Si le sujet est froid et coupé de ses émotions, ou impulsif ;
- ✓ S'il refuse toute coopération, une hospitalisation sans consentement est nécessaire.

L'intérêt de l'hospitalisation est multiple :

- ✓ Protéger la vie de sujet en l'éloignant des moyens ;
- ✓ Mettre temporairement à distance les situations ayant précipité l'état actuel de la crise suicidaire ;
- ✓ Établir une relation de confiance de qualité suffisante ;
- ✓ Réévaluer plus finement et ultérieurement l'état psychiatrique et contexte de la personne Poser le diagnostic de trouble psychiatrique éventuel responsable de cette tentative de suicide.

Il faut absolument surveiller le patient hospitalisé vu que le suicide en milieu hospitalier est bien connu et décrit par les auteurs depuis longtemps et représente 5 % des suicides [113, 114,115] ; d'où la nécessité de prendre certaines précautions qui consistent à limiter l'accès à des moyens mortels en particulier la défenestration et la pendaison :

- ✓ Suppression des moyens d'appui résistant au poids de sujet et permettant une pendaison crochets triangles poignés ;
- ✓ Ouvertures limitées des fenêtres ;
- ✓ Éloignement de certains moyens (couteaux, ceintures, médicaments...).

Si la situation l'exige, le sujet devra être installé dans une chambre proche du lieu de soin.

Une surveillance rapprochée devra être prescrite à l'hôpital lors des périodes de changement (début ou fin d'hospitalisation, transfert dans une autre chambre, absence de médecin référent habituel) qui sont des périodes où le risque est plus élevé.

3. Traitement pharmacologique

L'objectif du traitement pharmacologique est le soulagement des symptômes aigus, et le contrôle de l'étiologie responsable de la conduite suicidaire.

Parmi les médicaments qu'on peut prescrire :

TENTATIVES DE SUICIDE

- ✓ Les Antidépresseurs sédatifs à dose efficace par voie parentérale ;
- ✓ Les Benzodiazépines ;
- ✓ Les Neuroleptiques ;
- ✓ Thymorégulateurs.

Tableau 5 : Étude de l'intérêt des médicaments dans le traitement de risque suicidaire [116]

Le médicament	Rôle dans le traitement de risque suicidaire
Antidépresseurs	<p>– Aucune étude versus placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout venant.</p> <p>– De nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés.</p> <p>Ceci n'exclut pas la possibilité de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire</p>
Neuroleptiques	<p>Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de tentative ou de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie ; il existe quelques arguments en faveur d'un effet protecteur des neuroleptiques atypiques.</p>
Benzodiazépines	<p>–Elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire.</p> <p>–Aucune étude expérimentale n'est venue confirmer la nécessité d'associer systématiquement les benzodiazépines aux antidépresseurs</p>
Lithium	<p>- indication dans la psychose maniaco-dépressive bipolaire : le risque suicidant revient à un taux proche de celui de la population générale, du moins après une année de traitement.</p> <p>– Formes unipolaires : ce résultat n'est pas retrouvé.</p>

4. Psychothérapie :

Elle joue un rôle important dans le traitement des individus avec des idées et conduites suicidaires. Plusieurs preuves soutiennent l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de certains troubles : le trouble dépressif majeur et la personnalité limite, qui sont les plus associés à un risque de suicide. [116]

Les types de psychothérapie les plus indiqués sont :

- Les psychothérapies telles que la psychothérapie interpersonnelle et la thérapie cognitive de comportement peuvent être indiquées pour les comportements suicidaires, survenant dans un contexte dépressif.

TENTATIVES DE SUICIDE

- La psychothérapie structurée type cognitivo-comportementale peut être utilisée en cas de désespoir.
- La thérapie psycho dynamique et la thérapie comportementale dialectique peut être utile chez les patients suicidants avec un diagnostic de trouble de la personnalité type borderline.

5. Suivi :

Il existe peu d'études concernant le suivi des patients après une tentative de suicide.

Or, il existe un risque important de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte : environ 10 à 20 % des patients. Néanmoins, le problème est que les suicidants ne se plient pas facilement au suivi, en particulier après un passage aux urgences ou une hospitalisation de courte durée.

Les études montrent en tous cas que le suivi est essentiel, notamment lorsque des troubles psychologiques sont associés, telles que la dépression ou la schizophrénie. [116]

Mais sa mise en place doit se faire de manière adaptée, en fonction de l'évolution du ,contexte.....Ce suivi exige :

- ✓ d'organiser les soins dès le début ;
- ✓ favoriser l'établissement d'un lien de confiance entre les intervenants, le patient et son entourage ;
- ✓ que le suivi soit assuré par une personne déjà impliquée dans la prise en charge ou connue du patient, comme son médecin traitant ;
- ✓ une attention et une mobilisation soutenues durant l'année qui suit le début de la crise.
- ✓ Une réévaluation de la situation après quelques jours est toujours souhaitable. Elle permet à la personne de se fixer des échéances pragmatiques et atteignables .on considère que même chez une personne sans facteur de risque primaire, une vigilance de l'entourage est nécessaire dans l'année suivant une crise suicidaire ou une tentative de suicide. [116].

TENTATIVES DE SUICIDE

6. Rôle de la famille :

Un entretien avec le conjoint ou la famille doit être réalisé. Cet entretien sera important plusieurs raisons. Il permettra d'évaluer l'impact de la tentative de suicide sur la famille, de se faire une idée de la crise sous-jacente sur laquelle ce symptôme essaie d'insister, enfin d'évaluer ce qui pourrait se passer à la sortie du service des urgences.

7. Prévention :

L'identification de plus en plus précise et étendue des facteurs de risque suicidaires ne permet cependant pas de pouvoir prédire un suicide. Les différents facteurs de risque ont une utilité en pratique clinique, leur connaissance permet d'envisager deux types d'actions préventives :

- L'une vise à mieux traiter certains facteurs de risque curables tels les troubles psychiatriques en particulier la dépression ;
- La seconde consiste à identifier des populations à haut risque suicidaire de manière à leur appliquer des mesures préventives ;

Quatre types d'interventions peuvent être instaurés lors des tentatives de suicide :

1. Repérage et intervention lors des situations de crise suicidaire
2. Prise en charge des suicidants
3. Amélioration du diagnostic et traitement des troubles mentaux
4. Prévention du suicide auprès des sujets à risque.

PARTIE

PRATIQUE

I. INTERET :

Les tentatives de suicide constituent des situations urgentes souvent rencontrées au niveau des urgences d'un hôpital général ou psychiatrique.

Notre travail vise à dégager une approche des tentatives de suicide dans la ville de Tlemcen.

Ce travail est basé sur une étude transversale sur 06 mois portant sur les patients présentant une tentative de suicide et vus au CHU Tlemcen.

II. OBJECTIFS :

Notre travail a pour objectifs de :

1. Déterminer la prévalence des tentatives de suicide au niveau de la population consultante au niveau du service psychiatrique CHU Tlemcen;
2. Décrire les principales caractéristiques sociodémographiques et cliniques des suicidants ;
3. Déterminer les étiologies psychiatriques les plus fréquentes ;
4. Établir des corrélations entre les différents paramètres (âge, sexe, intégrations professionnelles....) et le risque de tentatives de suicide.

III. MÉTHODOLOGIE ET OUTILS D'ÉTUDE :

L'étude a été réalisée au niveau du service de Psychiatrie de l'hôpital CHU Tlemcen Tidjani Damerdji.

1.Recrutement des données :

1-1.Durée de l'étude:

Il s'agit d'une étude transversale sur 06 mois entre le 01 juillet 2015 et le 31 décembre 2015.

1-2.Population cible :

Nous avons inclus dans notre étude toute personne venant pour consultation ou hospitalisation pour un motif de tentative de suicide [TS] quelque soit la nature de la maladie et quelque soit l'âge.

Une annonce a été lancée aux urgences du CHU de Tlemcen et au niveau du service de psychiatrie.

1-3.Evalueurs :

3 médecins internes aux niveau du service de psychiatrie.

2.Présentation du questionnaire :

Le questionnaire de l'étude a été le fruit d'une lecture de la littérature sur les conduites suicidaires, notamment les facteurs de risque de suicide ont été inclus.

Le questionnaire comportait au total 55 items.

Il s'organisait autour de trois thèmes :

- Une première partie concerne les caractéristiques socio-démographiques du suicidant à savoir l'âge, le sexe, la profession, le milieu de vie, le niveau socio-économique et d'instruction... ;

- Une deuxième comporte les facteurs cliniques tels que les antécédents de TS et les antécédents de consultation ou hospitalisations psychiatriques personnels et familiaux, ainsi que la notion d'usage des substances, leur mode et leur nature... ;

- La dernière partie est réservée aux gestes suicidaires, moyens de la TS, son déroulement, ses circonstances (lieu et temps), les motifs invoqués et les soins...

Questionnaire utilisé dans notre enquête :

Annexe 4 : Questionnaire de notre étude

Questionnaire : les tentatives suicide AU NIVEAU DU CHU TLEMECEN A/ DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES :

- Nom et prénom :
- N° de TEL :
- Adresse :
- N° Dossier :
- Age : - SEXE :
- Situation maritale :
Célibataire marié 1fois divorcé veuf
Divorcé plusieurs fois polygame séparé 1fois
- Vit seul :
Oui non
- Perte des parents :
Les deux un parent non
- Perte de conjoint :
Oui non
- Nombre d'enfant :
Pas d'enfants 1 à 2 enfants > à 2 enfants
- Nombre de fratrie : rang de fratrie :
- Niveau d'instruction :
Non scolarisés primaire
secondaire supérieur
- Profession :
Oui non si oui préciser :
- Intégration professionnelle ou scolaire :
Bonne moyenne nulle
- Ressources financières :
Professionnelles parents autres
- Milieu de vie :
Rural urbain

B/ ANTECEDENTS :

- Antécédents personnels T.S :
Oui non
- Si oui :
Combien de fois :
Délai de dernière de T.S :
- Antécédent personnel d'hospitalisation psychiatrique :
Oui non
*si oui combien de fois :
- Antécédents personnels de consultation psychiatrique :
Oui non
- Nature de la maladie si Antécédent psychiatrique :
1-trouble panique 2- trouble anxieux généralisé 3- T.O.C
4-PTSD 5- trouble phobique 6- Tb dépressif unipolaire
7-Trouble bipolaire 8- schizophrénie 9- paranoïa
10-B.D.A 11- psychose induite 12- toxicomanie [abus et /ou Dép.]
13- Alcoolisme (abus et /ou dép.) 14- Personnalité psychopathique
15- personnalité hystérique 16-Autres personnalité pathologiques 17- Tb d'adaptation

18- autres

- Usage de substances : Oui non
Abus dépendance Les deux occasionnels
*si oui les quels :
Cannabis psychotropes solvants
Alcool autres

- Pratique religieuse :
Pratiquant non pratiquant non croyant

- Antécédents familiaux de consultation psychiatrique :

Oui non

- Antécédents familiaux d'hospitalisation psychiatrique :

Oui non

- Antécédents familiaux de TS :

Oui non

- Antécédents familiaux de suicide :

Oui non

C/ LA TENTATIVE DE SUICIDE :

- Moyens utilisés :

Pendaison défenestration phlébotomie
Gaz Insecticide caustique
takaoaut autres médicament

- *si médicament :

Benzodiazépines antidépresseurs neuroleptique
Phénobarbital AINS-antalgique ATB autres

- *obtenus par :

Médecin généraliste Psychiatre Trafic d'ordonnance

- Intimité :

Seul devant assistance

- Lieu de TS :

Domicile extérieur

- Déroulement de l'acte :

Impulsif prémédité confusion angoisse

- Demande de l'aide de l'entourage :

Oui non

- Idéation suicidaire avant l'acte :

Présent absente

- Divulgence de l'intention suicidaire à un proche :

Oui non

- Divulgence de l'intention suicidaire :

Oui non

- Soins médicaux :

Pas nécessaire soins ambulatoires hospitalisation
Réanimation Observation chirurgie

- Motifs invoqués :

Conflits familiaux difficultés professionnelles financières
Conflits conjugaux perte d'emploi perte d'un bien
Échec hallucination délire mort d'un être cher Maladie
grave déception affective réticence autres

- Regrets :

Oui non

Veut refaire TS Oui non

3. Méthodes statistiques

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS

IV. RÉSULTATS :

A/Résultats Descriptifs :

Entre juillet 2015 et Décembre 2015, nous avons recruté 92 patients, ce qui représente une prévalence de 3% de l'ensemble des consultants à l'hôpital CHU Tlemcen durant la période d'étude.

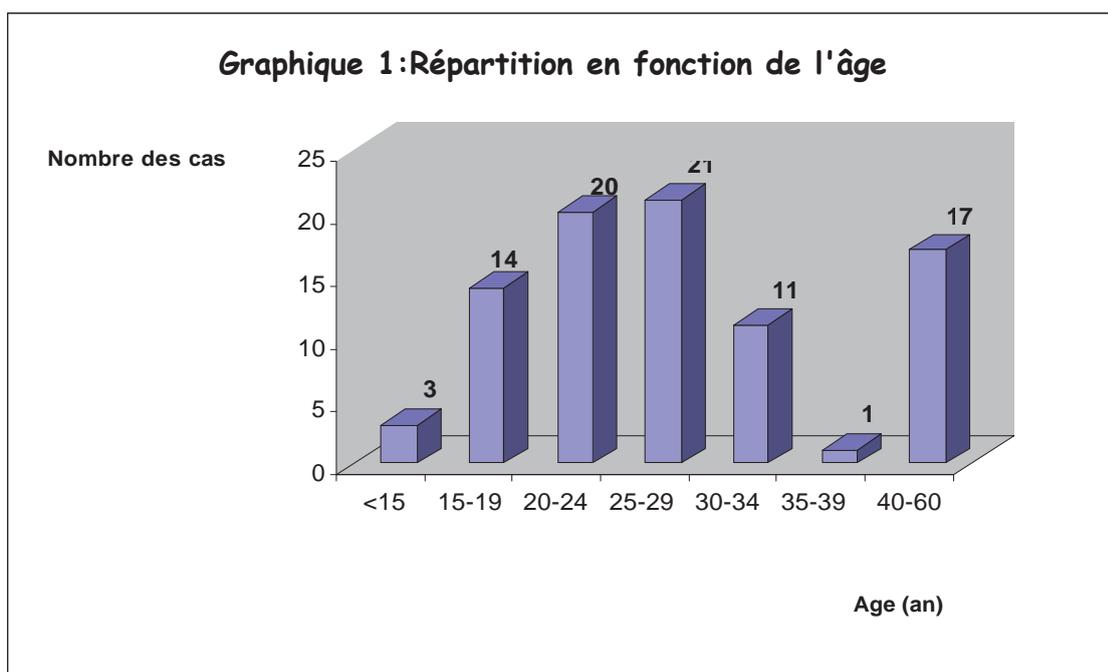
1. Données sociodémographiques :

1-1. L'âge :

L'âge moyen de l'échantillon était de 25 ans +/- 10 ; avec des extrêmes d'âge de 11 ans à 60 ans.

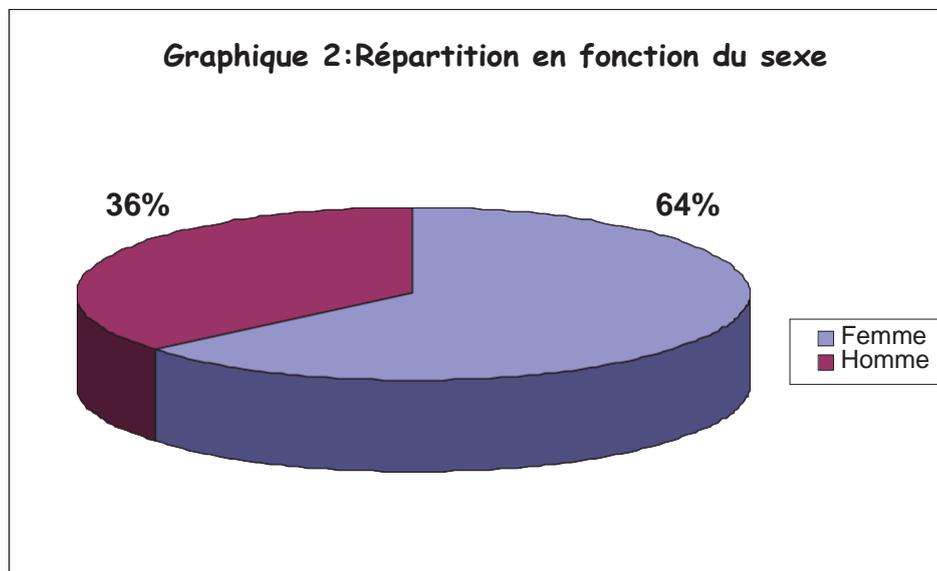
La tranche d'âge de 15 - 24 ans (Adolescents) représentait 39 % et celle de 15 à 30 ans représentait 63 %.

3 sujets avaient un âge inférieur à 15 ans



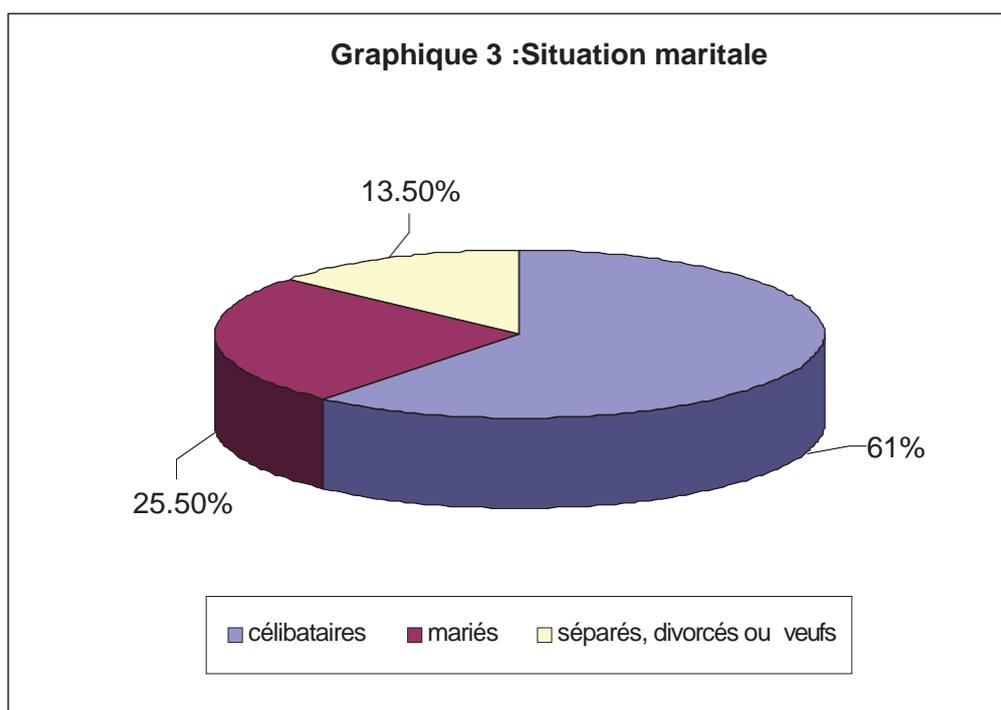
1-2 Le sexe :

Parmi les 92 patients inclus dans l'étude, nous avons constaté une surreprésentation féminine avec 59 femmes [64 %] pour 33 hommes [36 %].



1-3. Situation maritale :

61 % étaient célibataires, un quart (25,5 %) des cas étaient mariés et 13,5 % étaient séparés, divorcés ou veufs.



1-4.Vie solitaire :

On note que la majorité des patients vivaient en famille et seulement 18 % vivaient seuls.

Tableau 6 : Répartition des sujets en fonction de leur vie solitaire

Le patient vit-il seul ?	Nombre des cas	Pourcentage
-Oui	76	82 %
-Non	16	18 %

1-5.Perte des parents

Concernant la question de perte des parents : 40% des suicidants avaient les 2 parents vivants contre 60 % ayant perdu un ou les 2 parents.

Tableau7 : Répartition en fonction de pertedes parents

Perte parents	Nombre des cas	Pourcentage
Les 2 Parents	16	17,6 %
Un parent	39	42,9 %
Parents vivants	36	39,6 %

1-6.Perte de conjoint :

La notion de perte de conjoint ne concernait que 16% des patients interrogés.

Tableau 8 : Répartition en fonction de perte du conjoint

Perte du conjoint	Nombre des cas	Pourcentage
-Oui	9	16.4 %
-Non	46	83,6 %

1-7.Nombre d'enfants :

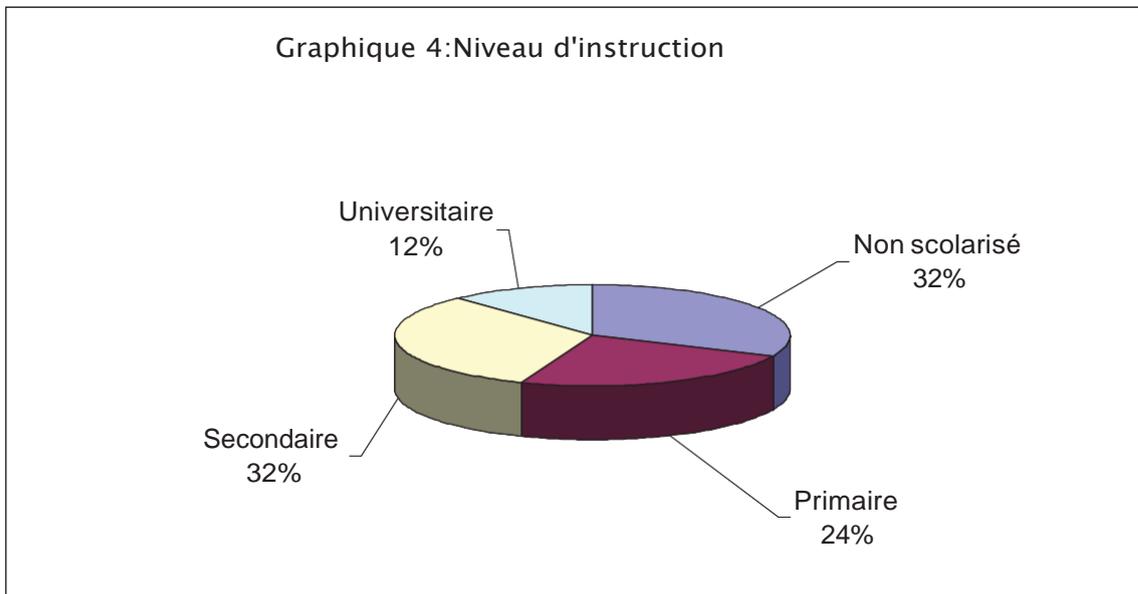
La moitié des suicidants n'avaient pas d'enfants, alors que l'autre moitié avait un enfant ou plus.

Tableau 9 : Répartition en fonction de nombre d'enfants

Nombre d'enfant	Nombre des cas	Pourcentage
Pas d'enfant	27	50,9 %
1 à 2 enfants	16	30,2 %
> à 2 enfants	10	18,9 %

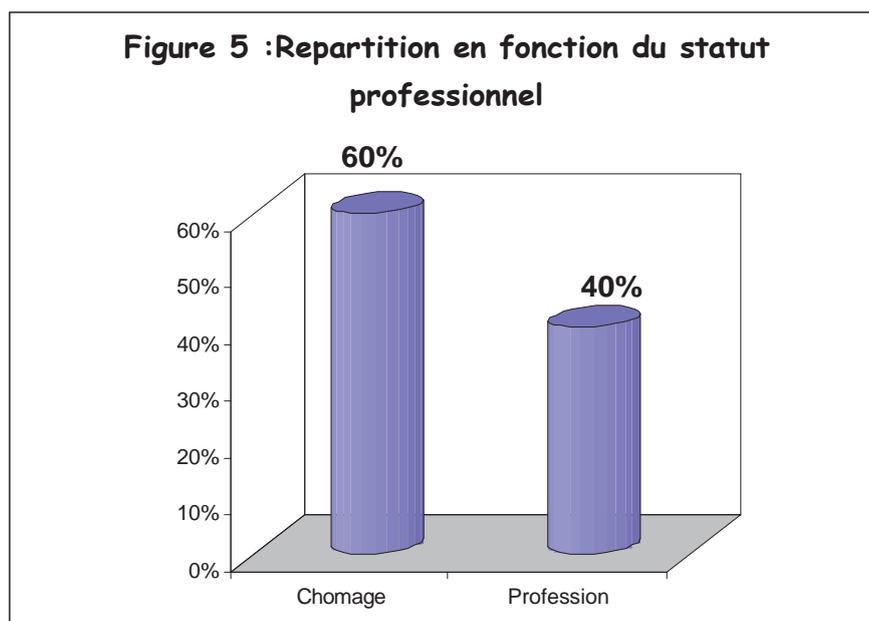
1-8.Niveau d'instruction :

On a constaté que la majorité des patients avaient un niveau d'étude bas ou non scolarisé, alors que seulement 12% ont fait des études supérieures.



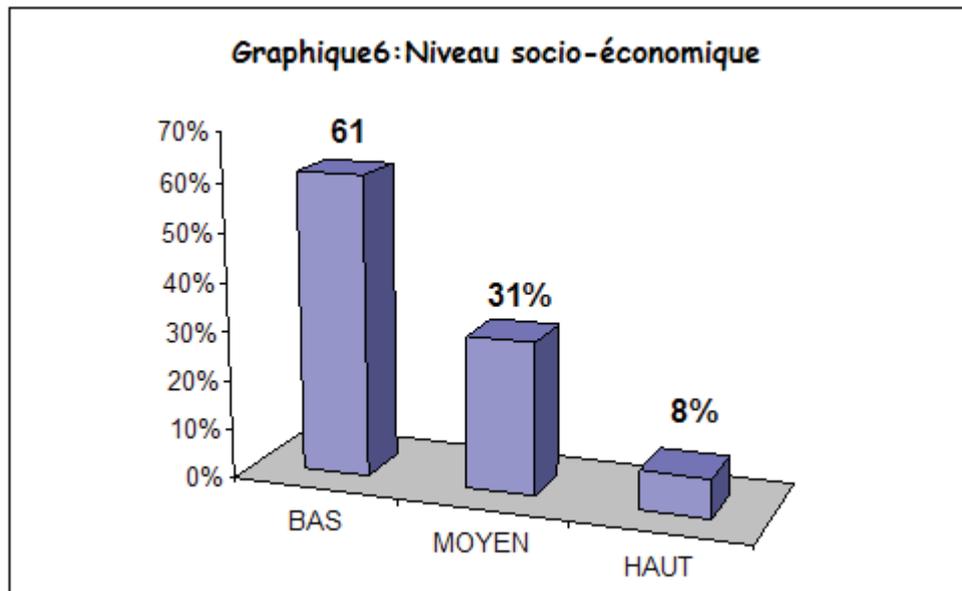
1-9. La situation professionnelle :

60 % des suicidants étaient inactifs sur le plan professionnel, tandis que seulement 40% avaient un emploi.



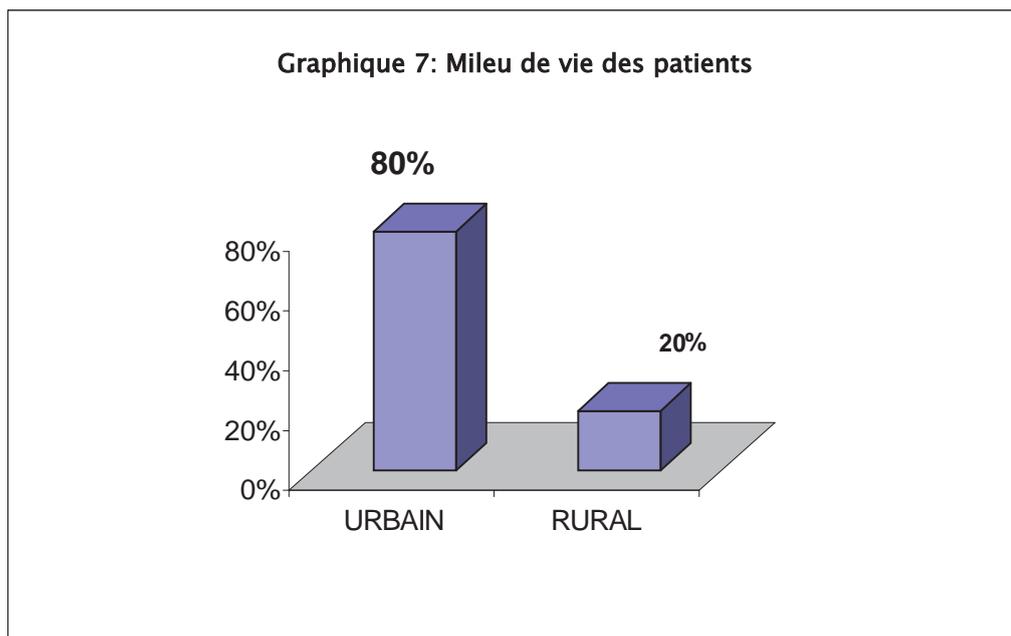
1-10.Niveau socio-économique :

Dans 61 % des cas, les patients avaient un bas niveau socio-économique alors que 31% faisaient partie de la classe moyenne, le reste (8 %) avait un haut niveau socio-économique.



1-11.Milieu de vie :

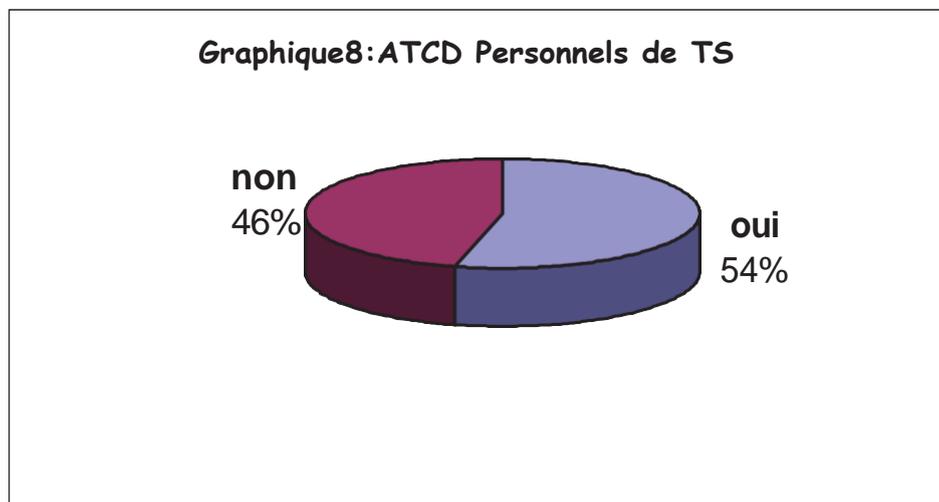
Les résultats montrent que la majorité (80 %) des patients était domiciliée en milieu urbain (73 cas) alors que le reste était issu de la zone rurale.



2. Antécédents

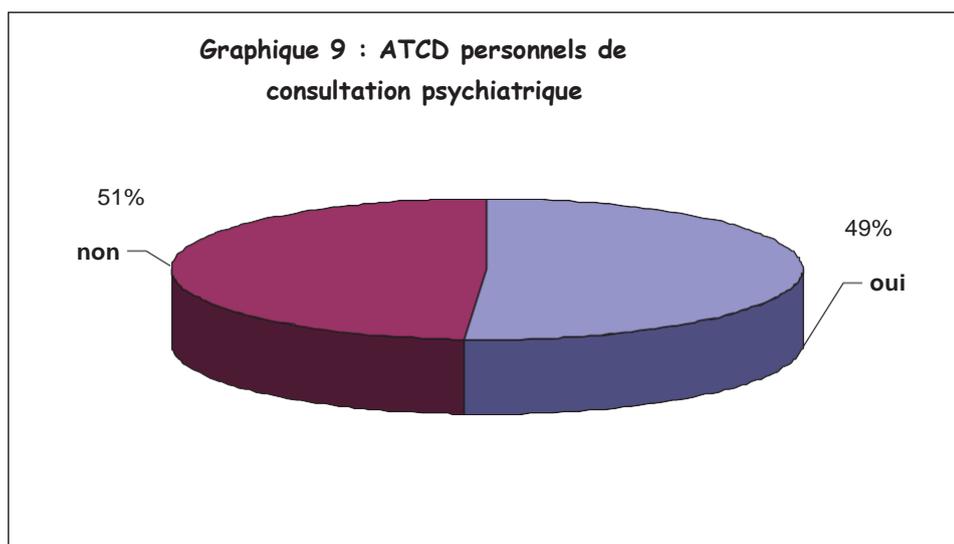
2-1. Antécédents personnels de tentatives de suicide :

Dans 54 % des cas, des antécédents personnels de tentative de suicide ont été objectivés.



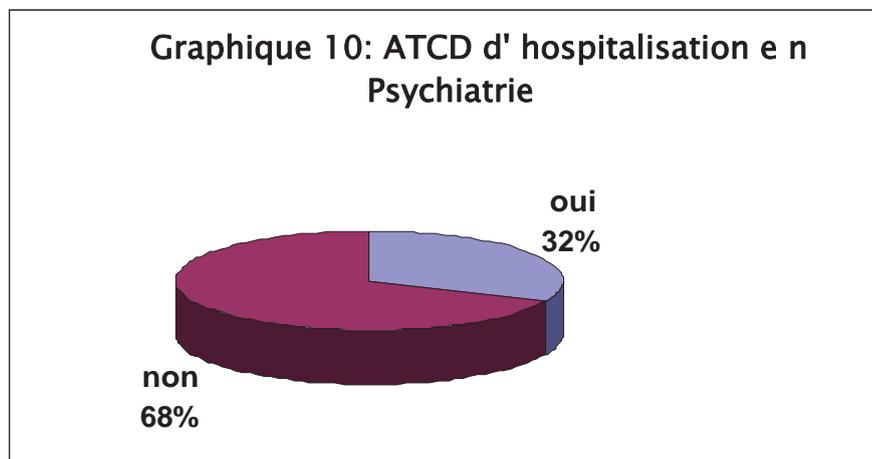
2-2. Antécédents personnels de consultation :

Un patient sur 2 présentait un antécédent personnel de consultation en psychiatrie.



2-3. Antécédents personnels d'hospitalisation :

Pour la question d'existence d'un antécédent d'hospitalisation, le tiers des patients (32 %) ont répondu oui, tandis que 68 % n'ont pas d'antécédent d'hospitalisation.



2-4. Antécédents familiaux :

Dans 13.5% des cas, on a noté des antécédents de tentative de suicide dans la famille. En ce qui concerne les suicides dans la famille, les résultats montrent qu'un antécédent de suicide était présent dans près de 7% des cas seulement. Mais cet antécédent était absent dans 93% des réponses.

Un tiers des patients avaient un antécédent familial de consultation psychiatrique.

84 % des patients n'avaient pas d'antécédent familial d'hospitalisation psychiatrique. Ce dernier était présent chez 16 % des cas.

Tableau 10 : Répartition en fonction des antécédents familiaux

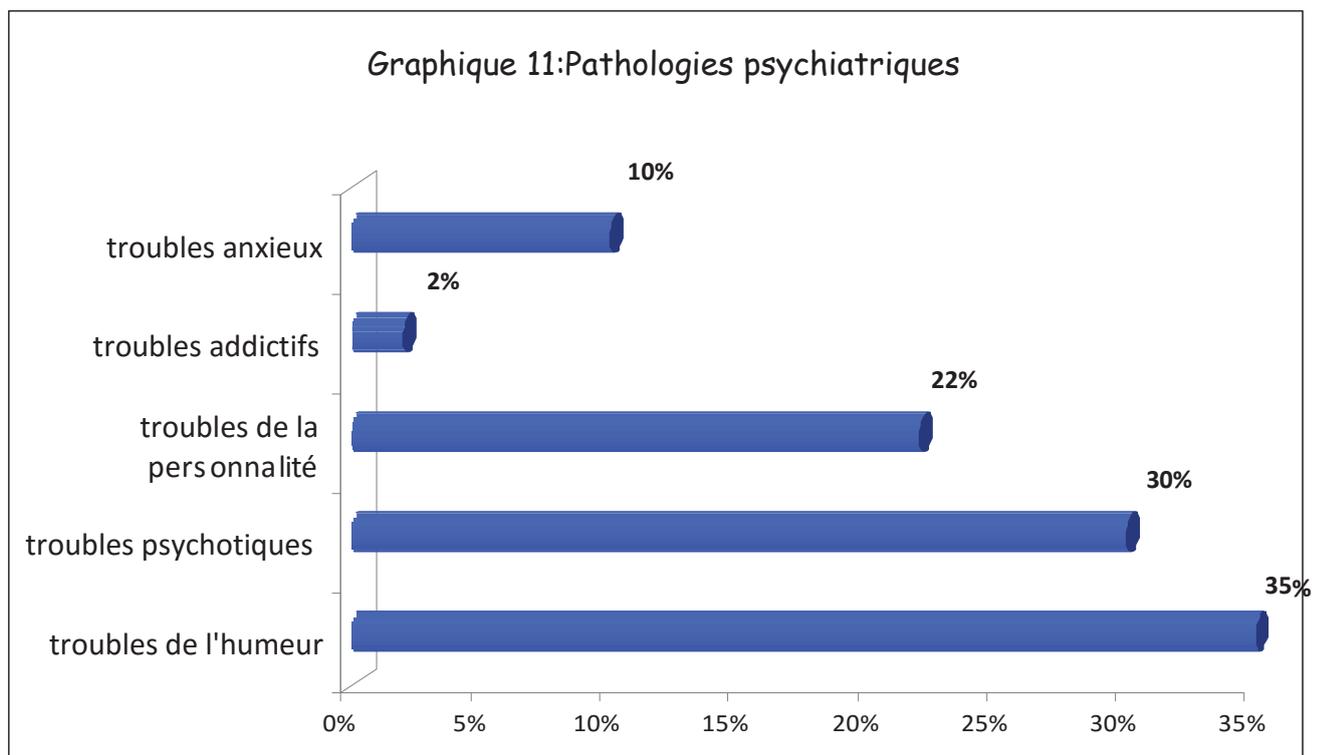
Type d'Antécédents familiaux	Nombre de cas	Pourcentage
Consultation	31	34,4%
Hospitalisation	14	15,6%
Suicide	6	6,7%
Tentatives de suicide	12	13,5%

2-5/Les diagnostics psychiatriques :

Selon la classification DSM IV

Les diagnostics des troubles psychiatriques sont répartis en ordre décroissant :

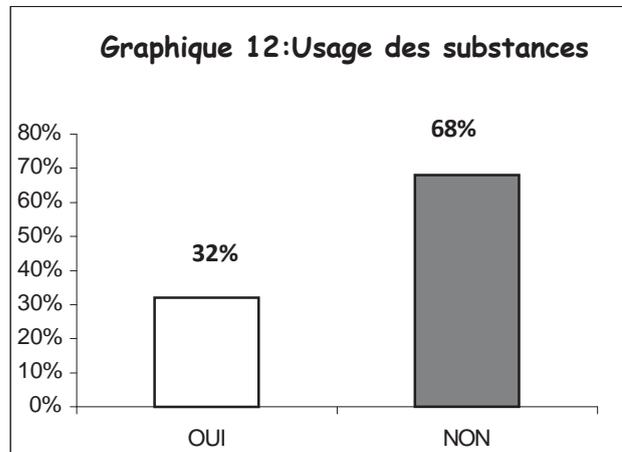
- ❖ Troubles de l'humeur : 35 % [Dont 30 % avaient une dépression et 5 % avaient des troubles Bipolaire] ;
- ❖ Troubles Psychotiques : 30 % [Répartis comme le suivant : 24 % schizophrénie, 5 % psychose induite, 1 % bouffée délirante aigue] ;
- ❖ Troubles de la personnalité : 22 % [20 % : troubles de personnalité type histrionique] ;
- ❖ Troubles anxieux : 10 % [5 % : un état de stress post traumatique] ;
- ❖ Troubles addictifs : 2 %.



2-6. Usage de substance :

32% des suicidants ont déjà utilisé une substance illicite.

L'usage est absent dans 68% des cas.



Chez les patients usagers de substances, le mode d'usage est réparti comme suit : -32 % avaient un usage occasionnel ;

-28 % étaient dépendants ;

-16 % avaient un abus.

Les substances utilisées sont :

- Cannabis dans 58 % des cas ;

- 21 % pour l'alcool ;

- 15 % consomment des psychotropes.

Tableau 11 : Répartition en fonction des substances utilisées

Substances utilisées	Nombre des cas	Pourcentage
Cannabis	11	57,9 %
Psychotropes	3	15,8 %
Alcool	4	21,1 %
Autres	1	5,3 %

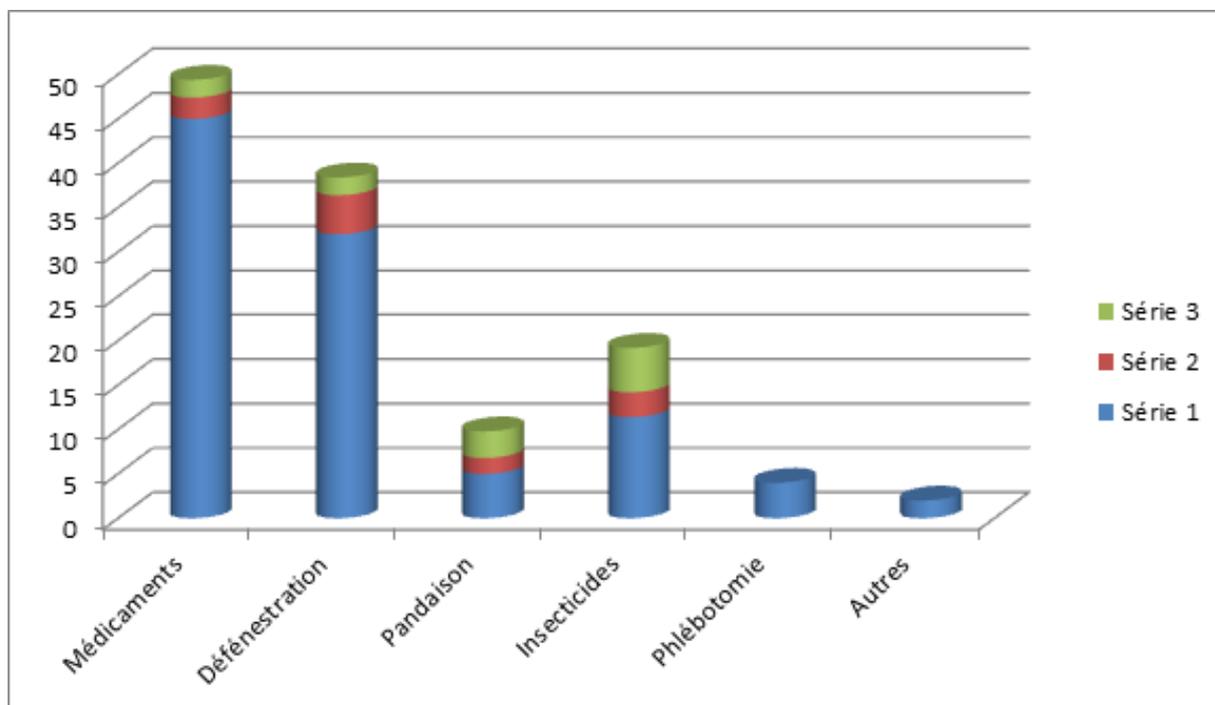
3. Tentative de suicide :

3-1. Moyens utilisés :

En ce qui concerne les moyens de tentative de suicide dans notre échantillon, l'intoxication occupe le premier rang (dans les deux tiers des cas, il s'agit de psychotropes) la défenestration vient en second choix chez nos patients.

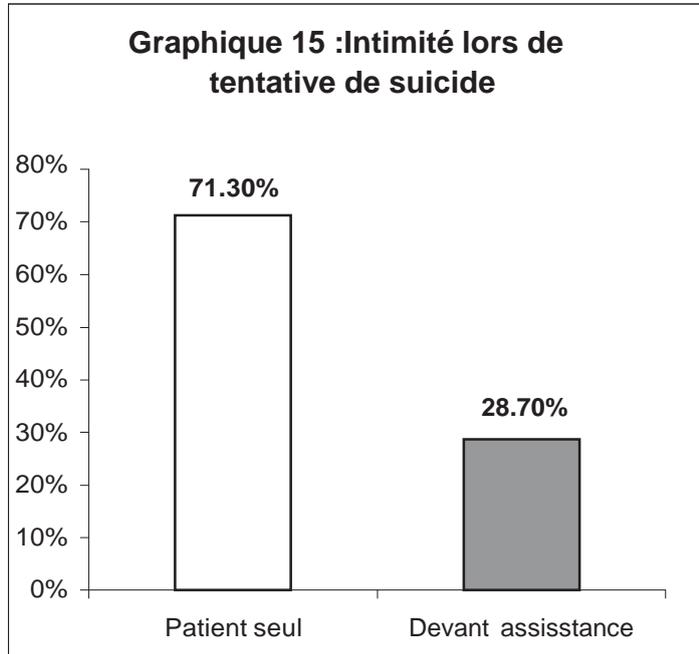
- ✓ Médicaments : 45 %
- ✓ Défenestration : 32 %
- ✓ Insecticide: 11.4 %
- ✓ Pendaïson: 5.6 %
- ✓ Phlébotomie : 4 %
- ✓ Autres : 2 %

Graphique 13: les modalités des tentatives de suicide



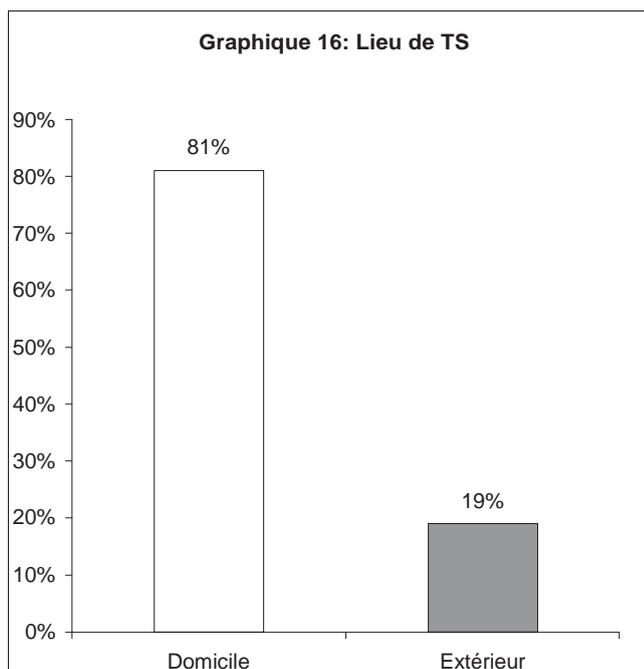
3-2.Intimité lors du passage à l'acte :

Lors de la tentative de suicide, l'intimité était respectée dans 71% des cas.



3-3.Lieu de TS:

La majorité des suicidants ont effectué leur TS à domicile



3-4Heure de TS

Le déroulement de la tentative de suicide se répartit durant toute la journée comme suivant :

Tableau 12 : Répartition en fonction de l'horaire de TS

Heure TS	Nombre des cas	Pourcentage
le petit matin	7	7,9 %
le matin	29	32,6 %
le soir	35	39,3 %
la nuit	18	20,2 %

3-5. Déroulement de l'acte

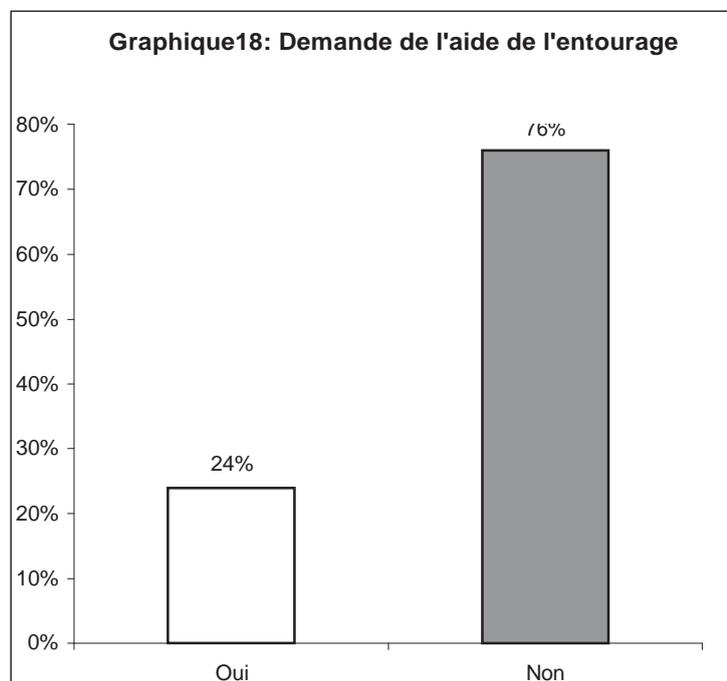
Le déroulement de l'acte s'associait avec de l'angoisse ou de l'impulsivité la plupart des temps.

Tableau 13 : Répartition en fonction du déroulement de l'acte

Déroulement acte	Nombre des cas	Pourcentage
Impulsif	38	42,7 %
Prémédité	7	7,90 %
confusion	2	2,2 %
Angoisse	42	47,2 %

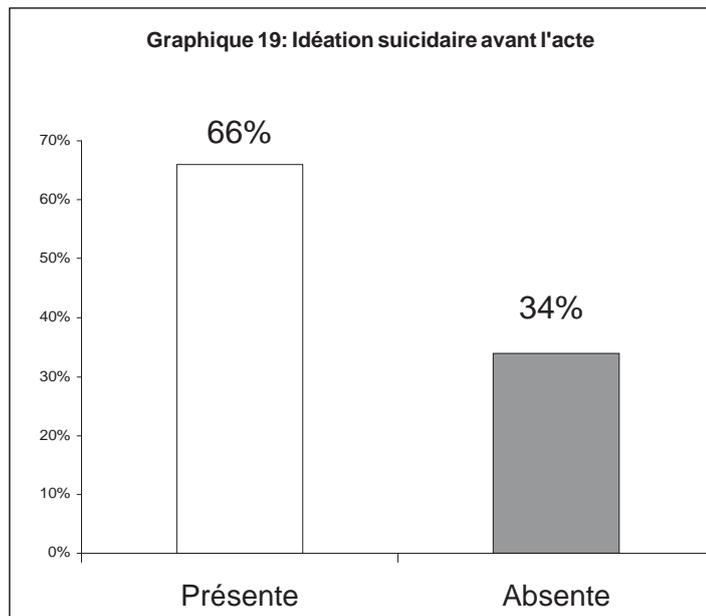
3-6. Demande de l'aide de l'entourage :

Les trois quart des suicidants n'ont pas demandé l'aide de l'entourage.



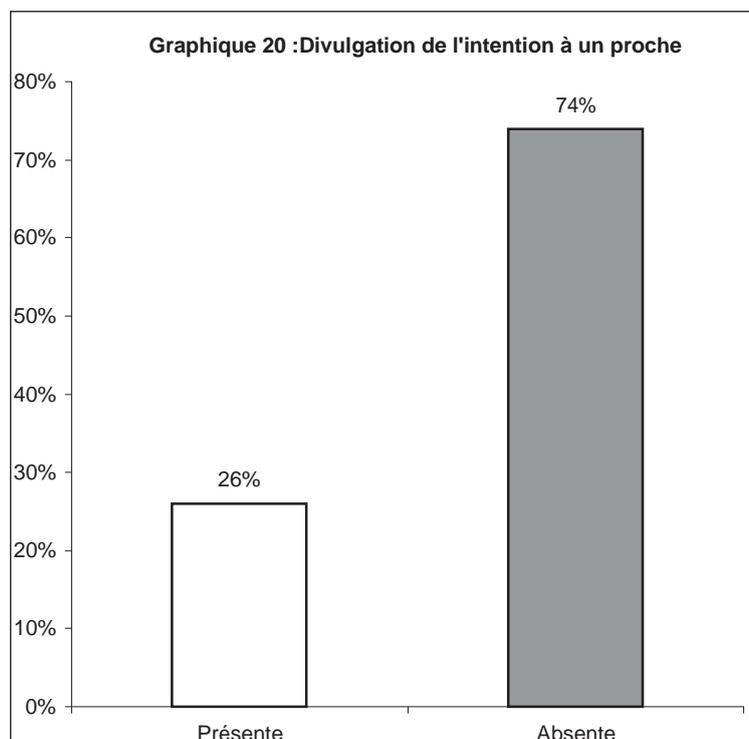
3-7. Idéation suicidaire avant l'acte :

L'idéation suicidaire était présente chez deux patients sur trois.



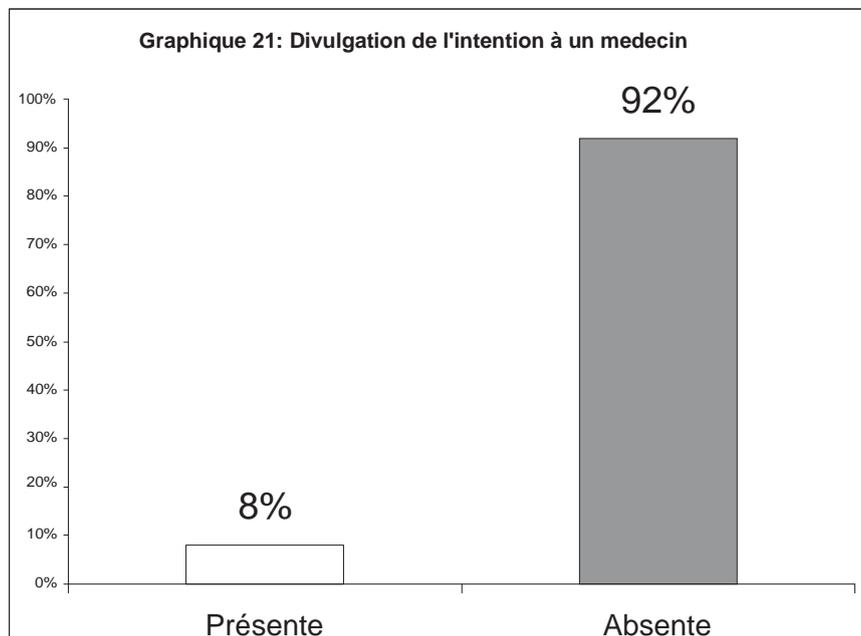
3-8. Divulgence de l'intention suicidaire à un proche :

Seulement un quart des patients ont signalé leur intention à un proche.



3-9.Divulgence de l'intention suicidaire à un médecin :

On note que 8% des suicidants ont averti leur médecin de leurs idées suicidaires.



3-10.Soins médicaux :

Après la TS, la prise en charge somatique n'était pas nécessaire dans un tiers des cas. Dans les deux tiers des cas qui restent, elle était fait :

- en ambulatoire dans 35 % des situations ;
- à l'hôpital dans 34 % des cas dont 10 % des cas avaient nécessité une

intervention chirurgicale ou un séjour en réanimation.

Et contrairement , la prise en charge psychiatrique reste indispensable et indiscutable dans 100% des cas.

3-11.Motifs invoqués

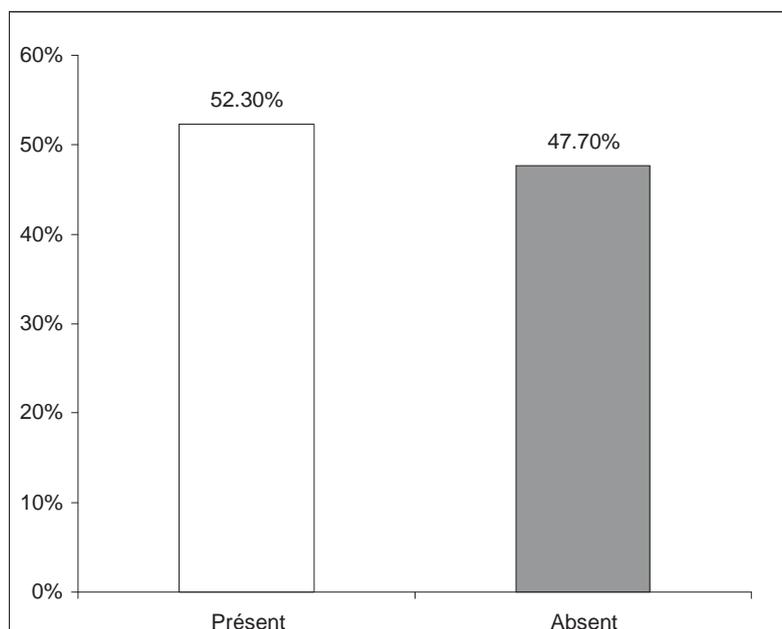
Les motifs invoqués par les patients sont divers. Il s'agissait soit de conflits familiaux et conjugaux, soit de maladie grave, d'un délire, hallucination, déception affective ou de difficultés professionnelles.

Tableau 14 : Motifs invoqués par les suicidants de notre échantillon

Motifs invoqués	Nombre des cas	Pourcentage
Conflits familiaux et conjugaux	22	32,8 %
Délire et Hallucination	16	23.8 %
Déception affective	3	4,5 %
difficultés professionnelles	3	4,5 %
Maladie grave	3	4,5 %
Autres	12	17,9 %

3-12.Regrets :

Les patients ont regretté dans 53% des situations leur geste suicidaire



B/Résultats analytiques :

Après les résultats descriptifs, nous avons cherché certaines corrélations entre les différents paramètres.

1.Utilisation des moyens violents

1-1.Selon le trouble psychiatrique

L'utilisation de moyens violents [la défenestration et phlébotomie] était fréquente et de façon significative chez les personnes ayant un trouble psychotique dans 56%, alors que ce chiffre était plus bas chez les suicidants ayant troubles de personnalité [10%]. Cette corrélation n'est pas significative pour les autres entités diagnostiques.

Tableau 15 : Corrélations entre les troubles psychiatriques et les moyens-violents utilisés par nos patients

Trouble psychiatrique	Moyens violents	P [indice de significativité]
Troubles psychotiques	56 %	S [p =0.04]
Troubles de l'humeur	30.3 %	NS
Troubles addictifs	33 %	NS
Troubles anxieux	20 %	NS
Troubles de la personnalité	10 %	S [p =0.01]

1-2.En fonction du sexe

Les femmes utilisaient largement des moyens non violents par rapport aux hommes. Mais le résultat trouvé dans notre série n'est pas significatif.

Tableau 16 : Corrélation des moyens violents en fonction de sexe

	Moyens violents	Moyens bénins	p
Hommes	54.5 %	45.5 %	NS
Femmes	26%	74 %	NS

1-3.En fonction du niveau d'instruction

Dans notre travail, nous n'avons pas trouvé des corrélations significatives entre le niveau d'instruction et les moyens suicidaires.

Tableau 17 : Corrélations entre niveau d'instruction et utilisation des moyens

Niveau d'instruction	Analphabètes	primaires	Secondaire	universitaire
Moyens violents	35,7 %	26,7 %	47,6 %	18 %
Moyens bénins	64,3 %	73,3 %	52,4 %	82 %

2.Caractère récidiviste des TS :

On n'a pas trouvé des résultats significatifs sur le plan statistique, néanmoins le taux le plus élevé de récurrence a été enregistré pour les troubles de l'humeur.

- 43 % troubles d'humeur [NS]
- 30.6 % troubles psychotiques [NS]
- 20.4 % troubles de la personnalité [NS]
- 12.2 % troubles anxieux [NS]
- 4 % troubles addictifs [NS].

- Les suicidants récidivistes avaient, dans 27 % des cas, des antécédents familiaux de TS et/ou de suicide [NS].

3. Usage de substances

Les suicidants psychotiques présentaient une comorbidité addictive significativement plus importante par rapport autres patients :

- 21 % troubles humeur [NS]
- 63 % troubles psychotiques [S]
- 10 % troubles personnalité [NS]
- 20 % troubles anxieux [NS]

4. Troubles psychiatriques

- En corrélation avec le regret : les suicidants ayant des troubles de la personnalité regrettaient plus et de façon significative le geste suicidaire par rapport aux troubles psychiatriques ;

- En corrélation avec la demande d'aide de l'entourage après l'acte suicidaire, statistiquement on a retrouvé que les suicidants ayant des troubles de la personnalité avaient recours à ce type de comportement dans 38 % des cas et de façon significative ;

- Concernant l'intimité lors de passage à l'acte ; les résultats trouvés sont sans signification : 38,7 % chez les patients atteints de troubles d'humeur et 8 % pour ceux souffrant de troubles anxieux et 25,8 % pour les suicidants psychotiques, 25,8 % dans les troubles de personnalité, et 3,2 % en cas d'addiction ;

- En fonction de l'horaire de la tentative :

71,4% des patients ayant un trouble d'humeur réalisaient leur TS au petit matin mais ce résultat n'est pas significatif.

Tableau 18: Trouble psychiatrique en fonction des demandes d'entourage et de notion de regret et l'intimité

Paramètre de corrélation	Troubles d'humeur	Troubles anxieux	Troubles de Personnalité	Psychose	Troubles addictifs
Demande d'aide d'entourage	42,9 %	9,5 %	38,1%	19 %	0 %
Regret	32,6 %	13 %	32,6%	23,9 %	0 %
Intimité	38,7 %	8 %	25.8 %	25,8 %	3,2 %

V. Discussion

Nous allons essayer de discuter les différents facteurs incriminés dans le processus suicidaire à partir des différents paramètres recherchés dans notre enquête.

Dans notre étude, la prévalence était de 3 %, ce chiffre rejoint ce qui était décrit dans la littérature où les tentatives de suicide représentent 2 à 4 % des consultants dans les services d'urgence. [117]

A/ Les facteurs sociodémographiques

1. Age

L'âge moyen des suicidants dans notre travail était de 25 +/- 10 ans. La tranche d'âge de 15 à 24 ans était de 40 %. Les tentatives de suicide étaient l'apanage du sujet jeune et l'adolescent en particulier.

Dans la littérature : Les tentatives de suicide étaient les plus fréquentes entre 15 et 35 ans et diminuaient ensuite.

Des études conduites en population générale aux États-unis permettent d'estimer la prévalence sur la vie entière des TS à 4,6 % chez les 15-54 ans [étude NCS, Kessler, 1999].

Choquet et al. ont mis en évidence que 7 % des jeunes, entre 11 et 19 ans, déclarent avoir fait une tentative de suicide. [118] Fergusson et al. [119] ont constaté que 12 % d'une cohorte d'adolescents ont eu des idées suicidaires avant l'âge de 16 ans et que 3 % d'entre eux ont fait une tentative de suicide. Une revue récente de la littérature internationale [120] colligeant 128 études sur 513 188 adolescents a retrouvé un taux de 9,7 % de TS à un moment quelconque de leur vie, et 29,9 % d'idées suicidaires.

Pour Michel Debout, les taux les plus élevés de tentative de suicide s'observent entre 15 et 35 ans avec une croissance rapide ensuite et selon lui le taux de TS est plus faible chez le sujet âgé.

2. Le sexe

Concernant le sexe, il y a un accord à l'unanimité sur la prédominance féminine chez les suicidants, comme le montre une étude multicentrique [117] sur 3206 qui a trouvé 67% de sexe féminin, une valeur proche de notre étude.

Tableau 18 : Comparaison de notre étude avec d'autres études selon le sexe des suicidants

Étude	Choquet et Ledoux 1994 N=12000	F. Staikowsky Étude multicentrique 2002 N=3206	Notre étude 2015 N=92
FEMME	8 %	67 %	64 %
HOMME	5 %	33 %	36 %

3. Statut marital :

Quant au statut marital, les célibataires constituaient la catégorie la plus touchée. Ce résultat rejoint celui trouvé dans deux cohortes [121].

Tableau 19 : Comparaison de notre étude avec deux études cohortes selon la situation matrimoniale des suicidants

État matrimonial	F. Eudier COHORTE 1994 N=1003	F. Eudier COHORTE 2000 N=1018	Notre Étude 2015 N=92
Célibataire	37.7 %	38 %	61 %
Mari	29.5 %	29 %	25.6 %
Veuf/ Séparé	18.2 %	17.4 %	13.3 %

Selon plusieurs études, nous pouvons noter que :

– Le mariage est reconnu comme étant protecteur pour les jeunes femmes, mais il apparaît comme un facteur de risque de suicide fatal chez les jeunes de sexe masculin (Bille–Brahe et Schmidtke A 1995) ;

–Le veuvage ou le divorce sont identifiés comme des facteurs de risque de suicide aboutis (Hirschfeld 1997) ;

– L'absence d'enfants de moins de 18 ans à domicile vient s'ajouter aux risques précédents dans les autopsies psychiques de Gliato (1999).

4. Profession

Un autre facteur étudié dans notre travail est le chômage qui est élevé. Ainsi, 60% des suicidants étaient inactifs sur le plan professionnel, constituant ainsi un facteur de risque comme cela a été signalé par d'autres études. Une étude néo-zélandaise de Beautrais, et al. [122], a prouvé que les jeunes à risque suicidaire élevé présentent un taux de chômage plus élevé [OR = 2,3], et un taux de 30 % des suicidants sont au chômage est trouvé dans une étude longitudinale sur 12 mois [123]

5. Niveau d'instruction

Dans notre étude, le niveau d'instruction était bas (64% étaient non scolarisés ou avaient un niveau primaire). L'enquête nationale de l'Inserm [124] réalisée en 1993 a montré un taux de tentative de suicide de 15 % chez les non scolarisés. L'étude néo-zélandaise de Beautrais a trouvé un bas niveau d'études [OR = 7,5] [123].

6. Niveau socio-économique

Ce niveau était bas dans la majorité des cas dans notre échantillon ce qui est concordant avec l'étude de Beautrais où un risque élevé de TS est associé à un niveau bas sur le plan socio-économique(OR= 7,8). [122]

B/Facteurs cliniques

1. Fréquence des suicidants à répétition :

Un antécédent de tentative de suicide constitue un facteur de risque pour une future tentative de suicide et augmente aussi le risque de suicide fatal.

Dans notre étude, 54% des suicidants avaient déjà réalisé au moins une TS. Ce chiffre est comparable aux données de la littérature, rapportant des taux allant de 41% à 56 % [125]

Tableau 20 : Comparaison de la récurrence de l'acte suicidaire avec d'autres études

	F. Eudier Cohorte 1994 N=1003	F. Eudier Cohorte 2000 N=1018	A. Mechri Transversale 1999 N=90	F.Staikowsky multicentrique 2002 N=3206	Notre étude 2015 N=92
primo suicidants	55 %	58 %	58 %	50 %	46 %
Récidivistes	45 %	42 %	42 %	50 %	54 %

2. Diagnostics psychiatriques

Les troubles psychiatriques demeurent le facteur le plus fortement associés aux conduites suicidaires, bien que la constatation de cette association ne soit pas récente, elle a bénéficié d'un regain d'intérêt ces dernières années de la part des chercheurs.

Il faut se rappeler que la plupart des études s'accordent sur le fait que plus de 90% des sujets ayant des conduites suicidaires souffraient d'un trouble psychiatrique.

Dans notre série, les troubles dépressifs occupent le premier rang– les troubles psychotiques, troubles dépressifs et troubles de la personnalité représentaient un tiers des cas. Et cela concorde avec les résultats trouvés dans les études étrangères.

2-1/La dépression

Dans notre travail 30% de nos malades avaient un trouble dépressif unipolaire, alors que le trouble bipolaire concernait 5% des cas ce qui donne au total un taux de 35% dans notre échantillon. Ce chiffre s'approche de ceux retrouvés dans d'autres études :

–Un taux de 35 et 60 % dans une série d'études [45] ;

–Une autre revue de la littérature portant sur 15 études [45] a retrouvé un taux des TS variant entre 25 à 50%.

2-2/Schizophrénie

Les patients souffrant de troubles psychotiques constituent le tiers dans notre échantillon, ces derniers étaient représentés essentiellement par la schizophrénie.

Et cela concorde avec les résultats trouvés dans la littérature :

–Le suicide concerne 9 à 13 % des sujets schizophrènes, ce qui représente un risque 20 fois supérieures à celui de la population générale [50].

–30 à 50 % de ces patients font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie [51]

–10 à 15% des tentatives de suicide aboutissent contre 2% dans la population générale. [52]

2-3/Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité occupaient 22 % des diagnostics dans notre travail, dont la plupart sont histrioniques.

Ce type de personnalité est fréquemment rencontré dans la littérature.

On note que la personnalité borderline dans notre série était faiblement présente. Ce type de personnalité est fréquemment trouvé dans la littérature par exemple : dans l'étude de Brenet et al. le trouble de la personnalité borderline est rencontré dans 32,4 % des jeunes suicidant hospitalisés [68].

2-4/ Troubles anxieux :

La prévalence de tentatives de suicide liées aux troubles anxieux était de l'ordre de 10 % dans notre étude. Les troubles anxieux viennent donc en 4ème place après la dépression, la schizophrénie et les troubles de personnalité. Cela indique l'importance de ces troubles et qui est trouvé également dans plusieurs études :

Dans une étude portant sur une population de 150 sujets suicidants, le taux des troubles anxieux était 40 % avec 29.3 % pour le trouble panique et 8.7 % pour les phobies sociales. [127]

Cela est démontré également par les travaux de Coryell et al. Selon eux : le risque de suicide est aussi élevé dans les troubles anxieux que dans la dépression.

2-5/Conduites addictives :

Dans notre étude, le taux des troubles liés à l'alcoolisme ou les addictions était faible (2%) par rapport aux données de la littérature qui ont prouvé l'importance des troubles dans l'induction d'un processus suicidaire.

- Les alcooliques meurent par suicide six fois supérieur à ceux de la population générale [72 ; 73]. 30 à 40% des tentatives de suicide sont liées immédiatement à la consommation d'alcool.

- Dans une étude cohorte de 148 suicidants, faite à Genève, ce taux était aux alentours de 11%.

Smailen et al. ont collecté 150 suicidants ou ils ont trouvé 28% ayant des troubles addictifs dont 24.7% sont alcooliques et 8.7% pour les toxicomanes [127].

Tableau 21 Répartition des troubles psychiatriques dans notre étude et une étude multicentrique [126]

	Troubles d'humeur	Psychoses	Troubles de Personnalité	Troubles Anxieux	Troubles addictifs
F.Staikowsky Étude multicentrique	41 %	7,3 %	8,5 %	18,4 %	3,9 %
Notre étude	35 %	30 %	22 %	10 %	2 %

3. Usage des substances

L'usage de substances était de 32% chez les suicidants, cette comorbidité est significativement plus importante chez les personnes ayant un trouble psychotique. En effet, l'abus et/ou la dépendance à une substance est un facteur de risque du comportement suicidaire [128]

4. Antécédents familiaux de Suicide ou TS

La survenue d'une tentative de suicide ou d'un suicide dans la famille constitue également un facteur de risque de tentative suicide à rechercher, selon plusieurs auteurs. [129/130]

Ces éléments ont été recherchés dans notre travail et nous avons retrouvé que :

- 13.5% des patients avaient un antécédent de TS dans leur famille ;
- 7% avaient un antécédent familial de suicide ;
- 27% des suicidant récidivistes avaient soit un antécédent familial de suicide ou de tentative de suicide.

Ces résultats impliquent la recherche systématique de ces éléments chez les suicidants.

C/ Caractéristiques de la tentative de suicide

1. Modalité de la TS :

L'intoxication médicamenteuse en particulier les psychotropes était la méthode la plus utilisée et rapportée dans notre travail et par la plupart des études.

Par ailleurs, la défenestration était classée en 2^{ème} position dans notre échantillon contrairement aux résultats de la littérature.

Nous avons constaté également à travers notre échantillon que les moyens suicidaires violents [phlébotomie , défenestration] étaient utilisés de façon significative chez les suicidants psychotiques confirmant la forte intentionnalité suicidaire de ces derniers rapportée également par d'autres auteurs [131].

Tableau22 : Moyens Utilisés dans notre étude en comparaison avec 2 cohortes

	F. Eudier Cohorte 1994 N=1003 [121]	F. Eudier Cohorte 2000 N=1018 [121]	Notre étude 2015 N=92
Médicaments	86 %	89 %	25 %
Phlébotomie	3.7 %	4 %	12.6 %
Pendaison	1.4 %	1.3 %	7 %

La corrélation entre le sexe du suicidant et le moyen suicidaire a confirmé que la modalité médicamenteuse était préférentiellement utilisée par les femmes et la défenestration par les hommes, ce qui est retrouvé dans les données de littérature

2/Médicament prescrit

Dans notre travail, la quasi-totalité des patients ont obtenu le médicament par un médecin. Cela est confirmé par une étude de Houston et al. [131] qui a rapporté que 56% des traitements prescrits étaient utilisés pour une overdose.

3/Idéation suicidaire:

Les idées suicidaires ont été retrouvées chez les deux tiers de nos patients.

Cela correspond aux résultats trouvés dans la littérature.

Shulberg et al [137] rapporte que 19 à 54% des suicidants auraient évoqué des idées suicidaires avant le passage à l'acte.

En France, selon le Baromètre santé jeune [138], 23 % des garçons et 35 % des filles ont pensé au suicide dans les 12 derniers mois.

Il a été d'ailleurs observé que la communication d'idées suicidaires à des tiers est retrouvée dans 60% des suicides (Ladame F et col 1995), mais le plus souvent peu de réponses adaptées ont été proposées par ces tiers.

Si le patient a présenté des symptômes de dépression, en particulier de désespoir, il est capital d'évaluer l'intentionnalité suicidaire (Gliatto 1997). Il importe notamment de rechercher la présence d'un projet suicidaire, et de préciser la fréquence, l'intensité, la durée des idées suicidaires, ainsi que leur caractère

éventuellement envahissant. Il a été observé parmi un groupe de patients ayant réalisé des TS graves, que 14% d'entre eux avaient un plan suicidaire (Hall Ri. et col 1999). [136]

4/Conflits-événements stressants

Parmi les facteurs déclencheurs du geste suicidaire, on retrouve le plus souvent des conflits familiaux, des difficultés scolaires ou une rupture sentimentale. Il s'agit généralement d'un événement récent qui fragilise le sujet et le rend incapable d'accepter un échec et de trouver une réponse à sa souffrance.

Cela est démontré par la plupart des études qui ont analysé ces facteurs de risque des tentatives de suicide et des suicides [Lejoyeux, Léon et Rouillon[1994]

Hall et col (1999) rapportent que parmi 100 patients qui ont réalisé des tentatives de suicide graves, que 78% vivaient à ce moment une situation de conflit relationnel important avec leur conjoint (32%), ou un membre de leur famille (parents, fratrie, enfants).L'instabilité professionnelle et les difficultés professionnelles sont retrouvées parmi 36% des suicidants (Hall 1999).

Notre étude a pu également montrer que dans la majorité des cas, on trouve un conflit au sein du couple ou de la famille ou une difficulté professionnelle.

5/Prise-en-charge

Immédiatement après l'acte suicidaire, la prise en charge était en ambulatoire dans 35 %. L'hospitalisation a concerné 23 % des cas. 10 % des cas avaient besoin d'intervention chirurgicale ou d'une prise en charge en réanimation. Ces chiffres sont proches des résultats de F. Eudier dans 2 cohortes.

Tableau23 : Moyens Utilisés dans notre étude en comparaison avec 2 cohortes

	F. Eudier Cohorte 1994 N=1003	F. Eudier Cohorte 2000 N=1018	Notre étude 2015 N=92
Suivi ambulatoire	42.5 %	39.9 %	35.6 %
Hospitalisation en psychiatrie	33.7 %	40.5 %	23 %
Autres	23.5 %	19.8 %	41.4 %

CONCLUSION

Les tentatives de suicide constituent des situations urgentes souvent rencontrées au niveau des hôpitaux généraux et psychiatriques.

C'est un sujet de préoccupation de plus en plus croissant, et qui constitue actuellement un problème majeur de santé publique les conduites suicidaires touchent la population jeune et représentent la première cause de mortalité chez cette tranche d'âge devant les accidents de la voie publique.

Les études récentes s'intéressent plus aux facteurs prédictifs de récurrence suicidaire qui sont à la base de l'évaluation clinique d'un suicidant au niveau des urgences.

Le rôle du médecin sera de connaître les facteurs de risque prédictifs et précipitants d'une conduite suicidaire et nous citerons surtout :

- Facteurs de stress durables et aigus : conflits conjugaux et familiaux, maladie grave...etc.
- Présence de troubles dépressifs et psychotiques.
- Intentionnalité suicidaire exprimée.
- Présence d'idées suicidaires et moyens violents disponibles.
- Antécédents de tentative de suicide en particulier et également des antécédents de suicide ou tentative de suicide dans la famille.
- Usage des substances : surtout le cannabis et l'alcool.

Par ailleurs, dans notre contexte Algérien ce sujet de suicide reste un sujet tabou entouré de plusieurs craintes et mystères. Si la loi ne l'interdit pas, l'état n'offre la possibilité de connaître les chiffres exactes et évite d'ouvrir ce dossier ce qui rend difficile de connaître sa vraie ampleur et démarrer une stratégie de prévention dans notre pays face au suicide.

Nous insistons enfin sur l'importance de la collaboration des services de réanimation et de chirurgie des urgences avec les professionnels de la santé mentale, et faciliter le circuit entre les deux milieux de soins, surtout face à une stigmatisation encore résistante vis-à-vis des institutions psychiatriques.

Faut t il encore penser à une psychiatrie de liaison qui aura pour but de rapprocher les soins psychiatriques au sein même des services des urgences ?

RÉSUMÉ

Les objectifs du travail étaient d'estimer la prévalence des tentatives de suicide chez la population consultante au CHU de Tlemcen , décrire les principales caractéristiques sociodémographiques et cliniques des suicidants et préciser les étiologies les plus fréquentes.

C'est une étude transversale, menée sur 06 mois du mois de Juillet 2015 jusqu'au mois de Décembre 2015, portant sur l'ensemble des suicidants vus aux urgences du CHU de Tlemcen.

Les résultats de notre travail sont concordants globalement avec ceux de la littérature :

On a recensé 92 suicidants avec une prévalence de 3 %, et dont l'âge moyen est de 25 +/- 10 ans.

La tranche d'âge de 15 à 24ans est de 40 %. Avec une prédominance féminine (64 %)

Quant au statut marital, les célibataires constituent la catégorie la plus touchée.

Le niveau d'instruction est bas, 64% des cas non scolarisés ou ayant un niveau primaire

60 % des suicidants sont inactifs sur le plan professionnel constituant ainsi un facteur de risque

Dans notre étude, 54 % des suicidants ont déjà réalisé au moins une TS, Concernant les étiologies psychiatriques dans notre échantillon les troubles psychotiques, troubles dépressifs et troubles de la personnalité occupent le premier rang et représentent un tiers pour chacun.

L'usage de substances était de 32 % chez les suicidants, cette comorbidité est significativement plus importante chez les personnes ayant un trouble psychotique.

L'intoxication médicamenteuse en particulier par les psychotropes était la méthode la plus utilisée et rapportée dans notre travail

Les moyens suicidaires violents (phlébotomie, défenestration) étaient utilisés de façon importante et significative (56 %) chez les suicidants psychotiques confirmant la forte intentionnalité suicidaire de ces derniers. alors que ce taux est plus bas chez les suicidants ayant troubles de la personnalité (10%).

BIBLIOGRAPHIE

1/ Minois G.

History of suicide: voluntary death in Western culture.

Baltimore, Maryland [États–unis d'Amérique], Johns Hopkins University Press, 1999.

2/ Rouan G., Pedinielli JL., Gimenez G.

Le suicide est-il le meurtre de soi-même ?

La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Décembre 2000, Tome IV, n°43 : 70–73.

3/ Shneidman E.

Definition of suicide.

New York [États–unis d'Amérique], John Wiley & Sons, 1985.

4/ Durkheim E.

Le Suicide.

Paris [France], Alcan, 1897.

5/ Diekstra RFW. Gulbinat W.

The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents.

Geneva: WHO, 1993:1–46.

6/ PLatt. S et Coll

The WHO/EURO multicentre study on parasuicide.

Acta psychiatr scand 1992: 87, 97–104

7/ CIM 10/ICD 10.

Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.

OMS/Masson, 1993

8 / J.P. Kahn.

Risque suicidaire de l'adulte : identification et prise en charge.

Cours de psychiatrie CNUP, module 3, question 44, page 21, CHU Angers

9/ Paykel ES et al.

Suicidal feelings in the general population: a prevalence study.

British Journal of Psychiatry, 1974, 124:460–469.

10/ Kessler RC, Borges G, Walters EE.

Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey.

Archives of General Psychiatry, 1999, 56:617–626.

11/ conférence de consensus.

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte long.
Fédération Française de Psychiatrie ,19-20 octobre 2000.

12/ Pierre Juillet.

Dictionnaire de psychiatre.

Éditions CILF Hubert Joly Paulin Journeau Abdelouahab Ayadi.ISBN:285319-279-2.Editions
2000.

13/ Encyclopédie libre de Wikipedia.

Article:attentat-suicide.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Attentat-suicide>

14/ Brian-L Mishana, Michel Tousignant.

Comprendre le suicide.

Les Presses de l'Université de Montréal, 2004/ISBN 2760618722, 9782760618725 ,172
pages.

15/ HANUS M.

Le deuil après suicide.

Paris: Maloine; 2004.

16/ VEDRINNE J,SOREL P et WEBER D.

Sémiologie des conduites suicidaire.

Encycl. Méd. Chir.[Elsevier,Paris],Psychiatrie,37-114-A-80,1996,8 p.

17/ Encyclopédie libre de Wikipedia.

Article:le suicide:point de vue historique.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/suicide>

18/ Halbwachs M.

Les causes du suicide.

Paris :Alcan, 1930.

19/ FREUD S.

Deuil et Mélancolie.In :Métapsychologie.

Paris :Gallimard,1968 :147-174

20/ Moron P.

Le suicide.

Presse universitaire de France ;Paris;1979 (2ème édition):463.

21/ Vederine J.Doubier J.P.

Signification et prévention de suicide.
Rev.Prat.1987 37 [13] 731–736.

22/ OMS.

Le suicide problème de santé énorme mais évitable.

Genève, le 8 Septembre 2004.

<http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr6161/fr>

23/ World Health Organization.

Figures and facts about suicide.

WHO, Geneva, 1999.

24/ Mouquet M, Bellamy V.

Suicides et Tentatives de suicides en France.

Études et Résultats. 2006;488:1–8.

25/ Badeayan G, Parayre C.

Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique.

Études et Résultats. 2001;109:1–8.

26/ Bellamy V.

Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête

Santé mentale en population générale.

Études et Résultats, DREES. 2004(347).

27/ Facy F,Philippe A.

Que mesure-t-on sur le suicide?

In : Terré F. ed. Le suicide ,Paris:PUF,1994:75–96.

28/ Staikowsky F, Descrimes N.

Groupe d'étude sur les tentatives 392 de suicide dans les services d'urgences (Getssu) Les

tentatives de suicide dans les services d'urgence. Résultats d'une étude multicentrique.

Bull Epidemiol Hebd 1999;51:216–7.

29/ PAES M.

Suicide et tentative de suicide.IV–èmes journée de la Casablanca contre les maladies mentales.

Faculté de Médecine de Casablanca, 1982 [communication publié].

30/ LYOUBI IDRISSE F .

La conduite suicidaire en milieu casablançais.

Thèse en medecine, Faculté de medecine et pharmacie de Casablanca 1983.N°105.

32/ F. Rouillon.

Épidémiologie des troubles psychiatriques.

Annales Médico-Psychologiques 166 (2008) 63-70 .

33/ Robins E, Gassner S, Kayes J et al.

The communication of suicidal intent : a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide.

Am J Psychiatry 19 59 ;115: 724 – 33 .

34/ Barraclough B, Bunch J, Nelson B et al.

A hundred cases of suicide : clinical aspects.

Br J Psychiatry 1974 ; 125: 355 – 73.

35/ Maris RW.

Suicide.

Lancet 2002;360:319-26.

36/ ESQUIROL J.

Les maladies mentales.

Paris, 1839.

37/ Batt A.Leguay D.Lecorps P .

Epidémiologie de phénomène suicidaire complexité pluralité des approches et prévention.

EMC (Elsevier SAS Paris) psychiatrie 37-500-A-20,2007.

38/ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

DSM IV TR : Manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Washington DC, 1994. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson, P.

39/ Guze SB ,Robins E,

Suicide and primary affective disorders.

Br J Psychiatry 1970; 117:249–57.

40/ Beautrais AL,Joyce PR,Milder RT,Fergusson DM,Deavoll BJ,Nightingale SK.

Prevalence and comorbidity of mental disorders in person making serious suicide attempts: a case–control study.

AM J psychiatry 1996 :153/1009–14.

41/ Hunt I Kapur N Robinson J Shaw Baily H et al.

Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups.

Br psychiatry 2006 ;16 :155–65.

42/ Goodwin F.K Jamison K.R

Manic depressive illness.

New York :Oxford University Press 1990.

43/ Loo. H Loo. P

La dépression.

PUF, paris 1991.

44/ B.Bonin D.Sechter

Évaluation prospective du risque suicidaire chez un patient déprimé.

In Dépression et suicide.

Paris ,Masson,2000:103–127.

45/ Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ.

Major depression and the risk of attempted suicide.

J Affect Disord. 1995;34:173–185.

46/ Rouillon F.

Guide pratique de psychiatrie.

Coll. Mediguides, 2° Ed.Masson2005, 157 pages.

47/ Casadebaig F, Philippe A.

Mortalité chez des patients schizophrènes :trois ans de suivi d'une cohorte.

Encephale 1999;25:329–37.

48/ Meltzer HY.

Suicide in schizophrenia: Risk factors and clozapine treatment.
J Clin Psychiatry 1998; 59[Suppl. 3]:15-20.

49/ Conférence consensus

Schizophrénies débutantes : Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques . Texte des recommandations longues.
Fédération Française de Psychiatrie ,23 et 24 janvier 2003.

50/ Osby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparen P.

Mortality and causes of death in schizophrenia.
In: Stockholm county, Sweden.Schizophr Res 2000; 29:21-8.

51/ Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, mador XF, Yale AS. Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide.

Am J Psychiatry 1999;156:1276-8.

52/ Rossau CD, Mortensen PB.

Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: Nested case-control study.
Br J Psychiatry 1997;171:355-9.

53/ Roy A.

Suicide in chronic schizophrenia.
Br J Psychiatry 1998;141:171-7.

54/ Vedrinne J, Sorel P, Weber D.

Sémiologie des conduites suicidaires.
EMC [Elsevier, Paris] Psychiatrie, 37114 A80, 1999.

55/ Kreyenbuhl JA, Kelly DL, Conley RR.

Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia.
Schizophr Res 2002;58:253-61.

56/ Barak Y, Knobler CY, Aizenberg D.

Suicide attempts amongst elderly schizophrenia patients: a 10-year case-control study.
Schizophr Res 2004;71:77-81.

57/ Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR.

Symptoms, subtype, and suicidality in patients with Schizophrenia spectrum disorders.
Am J Psychiatry 1997;154:199-204.

- 58/ Muller DJ, Barkow K, Kovalenko S, Ohlraun S, Fangerau H, Kolsch H, et al.
Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics.
Eur Psychiatry 2005;20:65–9.
- 59/ Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, Pioli R, Mundo E.
Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: A retrospective study.
Schizophr Res 2003;60:47–55
- 60/ Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR.
Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death.
J Psychiatr Res 2004; 38:531–6.
- 61/ De Hert M, McKenzie K, Peuskens J.
Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: A long-term follow-up study.
Schizophr Res 2001; 47:127–34.
- 62/ G. Gavaudan et al.
Suicide and schizophrenia: risk evaluation and prevention.
Annales Médico Psychologiques 164 [2006] 165–175.
- 63/ Casey P.
Parasuicide and personality disorders.
In : Crepelt P ed. suicide behavior in Europe: recent research findings. Romr: libbey CIC
1992:277–283.
- 64/ Recamier PC.
La suicidose: le génie des origines.
Paris: Payot, 1992:84–91.
- 65/ Brent et al.
Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:95–105.
- 66/ Pr. Delbrouk.
Le suicide.
Impact internat de psychiatrie 1999 p 15–17.

67/ Th. Lemperiere et A. Feline.

Psychiatrie de l'adulte.
P 232–233 Paris 1999.

68/ Hardy P.

La prevention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins.
Références en psychiatrie. Doin Ed; Paris 1997:77p

69/ Harris EC, Barraclough B.

Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis.
Br J Psychiatry 1997; 170:205–228.

70/ Inskip HM, Harris EC, Barraclough B.

Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia.
Br J Psychiatry 1998; 172:35–37.

71/ F.Adés; M.Lejoyeux

Quelles sont les relations entre crise suicidaire et alcool.

In : Fédération française de psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte des experts. Paris : Anaes, Conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000, p. 327–376.

72/ Coryll et al.

primary unipolar depression and the prognostic importance of delusions.
Arch Gen Psychiatry 1982 ;39 :1181–1184.

73/ Weissman et al.

suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks.
N Engl J Med 1989 ;321:1209–1214.

74/ Ladame F ,Ottino J,Pawlak C.

adolescence et suicide.
1995.

75/ BECK A.T.,SCHUYLER D., HERMAN I.

Development of Suicidal Intent Scales.

In Beck A.T., Resnik H.L.P., Lettier A.J. [eds]: The Prediction of Suicide, 1974, Bowie, Maryland, Charles Press Publishing

76/ American Psychiatric Association.

Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington [DC]: American Psychiatric Association; 2003. p 40.

Available at :http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_SuicidalBehaviors.pdf [accessed April 2007].

77/ ANAES.

Prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide. Recommandations Professionnelles. Novembre 1998.

78/ PIERCE D.W.

The predictive validation of a suicide intent scale : A five year follow-up. Brit. J. Psychiat., 1981, 139, 391–396.

79/ Beck AT.

Suicide intent scale (1978)

In Blumenthal SJ ,Kupfer,eds.Suicide over the life cycle.Risk factors,assessment,and treatment of suicidal patients.

Washington : American psychiatric Press Inc,1990 :769–73.

80/ Proqrament KL.

The psychology of religion and coping.

New york: Gilford Press 1997.

81/ Garouette, EM., Goldberg,J., Beals J., Herrell R., Manson S.M. AISUPERPFP T. Spirituality and attempted suicide among American indians.

Soc. Sci. Med. 56, 1571–1579.2002

82/ Koenig H.G., George L.K., Titus P. 2004.

Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients.

J. Am. Geriatr. Soc. 52, 554–562.

83/ C. McClain–Jacobson, M.A. Barry Rosenfeld, Ph.D., Anne Kosinski, B.S.,Hayley Pessin, Ph.D., James E. Cimino, M.D., William Breitbart, M.D.

Belief in an afterlife, spiritual well–being and end–of–life despair in patients with advanced cancer.

General Hospital Psychiatry 26 [2004] 484– 486.

84/ Mofidi M, DeVellis RF, DeVellis BM, Blazer DG, Panter AT, Jordan JM.

The relationship between spirituality and depressive symptoms: testing psychosocial mechanisms.

J Nerv Ment Dis. 2007 Aug;195[8]:681–8.

- 85/ Daniel T. Rasic, S.L. Belik, B.Elias, L. Y. Katz, M. Enns, J. Sareen.
Spirituality, religion and suicidal behaviour in a nationally representative sample.
J. Affec. Disord. 2008.
- 86/ Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L.
The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older.
J Nerv Ment Dis. 2000 Aug;188[8]:543–6.
- 87/ Huguelet P, Mohr S, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY.
Spirituality and religious practices in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders and their clinicians.
Psychiatr Serv 2006;57:366–72.
- 88/ Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ.
Religious affiliation and suicide attempt.
Am J Psychiatry. : 2004 Dec;161[12]:2303–8.
- 89/ M.A. Oquendo, M.E. Bongiovi-Garcia, H. Galfalvy, P.H. Goldberg, M.F. Grunebaum and A.K. Burke et al.
Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study.
Am J Psychiatry 164 [2007], pp. 134–141.
- 90/ D. Lizardi, K. Dervic, M.F. Grunebaum, A. K. Burke, J.J. Mann, M. A. Oquendo.
The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients.
J. Psychiatric Research 42 [2008] 815–821.
- 91/ 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. 1999 Aug;175:175–9.
- 92/ Jarbin H, Von Knorring AL.
Suicide and suicide attempts in adolescent-onset psychotic disorder.
Nordic J Psychiatry 2004;58:115–23.
- 93/ Breier A, Astrachan BM.
Characterization of schizophrenic patients who commit suicide.
Am J Psychiatry 1984;141:206–9.

94/ P. Huguelet, S. Mohr, V. Jung, C. Gillieron, PY. Brandt, L. Borrás.

Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders.

European Psychiatry 22 [2007] 188-194.

95/ Huber S.

Religious measures. Paper presented at the workshop on conducting research on religion, spirituality and health. Klinik SGM, Langenthal, Switzerland, 12-17 September. 2005.

96/ Zonda, T. & Lester, D. [1990].

Suicide among Hungarian Gypsies.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 82[5], 381-382

97/ Shaver A.

Le suicide chez les adolescents. Division des affaires politiques et sociales.

Direction de la recherche parlementaire 1990.

98/ Crow, Gary A., Letha I.

Crisis intervention and suicide prevention.

Springfield 1987.

99/ Encyclopédie libre de Wikipedia.

Article: le suicide: Point de vue religieux sur le suicide .

Un article de Wikipédia, l'encyclopédie libre, <http://fr.wikipedia.org/wiki/suicide>.

100/ Anderson RN.

Deaths: Leading Causes for 1999.

National Vital Statistics Reports, vol 49, no 11. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2001.

101/ Walter M. Kermarrec I.

Idées ou conduites suicidaires; orientation diagnostique et CAT en situation d'urgence.

Revue de Praticien; 1999; 49.

102/ Conférence de consensus Du 19 - 20 octobre 2000

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. texte court.

Paris: John Libbey 479 Eurotext; 2001.

103/ Jean MALKA, P. Duverger.

Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent identification et prise en charge.

Module 3 : maturation et vulnérabilité - item n°44 et module 11 : synthèse clinique et thérapeutique - item n° 189.

104/ Magdalena Szumilas BSc Stanley P. Kutcher MD .

Youth and suicide.

CMAJ . January 29, 2008 JAMC, 178[3].

105/ Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY.

Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland.

Psychol Med 2001; 31:1181-1191.

106/ Institute of Medicine.

Reducing Suicide: A National Imperative.

Washington, DC, National Academies Press, 2002.

<http://books.nap.edu/books/0309083214/html/index.html>.

107/ Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED.

Age differences in behaviors leading to completed suicide.

Am J Geriatr Psychiatry 1998; 6:122-126.

108/ Frierson RL.

Suicide attempts by the old and the very old.

Arch Intern Med 1991; 151:141-144.

109/ M.de Clercq .

suicide et tentatives de suicide.

Louvain Med 117 :S502,1998.

110/ BARNER-RASMUSSEN, P., et al .

Suicide in psychiatric patients in Denmark, 1971-1981.

Acta Psychiatrica Scandinavia 1986, 73 ,441-448.

111/ CRAMMER, J.L.

The special characteristics of suicides in hospital inpatients.

British Journal of Psychiatry 1984, 145, 460-463.

112/ OEHMICHEN.M et al.

Suicide in the psychiatric hospital: international trends and Medicolegal Aspects.

Acta Medicinae Legalis et Socialis 1988,38, 2, 215-223.

113/ ANAES.

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte Recommandations.

Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. Paris 2000.

114/ Staikowsky. F et al.

Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008.
Incidence et pronostic. Réanimation 2008.

115/ Choquet M.

Panorama du suicide.

In: Braconnier A, Chiland C, Choquet M, editors. Idées de vie, idées de mort. Paris: Masson; 2004.

116/ Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL.

Suicidal behavior in adolescence and subsequent mental health outcomes In young adulthood.

Psychol Med 2005; 35:983-93.

117/ Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J.

The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies.

Suicide Life Threat Behav 2005; 35:239-50.

118/ F. Eudier

Diminution des répétitions suicidaires grâce à une réorganisation des soins psychiatriques dans un service d'accueil-urgences étude de deux cohortes.

Presse Médicale 2006.

119/ Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT.

Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1996;35:1174-82.

120/ Choquet M, Granboulan V.

Les jeunes suicidants à l'hôpital.

Paris:Éditions EDK; 2004.

121/ Choquet M, Ledoux S.

Adolescents : enquête nationale. Analyse et prospective.

Paris: Inserm; 1994.

122/ Smalen et al.

les récides : étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primosuicidants admis aux urgences d'un hôpital général tunisien.

l'Encéphale 2005

123/ Staikowsky F.

Tentatives de suicide et services d'urgences. Aspects épidémiologiques et filières de soins. Thèse de doctorat, université Paris-VII Denis-Diderot, UFR Lari-boisière — St-Louis, 2002.

124/ SMAILEN M.CHIGNON J.M.

Panic disorder and suicidal behaviors.
Am J Psychiatry 1993;150.4:683.

125/ Altamura AC et al.

Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenia patients.
Schizophr Res 2003.

126/ Leederach J et al.

Adolescence et rupture du développement. une perspective psychanalytique.
Paris:PUF.1989.

127/ Brent DA et al.

Familial risk factors for adolescent suicide: a case control study.
Acta Psychiatr Scand 1994;89:52-58.

128/ Kreyenbuhl JA, Kelly DL, Conley RR.

Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia.
Schizophr Res 2002;58:253-61.

129/ Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K.

General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm.
Br J Gen Pract. 2003 May;53[490]:365-70

130/ Luoma JB, Martin CE, Pearson JL.

Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence.
Am J Psychiatry. 2002 Jun;159[6]:909-16.

131/ Owens C, Lloyd KR, Campbell J.

Access to health care prior to suicide: findings from a psychological autopsy study.
2004 Apr;54[501]:279-81.

132/ Haste F, Charlton J, Jenkins R.

Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide.
Br J Gen Pract. 1998 Nov;48[436]:1759-63.

133/ Van Casteren V, Van der Veken J, Tafforeau J, Van Oyen H.

Suicide and attempted suicide reported by general practitioners in Belgium, 1990–1991. *Acta Psychiatr Scand.* 1993 Jun;87[6]:451–5.

134/ Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JW, Jr., Dietrich AJ.

Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role *Gen Hosp Psychiatry.* 2004 Sep–Oct;26[5]:337–45.

135/ Arènes J., Janvrin M.–P., Baudier F.

Baromètre santé 97/98 jeunes.

Vanves :Éditions CFES, 328 p., réf. bib., graphiques.