

Université Abou Bekr Belkaid

Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد



UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID - TLEMEN

Faculté de médecine

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

En vue de l'obtention du diplôme de doctorat en médecine

THEME

TENTATIVES DES SUICIDES

Chef de service: Professeur BOUCIF.H

Presenté par:

Melle Boughazi Nassima

ENCADREUR :

Dr.Sari Rahoui.A Maitre

Assistante en Psychiatrie

Année universitaire: 2014/2015

REMERCIEMENTS

*Je dédie ce travail à celle qui m'a mise au monde, Ma douce et chère mère qui m'a donné le gout de vivre et le gout d'apprendre Voilà maman **FATNA** ,et reçois ce travail en témoignage de tous les espoirs que tu avais placés en moi.*

*A du plus gentils des papas, l'ami, le frère qui m'a toujours encouragé, qui m'a aidé à surmonter les difficultés de la vie..... Voilà papa**ABDERREZAK**, reçois ce travail comme le fruit de ta patience et la récompense de tous les moments que tu as supporté à mon égard.*

*Je remercie mes chers frères **ABDERRABI** , **AMIR**, **MOUNIR**, et ma chère et belle sœur **SARA** qui n'ont jamais cessé de prier pour moi, qui ont toujours été à mes cotés et m'ont tendu la main dans les moments les plus difficiles. Accepter donc ici l'hommage de ma gratitude et mon grand merci.*

*A ma chéri **MAMATI** qui est la lumière de ma vie je vous le remerci très très beaucoup*

*Comme je dédie ce travail à ma grande mère **kheira** /rahimaha allah/*

*A toute la famille **NEHARI** et **BOUGHAZI***

A mes chères amis qui ont été à mes cotés, je vous souhaite une merveilleuse vie.

PLAN

INTRODUCTION.....	4
PREMIERE PARTIE : ETUDE THEORIQUE.....	6
I. DEFINITIONS ET CONCEPTS.....	7
1. Suicide et Tentative de suicide.....	7
1-1. Le suicide	8
1-2.La tentative de suicide	9
1-3.Les idées suicidaires (ou idéations suicidAIRES).....	10
2. Autres définitions	10
2-1.La crise suicidaire	10
2-2.La menace suicidaire	10
2-3.Les équivalents suicidaires	11
2-4.L'attentat-suicide	11
2-5.Euthanasie	11
2-6.Suicide assisté	12
2-7.La suicidologie	12
II.HISTORIQUE DU PHENOMENE SUICIDAIRE.....	12
1. Profil historique du phénomène suicidaire	12
2. Courant sociologique	14
3. Courant psychologique	16
III.EPIDEMIOLOGIE DES TENTATIVES DE SUICIDE	18
1. Données internationales	18
1-1.Le suicide... problème mondial.....	18
2. Données nationales.....	21
IV.TENTATIVES DE SUICIDE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES	25
1. Tentatives de suicide et dépression	26
1-1.Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les déprimés.....	28

1-2. Tentatives de suicide chez les déprimés	28
1-3. Tentatives de suicide selon les formes cliniques de la dépression.....	29
a) Mélancolie	29
b) Dépression névrotique	30
1-4. Facteurs de risque	30
2. Tentatives de suicide et Schizophrénie	31
2-1. Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les schizophrènes	31
2-3. Facteurs de risque	33
3. Tentatives de suicide et Troubles de Personnalité.....	34
3-1. Personnalité histrionique	35
3-2. Personnalité borderline (état limite)	35
3-3. Personnalité psychopathique antisociale	36
3-4. Autres types de troubles de la personnalité	37
a) La personnalité obsessionnelle	37
b) La personnalité narcissique	37
4. Tentatives de suicide et Conduites addictives	37
4-1 / Alcoolisme.....	38
4-2 / Toxicomanie	39
5. Autres troubles psychiatriques.....	39
5-1. Troubles anxieux	39
5-2. Psychoses délirantes aiguës	39
5-3. Maladie somatique : exemple de SIDA.....	40
V. CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ	40
1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck.....	41
2. Échelle d'idéation suicidaire :	45
VI. ASPECTS RELIGIEUX ET CULTURELS DU COMPORTEMENT SUICIDAIRE :	48
1. Aspects religieux	48

1-1.Relation entre suicide et religion chez la population générale	48
1-2.Relation entre comportement suicidaire et religion chez les malades mentaux	49
2.Aspects culturels	51
VII.TENTATIVE DE SUICIDE ET AGE.....	53
1. Tentatives de suicide chez l'enfant.....	53
2. Tentatives de suicide chez l'Adolescent	55
3. Tentatives de suicide chez l'Adultes	58
4. Tentatives de suicide chez le sujet âgé	59
VIII.PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE	60
1.Accueil.....	60
2.L'hospitalisation	61
3.Traitement pharmacologique.....	62
4.Psychothérapie	63
5.Suivi.....	64
6.Rôle de la famille.....	65
7.Prévention.....	65

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE

PRATIQUE.....	67
I. INTERET	68
II. OBJECTIFS	68
. RÉSULTATS	69
A/Résultats Descriptifs 1.CONTEXTES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	70
2.Antécédents.....	71
3. Tentative de suicide	72
1.Utilisation des moyens violents.....	73
2. Usage de substances.....	74
4. Troubles psychiatriques.....	75
V. DISCUSSION	76

A/ Les facteurs sociodémographiques	78
B/ Facteurs cliniques.....	79
C/ Caractéristiques de la tentative de suicide	80
CONCLUSIONS	82
BIBLIOGRAPHIE.....	83

INTRODUCTION

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, philosophique, anthropologique, théologique, 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 enfin 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 suicidaires, 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 ou hospitalisés à l'hôpital **CHU TLEMEN**.

Nous réaliserons par la suite une analyse des résultats que nous discuterons, puis nous terminerons par une conclusion générale sur le sujet.

PREMIERE PARTIE :

ETUDE TEORIQUE

I. DEFINITIONS ET CONCEPTS:

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 et Tentative de suicide :

1-1. Le suicide :

Le terme « suicide » crée par **Thomas Browne** vient du latin « sui » : [se, soi] et « caedere » : [tuer] =se tuer soi-même . 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 .

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".

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.

1-2.La 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 Étatsunis, 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 :« 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 dans laquelle les suicides et tentatives de suicide sont rangés en fonction des moyens utilisés.

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 ».

1-3.Les idées suicidaires (ou idéations suicidaires) :

Ce sont des pensées que l'on pourrait se donner la mort, qui correspondent à des constructions imaginaires de scénario, sans passage à l'acte.

Une idée de se suicider correspond à l'idée de mettre fin à ses jours, plus ou moins intense et élaborée. Plusieurs pensées peuvent se succéder chez un même individu :

- Sentiment de lassitude de vivre,
- La conviction que la vie ne vaut pas d'être vécue,
- Un désir de ne pas se réveiller du sommeil...

- **Le suicidaire :**

Le suicidaire est un sujet qui a des idées suicidaires.

2. Autres définitions :

2-1.La 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.

2-2.La menace suicidaire :

La menace suicidaire correspond à la manifestation d'un projet exprimé verbalement ou non. Elle se situe entre les idées suicidaires et le passage à l'acte.

2-3.Les équivalents suicidaires :

Les équivalents suicidaires sont des conduites à risque qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort. Ces conduites, tout comme certaines lésions ou mutilations auto-infligées non suicidaires, ne doivent pas être abusivement considérées comme des tentatives de suicide.

Les exemples d'équivalents suicidaires sont multiples : le refus alimentaire, l'inobservance thérapeutique (au cours des maladies graves : cancer, VIH, HTA...), les conduites addictives abusives, les sports et la conduite de voiture à risque, le jeu pathologique, les pratiques sexuelles à risque, l'automutilation...

2-4.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.

2-5.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'abrèger 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.

2-6.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.

2-7.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 **1967**.

Elles'intéresse à la recherche scientifique en matière de suicide et a permis la mise en place d'études épidémiologiques et cliniques.

II.HISTORIQUE DU PHENOMENE SUICIDAIRE :

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

1. Profil historique du phénomène suicidaire :

Dans l'Antiquité, le suicide était commis après une défaite dans une bataille afin d'éviter la capture et les possibles tortures, mutilations ou la mise en esclavage par l'ennemi.

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.

Parfois, les réactions suicidaires étaient massives. Ainsi, après la mort de Confucius, **500** de ses disciples se précipitèrent dans la mer pour protester contre la destruction de ses livres.

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 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.

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.

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

Durant les deux derniers siècles, le suicide est progressivement devenu objet d'études scientifiques.

Deux types de conception et d'interprétation se sont opposés :

- les théories sociologiques **Durkheim** (Le suicide, 1897) et **Halbwachs** . (Les causes du suicide, 1930) ;
- les théories psychopathologiques avec **S.FREUD** ; **Menninger** ; **Vedrinne et Saubier**.

2. Courant sociologique :

Ce courant s'appuie largement sur les statistiques et les chiffres de l'épidémiologie, qui se sont accumulés à partir du **XVIII^e 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^e 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 ».

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 :

❖ **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 et du suicide égoïste.

-**Le suicide altruiste** procède d'une intégration sociale forte au point de méconnaître l'individualité. C'est une forme de suicide particulièrement développée dans les sociétés traditionnelles et qui n'a pas complètement disparu dans les sociétés modernes. Le militaire qui se donne la mort à l'issue d'une bataille perdue en constitue par exemple .

–Le suicide égoïste provient, à l'inverse, d'une 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.

❖ 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. Ce type de suicide progresse en situation de crise économique ou politique et dans les périodes de forte croissance économique, puisque les mutations engendrées sont porteuses d'instabilité sociale.

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

L'intuition de Durkheim selon laquelle le suicide constitue un phénomène social a été prolongée par de nombreux sociologues. Halbwachs (Sociologue français) suppose que, seul, le vide social créé autour de l'individu cause le suicide.

Halbwachs a démontré la dimension sociale de la décision individuelle du suicide : «C'est dans la société qu'il [l'individu] a appris à vouloir, et, même lorsqu'il en est retranché moralement, et qu'il croit ne plus participer à sa vie, il suit encore en partie son impulsion».

Selon cet auteur « Le nombre des suicides est un indice assez exact de la quantité de souffrance, de malaise, de déséquilibre et de tristesse qui existe ou se produit dans un groupe ».

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.

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.

La formule de Freud, selon laquelle « nul n'est probablement à même de trouver l'énergie de se tuer, à moins de commencer à trouver quelqu'un à qui il s'est identifié », marqua l'interprétation psychanalytique du phénomène.

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 :

-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**, 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 .

III.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

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.

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

* Nombre moyen de suicides pour 100 000 habitants par an.

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

– **Au Québec, (Canada)** : 1334 personnes se sont données 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 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.Epidémiologie descriptive des tentatives de suicide :

La France type de description.

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.

En **2002**, le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins est estimé à environ 195 000 :

- 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.

Une étude prospective , 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 tentatives 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.

2. Données nationales :

Le nombre exact des suicides et tentatives de suicide n'est pas disponible officiellement car les statistiques sont difficiles à obtenir, et on ne peut donc pas identifier avec précision le nombre des tentatives de suicide et des suicides dans notre pays.

Dr hadj Hacéne Fethi de l'EHS de Sidi Chahmi a porté sur le « suicide en Algérie : les enjeux sociaux ». Le psychiatre nous indiquera que l'Algérie enregistre **10.000** tentatives de suicides par an. En **2009**, on a relevé **203** cas de suicide, dont **69%** sont de sexe masculin et **65%** sont des célibataires. **59%** des personnes qui ont décidé de mettre un terme à leur existence appartenaient à la tranche d'âge **18-35** ans. Aussi, il relèvera que les hommes recourent à la pendaison par contre les femmes à l'absorption des médicaments.

IV. TENTATIVES DE SUICIDE ET TROUBLE PSYCHIATRIQUES :

Les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année. Ils sont responsables de presque de **90%** des sujets ayant réalisé un suicide abouti ou une tentative de suicide. 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.

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

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** , 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**, 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.

D'après l'OMS, la prévalence ponctuelle est de 7 à 8 % dans la population générale.

-Classification de DSM VI des troubles dépressifs :

❖ **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 les quels 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
3. 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 les déprimés :

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

- L'intensité de la dépression : plus la dépression est intense plus le risque d'une tentative de suicide grave est important
- 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

a) Mélancolie :

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 violents.

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

b) 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...).

1-3.Facteurs de risque :

- 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

- Communication de l'intention suicidaire

- 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...

- Impulsivité et agressivité

- Comorbidité : troubles anxieux, troubles de conduites, alcoolisme.

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.

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 .

Le suicide survient plus volontiers au cours des épisodes aigus de la maladie, surtout au cours du premier épisode psychotique. Mais la vulnérabilité serait maximale dans la semaine et dans les trois mois 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 (défenestration,recours à une arme à feu...). Ceci explique qu'elles aboutissent plus fréquemment que les tentatives de suicide médicamenteuses .

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

- 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, ce ratio oscille entre 10 et 20.

2-3.Facteurs de risque :

- **sociodémographiques**

- Sexe** : le taux de tentatives de suicide des sujets souffrant de schizophrénie semble équivalent dans les deux genres .

- Age** : Les comportements suicidaires, quels qu'ils soient, sont plus fréquents chez le sujet jeune. L'âge moyen du suicide dans la population souffrant de schizophrénie est de 34 ans. Le taux de suicide diminue avec l'âge pour atteindre 5 % chez les patients de plus de 65 ans.

- Événements de vie stressants** [20 %]. L'existence d'un événement stressant survenu récemment dans la vie des patients est associée au suicide.

- Perte d'un proche** [25 %] ;

- Victime** d'abus physique et/ou de discrimination [6 %] ;

- Le sujet souffrant de schizophrénie** et suicidant est le plus souvent socialement isolé, célibataire, sans emploi . Le suicide paraît plus fréquent chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant .

- **Antécédents** :

- L'existence d'antécédents personnels d'idéations suicidaires, de projets et de tentatives de suicide est un facteur de risque majeur de suicide. Dans la majorité des cas, les patients ont communiqué à leur entourage leurs intentions suicidaires avant le passage à l'acte.

–La prise en compte des antécédents familiaux de conduites suicidaires est également fondamentale dans l'évaluation du risque .

–Le risque suicidaire augmente en présence d'hospitalisations fréquentes, courtes, ainsi qu'avec le nombre d'hospitalisations sous contrainte .

–Il serait multiplié par 12 en cas de retard à la prise en charge supérieur à un an

- **Caractéristiques cliniques**

- Idées de persécution, ordres hallucinatoires... [34 %] ;

- La description de symptômes dépressifs [50 %] ;

- Plaintes au sujet d'effets secondaires des traitements psychotropes ;

- Abus de substances et d'alcool ;

- Désir d'attirer l'attention [18 %].

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.

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) :

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 mégalomaniacale, 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 .

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 .

3-3. Personnalité psychopathique antisociale :

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 :

a) 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.

b) 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 courtcircuiter. Les addictions doivent être par conséquent repérées, constituant un facteur important de récides.

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.

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, 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 .

4-2/Toxicomanie :

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 aiguë 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 »

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

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).

V.CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ :

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 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.

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

Tableau 2 : Les échelles de Beck

Echelle	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

L'intérêt de l'évaluation du risque suicidaire :

- 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
- Évaluer l'urgence ou l'imminence du passage à l'acte : le scénario suicidaire, l'absence d'alternative autre que le suicide
 - **Faible** : pense au suicide, pas de scénario précis, simples flashes
 - **Moyen** : scénario envisagé, mais reporté
 - **Élevé** : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir
- Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen et l'accès direct aux moyens ; Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

1. 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.

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire applicable aux suicidants. 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 :

- 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.

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-était incertain que la mort pouvait être visée après l'intervention médicale

2-était sûr 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/ -réaction 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 délibérée 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.

2.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

Échelle d'idéation suicidaire

Échelle d'idéation suicidaire

I / CARACTERISTIQUES DE L'ATTITUDE VIVRE/MOURIR

1 / Désir de vivre :

0-moderé à fort

1-faible

2-nul

2 / Désir de mourir

0-nul

1-faible

2-moderé à fort

3 / Raisons pour vivre/mourir

0-vivre plutôt que mourir

1-a peu près égaux

2-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 dé 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

0-bref, périodique ephemeres

1-periodes plus longs

2-continu (chronique) ou presque continu

7 / Dimension temporelle : fréquence

0-rare, occasionnel

1-intermittent

2-persistant ou continu

8 / Attitude vers l'idéation/désir

0-rejet

1-ambivalent ; indifférent

2-accepte

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

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

0-non envisagés

1-envisagés, mais les détails ne sont pas élaborés

2-les détails sont élaborés /bien formulés

13 / Méthodes : disponibilité/opportunité

0-Méthodes pas disponibles pas d'opportunités

1-méthode prendrait trop de temps /d'effort ; opportunité pas vraiment présente

2- a) méthode et opportunité disponibles

b) opportunité future ou disponibilité de la méthode anticipée

14 / Sentiment de « capacité » à accomplir la tentative

0-aucun courage, trop faible, peur, incompetence

1-pas sûr d'avoir le courage, la compétence

2-sûr de sa compétence, de son courage

15 / Attente /anticipation de la tentative

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

IV / ACTUALISATION DE LA TENTATIVE ENVISAGÉE

16 / Préparation effective

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

17 / Lettre d'adieu

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

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

- 0-aucun
- 1-y a pensé ou a fait quelques arrangements
- 2-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)

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

V/ FACTURS CONTEXTUELS

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

20 / TS antérieurs

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

21 / Intention de mourir lors la dernière TS

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

VI.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 :

Il n'existe pas de consensus quant à la définition du mot "religion". Une définition globale a été adoptée. Elle comprend à la fois la spiritualité (en rapport avec la transcendance) et la religiosité (les caractéristiques comportementales, sociales, doctrinales et de dénomination spécifiques).

1-1.Relation entre suicide et religion chez la population générale :

De nombreuses études ont montré que le comportement suicidaire est moins important chez les personnes religieuses . Par exemple, **Mcclain Jacobson** 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. Le support social n'est pas analysé dans ces études. Mofidi suggère que l'effet protecteur de la religion s'interpose avec celui du support social mais aussi le rôle que joue le support social dans cette relation . **Daniel et al.** ont réalisé une étude ayant comme objectif, non seulement la compréhension de la relation entre spiritualité, religiosité et comportement. Ils ont conclu que l'activité religieuse reste significativement associée à une baisse de tentatives de suicide malgré la suppression des facteurs du support social. D'après une autopsie psychologique portant sur des personnes suicidées âgées de 50 ans et plus, **Nisbet et al.** ont trouvé qu'elles étaient moins pratiquantes. 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 .

1-2.Relation entre comportement suicidaire et religion chez les malades mentaux :

Parmi les sujets suicidés, 90% ont une pathologie psychiatrique (dépression majeure, anxiété, schizophrénie, abus de substance...).

Daniel et al. ont constaté que les affections psychiatriques sont significativement indépendantes de la religiosité. Cette dernière est liée au comportement suicidaire chez les malades mentaux de la même façon que chez la population générale. Certaines études

s'accordent à dire que la religiosité diminue le comportement suicidaire chez les patients dépressifs. A partir d'une étude d'un échantillon de patients dépressifs, **Dervic** a montré que les sujets sans affiliation religieuse font plus de tentatives de suicide . Ces sujets jeunes, rarement mariés, généralement solitaires, sont dépourvus de raisons de vivre, impulsifs, agressifs et mêmes consommateurs de drogues. Tandis que le niveau bas d'agressivité et la présence des objections morales de suicide diminuent les tentatives de suicide chez les patients religieux. Cependant, il reste encore à clarifier si cette association est nettement indépendante aux autres facteurs cliniques et sociodémographiques (statut marital et parental, le niveau d'éducation, dépression ou désespoir...). Parmi les facteurs de risque suicidaire, Oquendo et al. proposent la propension de réagir envers le pessimisme, la perception subjective de la dépression, le désespoir et l'absence de raisons pour vivre . Dans ce contexte, il faut identifier d'autres facteurs prédicteurs de ce risque. Par exemple, il est possible que les objections morales et religieuses de suicide puissent contrarier cette subjectivité. Pour cette raison, **Lizardi** a mené une étude comprenant des patients avec épisode dépressif majeur selon les critères de **DSM**. L'évaluation objective de différents paramètres a été réalisée en se basant sur différentes échelles de mesure concernant la dépression, l'anxiété, le niveau psychosocial, les traits impulsifs, la présence ou non d'une psychose, des événements stressants et/ou d'une agression et la recherche chez ces dépressifs des raisons pour vivre. Cette étude a conclu que les sujets ayant moins d'objections morales de suicide font beaucoup de tentatives de suicide, aperçoivent leur dépression comme étant sévère et présentent un désespoir. Leur degré d'anxiété psychique est minime par rapport

aux autres ayant des objections morales de suicide plus élevées. Par contre, **Foster et al.** ont trouvé que lorsqu'il y a un trouble de l'axe I, la relation entre la religiosité et le risque suicidaire devient non significative. Une étude faite sur une cohorte de patients psychotiques jeunes a montré que le taux de tentatives de suicide commises chez ces patients est inversement associé à la satisfaction de la croyance religieuse. Une autre étude, comparant entre deux groupes schizophrènes ; un suicidant et l'autre non, a noté que les patients psychotiques suicidants ont rarement une affiliation religieuse ou appartiennent à une religion autre que le protestantisme. **Huguelet et al.** n'ont pas trouvé d'association entre la religiosité et le suicide chez les schizophrènes.

Néanmoins, leur étude n'a pas exploré ce que veut dire la religiosité pour ces patients ni sur le plan quantité ni qualité. Ceci a amené cette équipe à refaire une autre étude en se basant sur la mesure du niveau de religiosité et de spiritualité à partir de trois groupes : un groupe de schizophrènes suicidants [N=50], un groupe de schizophrènes non suicidants [N=65] et un groupe de suicidants non psychotiques [N=30]. La mesure de la religiosité implique le concept de centralité : plus la religion occupe une place centrale dans la vie de la personne, plus elle va influencer ses expériences et ses comportements. Dans cette perspective, la centralité a été estimée à partir de la transcription des entretiens. A l'issue de cette étude, **Huguelet et al.** ont conclu que la religion joue un rôle spécifique et protecteur dans la décision de suicide chez les trois groupes.

Dans notre contexte, 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 :

« La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société, un groupe social ou un individu. Subordonnée à la nature, elle englobe, outre l'environnement, les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions, les croyances et les sciences. »

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

Une comparaison récente des taux de suicide au **Canada** et aux **États-Unis** a révélé que le taux de suicide chez les hommes est de 57% plus élevé au **Canada**

qu'aux **États Unis**. **Antoon Leenaars** attribue cette différence à la théorie culturelle selon laquelle les canadiens sont plus brimés que les Américains, étant donné que, au moment où il était colonie, le Canada s'appuyait sur des valeurs britanniques de la loyauté et de la religion, tandis que les **États-unis** ont été fondés par des pionniers impétueux, agressifs et armés qui ont poursuivi leur route vers l'ouest en abattant tous les obstacles rencontrés sur leur passage. A cause de cette évolution différente, déclare

Leenaars, certains ont prétendu que les américains se tuent les uns les autres, tandis que les Canadiens se suicident . Le taux de suicide chez les adolescents du **Québec** est le plus élevé au **Canada** et l'un des plus élevé au monde. Selon **M. Samy**, 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..." **Crow 1987**. 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

VII.TENTATIVE 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.

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.

1. Tentatives de suicide chez l'enfant

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 (discorde 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
- 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 manifestations.

2. Tentatives de suicide chez l'Adolescent :

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 1^{ère} année. La gravité augmente au fur et à mesure des récurrences avec un risque de décès dans la première année de 1 à 2 %.

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, 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.

- 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.

3. Tentatives de suicide chez l'Adultes :

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 :**

- 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 que chez l'homme alors que ce dernier se suicide plus que la femme.

Tableau 3 : 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 Antécédents de TS Trouble psychiatrique(trouble de l'humeur ,abus de substance) Mini épidémie dans le groupe Histoire de délinquance, ou de comportement semi délinquant, même en l'absence de trouble psychiatrique Présence d'arme à feu au domicile	Histoire familiale de suicide Trouble psychiatrique(trouble de l'humeur, schizophrénie, alcoolisme) Vivre seul, en particulier être séparé, veuf ou divorcé Perte de soutien social Dégradation du statut socio-économique Maladie somatique Chômage Déclin socio-économique Perturbations psychologiques

3. 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
- 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.

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

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.

VIII.PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE :

1.Accueil

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

-Des mesures de réanimation nécessaire : instaurer 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 récives et d'envisager la valeur symptomatique du geste suicidaire.

Ensuite, plusieurs décisions restent possibles :

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

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 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...).
- Poser le diagnostic de trouble psychiatrique éventuel responsable de cette tentative de suicide.

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 référant 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 :

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

Tableau 4 : Étude de l'intérêt des médicaments dans le traitement de risque suicidaire

le médicament	Rôle dans le traitement de risque suicidaire
antidépresseurs	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune étude versus placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout venant. - De nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés. Ceci n'exclut pas la possibilité de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire rapportée avec tous les antidépresseurs.
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	<ul style="list-style-type: none"> -Elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire. -Aucune étude expérimentale n'est venue confirmer la nécessité d'associer systématiquement les benzodiazépines aux antidépresseurs dans le traitement de la dépression.
Lithium	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Formes unipolaires : ce résultat n'est pas retrouvé

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.

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.
- 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.

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.

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 :

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

DEUXIEME PARTIE :

ETUDE 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 portant sur les patients présentant une tentative de suicide et vus à service psychiatrique au niveau du **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 urgences psychiatriques **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.

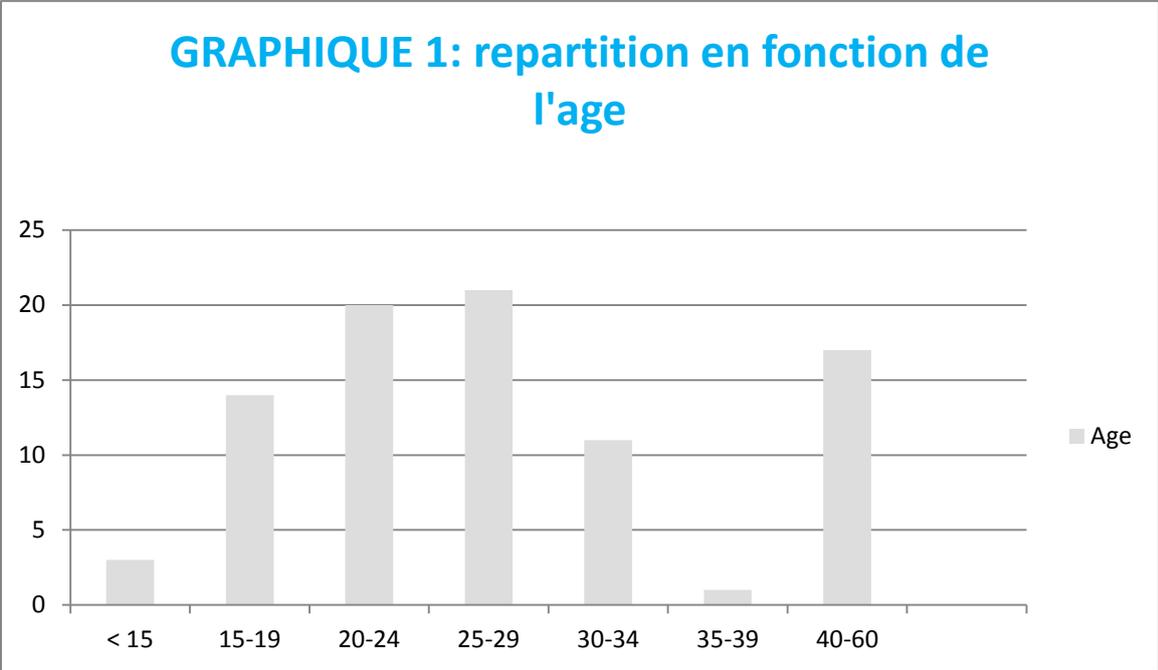
1. Données sociodémographiques :

1-1. L'âge :

L'âge moyen de l'échantillon était de 28 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%

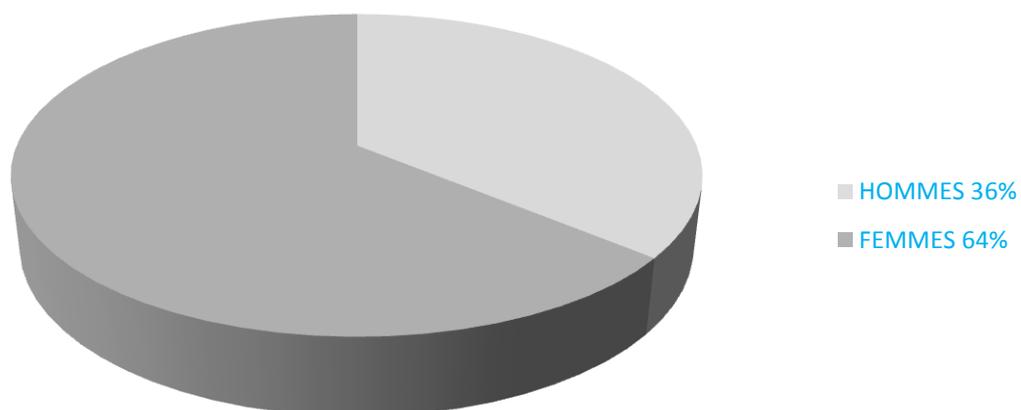
03 sujets avaient un age inferieur a 15 ans



1-2 Le sexe :

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

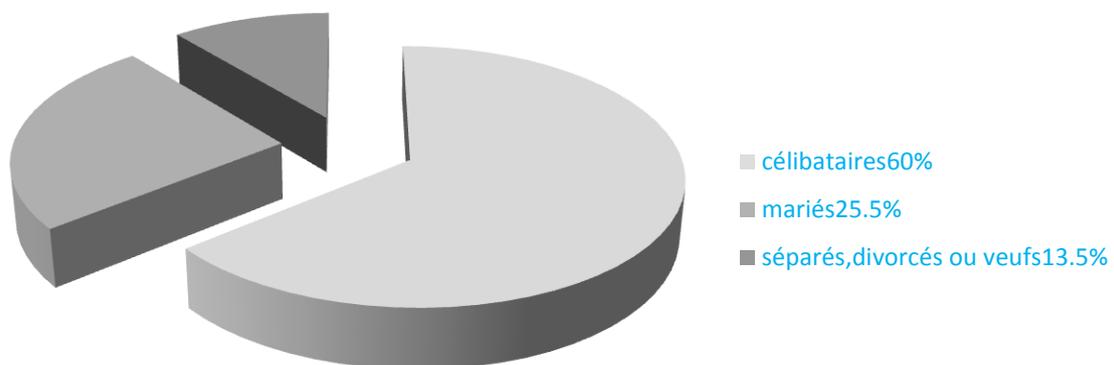
**GRAPHIQUE 2: repartition en fonction du
sexe**



1-3.Situation maritale :

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

GRAPHIQUE3: situation maritale



1-4.Vie solitaire :

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

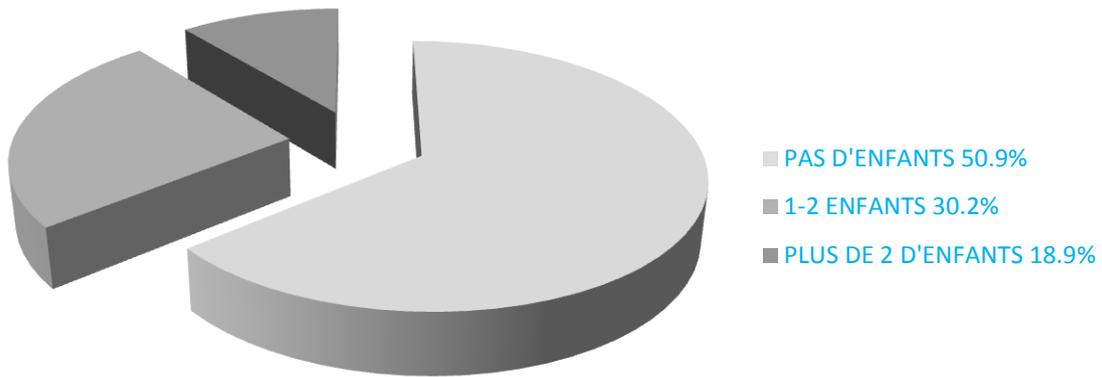
GRAPHIQUE4:repartition des sujets en fonction de leur vie solitaire



1-5.Nombre d'enfants :

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

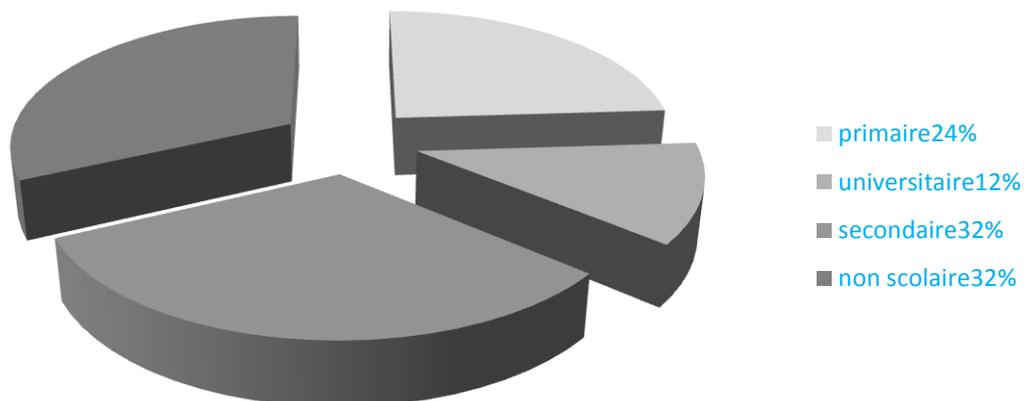
GRAPHIQUE 5:repartition en fonction des enfants



1-6.Niveau d’instruction :

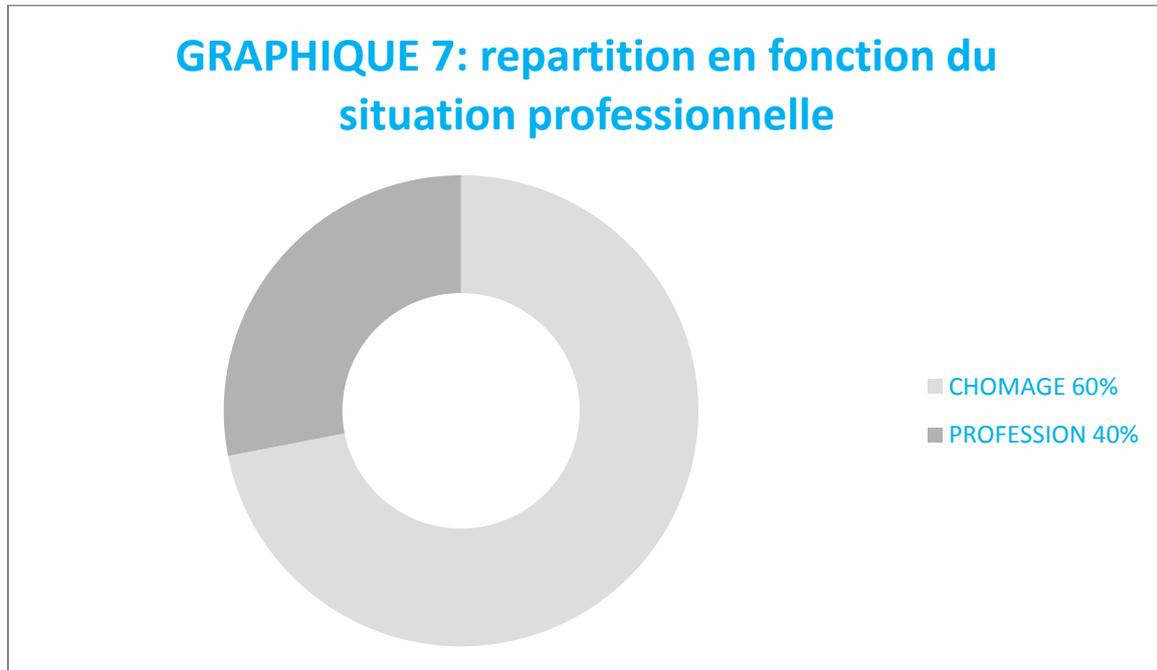
On a constaté que la majorité des patients avaient un niveau d’étude bas ou non scolarisé, alors que seulement 12% ont fait des études supérieures.

GRAPHIQUE6: repartition en fonction de niveau d'inscription



1-7. La situation professionnelle :

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



1-8. 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.

GRAPHIQUE 8:repartition en fonction du niveau socio-économiques



2. Antécédents :

2-1. Antécédents personnels de tentatives de suicide :

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

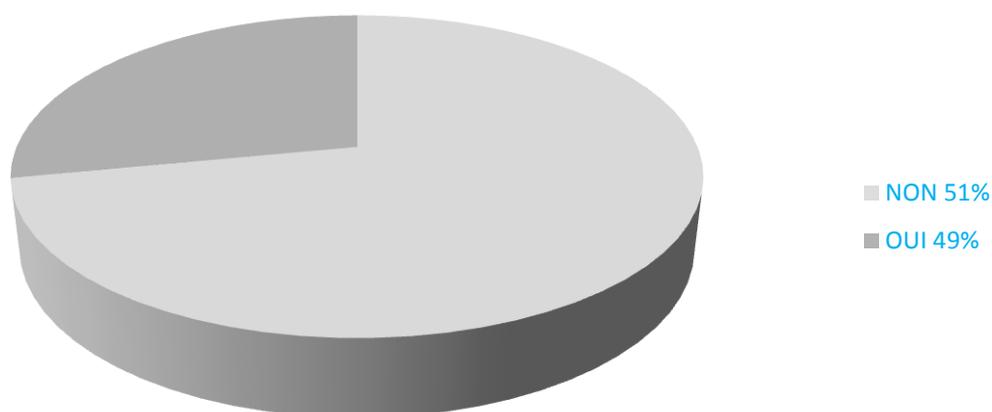
GRAPHIQUE 9: repartition en fonction des ATCD personnels de TS



2-2. Antécédents personnels de consultation :

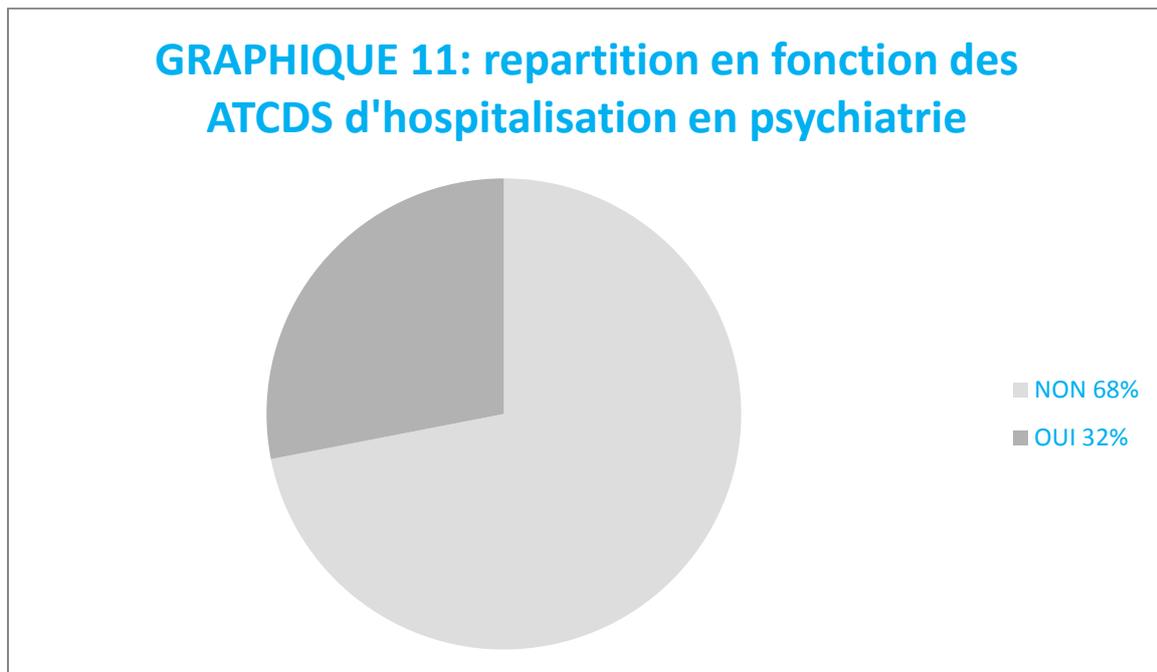
Un patient sur 2 présentait un antécédent personnel de consultation en psychiatrie.

GRAPHIQUE 10: repartition en fonction des ATCD personnels de consultation psychiatrique



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.



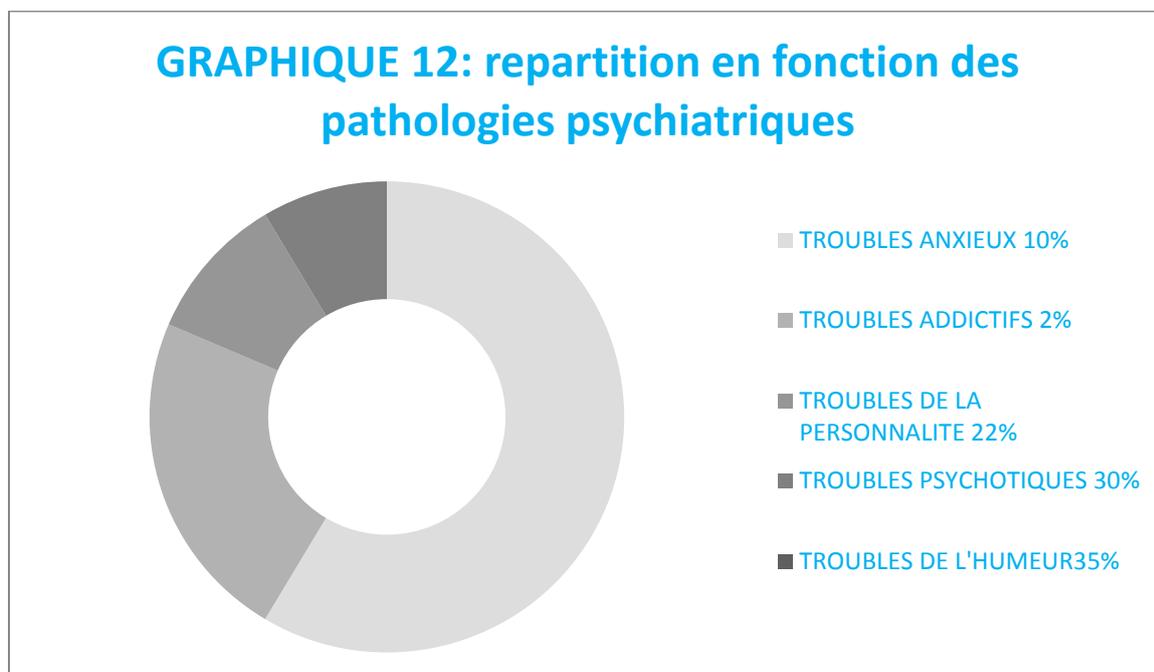
2-4 Les diagnostics psychiatriques :

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 aiguë]
- ❖ 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.

GRAPHIQUE 13: repartition en fonction de l'usage des substances



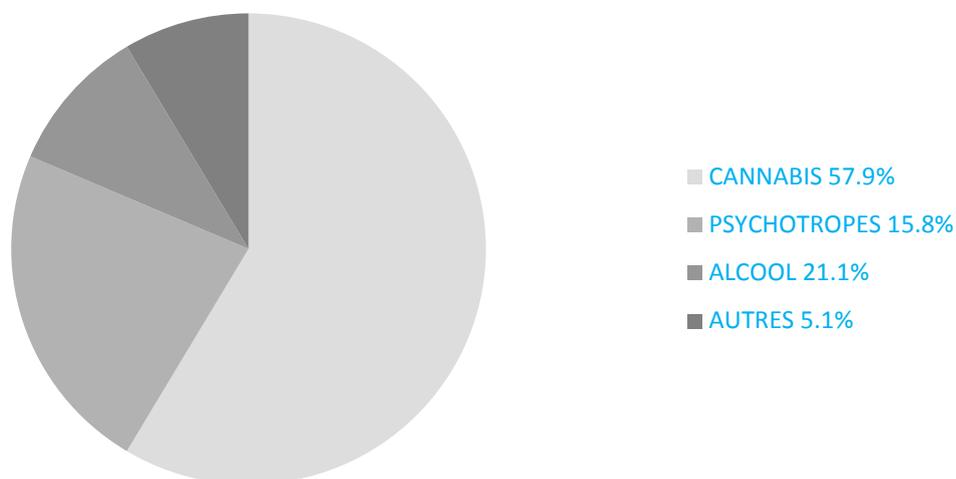
Chez les patients usagers de substances, le mode d'usage est réparti comme suit :

- 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.

GRAPHIQUE 14: repartition en fonction des substances utilisées



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 seconde choix chez nos patients.

- ✓ Médicaments : 25 %
- ✓ Défenestration : 22 %
- ✓ Pendaison : 12.6 %
- ✓ Insecticide : 11.5 %
- ✓ Phlébotomie : 7 %
- ✓ Autres : 20 %

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.

A/ Les facteurs sociodémographiques

1. Age

L'âge moyen des suicidants dans notre travail était de 28 +/- 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. Fergusson et al 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 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.

plus faible chez le sujet âgé. 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 sur 3206 qui a trouvé 67% de sexe féminin, une valeur proche de notre étude.

3. Statut marital :

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

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 néozélandaise de Beautrais, et al, 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

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 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]

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).

B/. 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, et contrairement à ce que est retrouvé dans les études étrangères –où les troubles dépressifs occupent le premier rang– les troubles psychotiques, troubles dépressifs et troubles de la personnalité représentaient un tiers des cas.

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 de ts variant entre 25 et 50%

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
- 30 à 50 % de ces patients font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie
- 10 à 15% des tentatives de suicide aboutissent contre 2% dans la population générale.

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

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. 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.

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. 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%.

Abbar 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

6. 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

6/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.

CONCLUSIONS :

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 marocain ce sujet de suicide reste un sujet tabou entouré de plusieurs craintes et mystères. Si la loi l'interdit, 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-il encore penser à une psychiatrie de liaison qui aura pour but de rapprocher les soins psychiatriques au sein même des services des urgences .

BIBLIOGRAPHIE

1/ 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.

2/ Durkheim E.

Le Suicide.

Paris [France], Alcan, 1897.

3/ CIM 10/ICD 10.

Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.

OMS/Masson, 1993

4/ 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

5/ conférence de consensus.

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

Fédération Française de Psychiatrie ,19-20 octobre 2000.

6/ Pierre Juillet.

Dictionnaire de psychiatrie.

Éditions CILF Hubert Joly Paulin Journeau Abdelouahab

Ayadi.ISBN:285319-279-2.Editions

2000.

7/ OMS.

Le suicide problème de santé énorme mais évitable.

Genève, le 8 Septembre 2004.

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

8/ 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).

9/Rouillon F.

Guide pratique de psychiatrie.

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

10/ 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.

11/ 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>.

12/ Walter M.Kermarrec I.

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

Revue de Practicien;1999;49.

13/ Conférence de consensus Du 19 – 20 octobre 2000

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

Paris: John Libbey 479 Eurotext; 2001.