

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUSSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2013

THESE N°:

TENTATIVE DE SUICIDE :
ETUDE DE TRENTE CAS A L'HÔPITAL ARRAZI DE SALE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Yousra OUMETJAR

Née le 18 Février 1989 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Tentative de suicide – Caractéristiques socio-démographiques –
Troubles psychiatriques – Risque suicidaire.

JURY

Mr. M. Z. BICHRA

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

Mr. A. OUANASS

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. H. KISRA

Professeur de Psychiatrie

Mr. J. MEHSSANI

Professeur Agrégé de Psychiatrie

}

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

صَلَّى
الْعَظِيمِ

سورة البقرة: الآية: 31



17 JUIN 2013

UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Jamal TAOUFIK
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
Pr. TAOBANE Hamid*

Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. ABROUQ Ali*
Pr. BENSOUHA Mohamed
Pr. BENOSMAN Abdellatif
Pr. LAHBABI Naïma

Oto-Rhino-Laryngologie
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Physiologie

Novembre 1983

Pr. BELLAKHDAR Fouad
Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI

Neurochirurgie
Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
Pr. MAAOUNI Abdelaziz

Radiothérapie
Médecine Interne

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSAID Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
Pr. IRAQI Ghali

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUY Mohamed

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed
Pr. TOLOUNE Farida*

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENABDELLAH Chahrazad
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar

Anesthésie -Réanimation
Chirurgie

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-phtisiologie

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Médecine Interne
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie

Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Chirurgie Générale
Pédiatrie
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. AGNAOU Lahcen
Pr. BENCHERIFA Fatiha
Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. EL IDRISSE Lamghari Abdennaceur
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Ophtalmologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. FERHATI Driss
Pr. HASSOUNI Fadil
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. IBRAHIMY Wafaa
Pr. MANSOURI Aziz
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADINE EL Hamid

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale

Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. MOULINE Soumaya
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN AMAR Abdesslem
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. DERRAZ Said
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. NAZI M'barek*
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *

Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENCHERIF My Zahid
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHAOUI Zineb
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer

Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale

Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 Pr. EL FTOUH Mustapha
 Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 Pr. EL OTMANY Azzedine
 Pr. HAMMANI Lahcen
 Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
 Pr. ISMAILI Hassane*
 Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
 Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
 Pr. TACHINANTE Rajae
 Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
 Pr. AIT OURHROUI Mohamed
 Pr. AJANA Fatima Zohra
 Pr. BENAMR Said
 Pr. BENCHEKROUN Nabiha
 Pr. CHERTI Mohammed
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 Pr. EL HASSANI Amine
 Pr. EL IDGHIRI Hassan
 Pr. EL KHADER Khalid
 Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 Pr. HSSAIDA Rachid*
 Pr. LAHLOU Abdou
 Pr. MAFTAH Mohamed*
 Pr. MAHASSINI Najat
 Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 Pr. NASSIH Mohamed*
 Pr. ROUIMI Abdelhadi

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
 Pr. BALKHI Hicham*
 Pr. BELMEKKI Mohammed
 Pr. BENABDELJLIL Maria
 Pr. BENAMAR Loubna
 Pr. BENAMOR Jouda
 Pr. BENELBARHDADI Imane
 Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUACHANE Thami
 Pr. BENYOUSSEF Khalil
 Pr. BERRADA Rachid

Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Neurochirurgie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Neurologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
 Neurologie

Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique

Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUHOUCHE Rachida
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. CHELLAOUI Mounia
 Pr. DAALI Mustapha*
 Pr. DRISSE Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. GOURINDA Hassan
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBABH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL BARNOUSSI Leila

Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Gynécologie Obstétrique

Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HADDOUR Leila
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. ISMAEL Farid
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KARMANE Abdelouahed
 Pr. KHABOUZE Samira
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. LEZREK Mohammed*
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. SASSENOU ISMAIL*
 Pr. TARIB Abdelilah*

Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique

Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENHARBIT Mohamed
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. KARIM Abdelouahed
Pr. KENDOSSI Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOURI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. TNACHERI OUZZANI Btissam
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie

Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. GHADOUANE Mohammed*
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amin
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saida*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AMMAR Haddou
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZIANE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL BEKKALI Youssef*
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb

Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie

Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

PROFESSEURS AGREGES :

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*

Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo ptisiologie
 Hématologie biologique
 Anesthésier réanimation
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique

Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KADI Said *
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufik*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. CHERRADI Ghizlan
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. RAISSOUNI Zakaria*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Traumatologie orthopédique
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Cardiologie
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. Ahmed JAHID
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Drissi*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
Pr. Mounir ER-RAJI
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Cardiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES *PROFESSEURS*

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès
Pr. HAMZA OUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biotechnologie
Biologie
Chimie Organique
Biochimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*Enseignants Militaires**

Mise à jour le 02/05/2013



Dédicaces

A mes très chers parents

Pour votre inéluctable patience et pour tous les efforts que vous avez consenti pour mon éducation et mon bien être.

Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que vous avez enduré durant mes longues années d'études.

A mes êtres chers, je vous témoigne mon profond amour et mes respects les plus dévoués.

Que Dieu vous garde et vous donne santé et longue vie.

A tout(e)s mes ami(e)

*Il me serait difficile de vous citer tous ,vous êtes dans mon cœur
,affectueusement.*

*A tous mes enseignants de la faculté de médecine et de pharmacie de
rabat.*

*A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration
de ce travail.*



Remerciements

A notre Maître et Président de thèse
Monsieur le Professeur M.Z BICHA
Professeur de Psychiatrie

Vous nous faites le grand honneur de bien vouloir accepter de juger notre travail avec une grande amabilité.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer nos remerciements chaleureux et les plus sincères.

A notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur le professeur A.OVANASS

Professeur de Psychiatrie

Vous nous avez toujours accueilli avec bienveillance et sympathie tout au long de ce travail. Votre disponibilité et votre modestie font de vous un encadrant sérieux et à grandes qualités humaines.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre admiration.

A notre Maître et Juge de thèse

Monsieur le professeur H. KISRA

Professeur de Psychiatrie

Nous sommes très touchées de vous compter parmi les membres de notre jury et de soumettre notre travail à votre haute compétence.

Votre gentillesse, jointe à vos qualités professionnelles seront pour nous un exemple dans l'expérience de notre profonde reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur J. MAHSSANI

Professeur de Psychiatrie

Nous nous estimons fiers de vous compter parmi les membres de notre jury.

Vos grandes qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité notre admiration.

Veillez trouver ici l'expression de notre grande considération .

A Dr EL AMMOURI Adil

Spécialiste en Psychiatrie

Nous vous remercions de votre aide à l'élaboration de ce travail, votre soutien tout au long de la période de notre étude était de grand apport.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.



Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ETUDE THEORIQUE.....	4
I. DEFINITIONS ET CONCEPTS	5
1. Suicide et Tentative de suicide.....	5
1-1. Le suicide	5
1-2.La tentative de suicide :.....	6
1-3.Les idées suicidaires (ou idéations suicidaires)	7
2. Autres définitions	8
2-1.La crise suicidaire	8
2-2.La menace suicidaire	8
2-3.Les équivalents suicidaires	8
2-4.La suicidologie	9
II.HISTORIQUE DU PHENOMENE SUICIDAIRE	10
1.Profil historique du phénomène suicidaire	10
2.Courant sociologique	12
3. Courant psychologique	14
3.1 Approche psychanalytique.....	14
3.2Thérapie cognitivo-comportementale.....	16
3.3 Thérapie systémique.....	16
III.EPIDEMIOLOGIE DES TENTATIVES DE SUICIDE	18
1. Données internationales.....	18
1-1.Le suicide... problème mondial.....	18
1-2.Epidémiologie descriptive des tentatives de suicide	20
2. Données au Maroc.....	22
IV.TENTATIVES DE SUICIDE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES	26
1. Tentatives de suicide et dépression :	27
1-1.Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les déprimés.....	29
1-2. Tentatives de suicide chez les déprimés	30
1-3.Tentatives de suicide selon les formes cliniques de la dépression	31
a) Troubles dépressifs majeurs avec caractéristiques psychotiques	31
b) Troubles dépressifs majeurs d'intensité modérée à sévère:.....	32

1-4.Facteurs de risque	32
2. Tentatives de suicide et Schizophrénie.....	33
2-1.Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les schizophrènes.....	33
2-2.Tentatives de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie.....	34
2-3.Facteurs de risque	35
3.Tentatives de suicide et Troubles de Personnalité	37
3-1.Personnalité histrionique	37
3-2.Personnalité borderline (état limite)	38
3-3.Personnalité psychopathique antisociale	39
3-4. Autres types de troubles de la personnalité	40
a) La personnalité obsessionnelle	40
b) La personnalité narcissique	40
4.Tentatives de suicide et Conduites addictives.....	41
4-1/Alcoolisme.....	41
4-2 Conduites addictives	42
5. Autres troubles psychiatriques.....	43
5-1.Troubles anxieux	43
5-2.Psychoses délirantes aiguës	43
5-3.Maladie somatique : exemple de SIDA.....	43
V.CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ	44
1.Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck.....	45
2.Échelle d'idéation suicidaire	46
VI.ASPECTS RELIGIEUX ET CULTURELS DU COMPORTEMENT SUICIDAIRE	47
1.Aspects religieux	47
1-1.Relation entre suicide et religion chez la population générale	47
1-2.Relation entre comportement suicidaire et religion chez les malades mentaux.....	48
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	59
4. Tentatives de suicide chez le sujet âgé	61

VIII.PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE	62
1.Accueil.....	62
2.Hospitalisation	63
3.Traitement pharmacologique	64
4.Psychothérapie.....	65
5.Suivi	66
6.Rôle de la famille	67
7.Prévention.....	68
DEUXIEME PARTIE : ETUDE PRATIQUE.....	69
I .INTERET DE L’ETUDE :	70
II. OBJECTIFS :	70
III. PATIENTS ET METHODES:	70
☐ Durée et type de l’étude.....	70
☐ Population cible.....	71
☐ Critères d’inclusion et d’exclusion.....	71
☐ Relevé des données	71
☐ Méthodes statistiques	72
IV RESULTATS	73
A.Résultats descriptifs.....	73
1.Données socio-démographiques	73
2.Antécédents.....	78
3 . Tentative de suicide.....	82
B.Résultats analytiques	89
1. Utilisation des moyens violents.....	89
2. Caractère récidiviste des TS	93
3. Troubles psychiatriques.....	94
4. Planification de la tentative de suicide	95
V. DISCUSSION.....	97
A/Les facteurs sociodémographiques.....	97
1.Age	97
2. Le sexe.....	98
3. Statut marital	98

4. Profession	99
5. Niveau d’instruction	99
6. Niveau socio-économique.....	99
B/Facteurs cliniques	100
1.Fréquence des suicidants à répétition	100
2. Diagnostics psychiatriques.....	100
3. Usage des substances.....	103
4. Antécédents familiaux de Suicide ou TS	103
C/ Caractéristiques de la tentative de suicide	104
1. Modalité de la TS	104
4/Idéation suicidaire	105
5/Conflits et événements stressants.....	106
6/Prise en charge	106
VI PROFIL D’UN PATIENT A HAUT RISQUE SUICIDAIRE	107
CONCLUSION	108
RESUME	111
ANNEXES	115
BIBLIOGRAPHIE	124



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 :

- Décrire les principales caractéristiques socio-démographiques et cliniques des suicidants.
- Déterminer les principales étiologies psychiatriques des tentatives de suicide,
- Etablir 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 aux urgences de l'hôpital ARRASI.

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

*Première partie :
étude théorique*

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 [1/2]. C'est un acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort. Le suicide est donc le meurtre de soi-même.

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

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

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

On parle de mortalité suicidaire et de sujets suicidés.

▪Le suicidé :

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

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 États unis, alors qu'il est remplacé en Europe par « para suicide » ou « acte autodestructeur délibéré ».

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

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

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

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

On parle de morbidité suicidaire et de sujets suicidants.

▪Le suicidant :

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

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

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. [8]

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... [9, 10].
- 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. [11]

2-2.La menace suicidaire [12] :

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 [8]

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, la conduite à risque, le jeu pathologique, les pratiques sexuelles à risque, l'automutilation...

2-4.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.Elle s'intéresse à la recherche scientifique en matière de suicide et a permis la mise en place d'études épidémiologiques et cliniques. [15]

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.

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

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

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

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 [4] (Le suicide, 1897) et Halbwachs [18]. (Les causes du suicide, 1930) ;
- les théories psychopathologiques avec S.FREUD ; Menninger ; Vedrinne et Saubier.

2. Courant sociologique : [4]

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

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

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

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

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

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

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

❖ 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 un 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 :

3.1 Approche psychanalytique

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

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

Cela va ouvrir une brèche dans la condamnation des suicidés.

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

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 [20] :

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

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

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

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

3.2 Thérapie cognitivo-comportementale

Les thérapies dites cognitives-comportementales ou TCC sont issues d'une démarche scientifique apparue dans les années 1950 : le behaviorisme (comportementalisme).

Ces thérapies, basées sur la psychologie de l'apprentissage, regroupent des approches complémentaires.

Elles visent à modifier les comportements, les pensées et les émotions du patient déprimé, car la dépression entraîne : une anhédonie, une grande fatigue, une inhibition de l'action, voire certaines phobies sociales notamment.

Ces thérapies cognitives-comportementale sont souvent basées sur : des jeux de rôle, des exercices, des mises en situation.

Elles ont pour objectif de ramener du plaisir dans la vie quotidienne et à modifier les émotions et réactions dans certaines situations pathogènes ou stressantes.

3.3 Thérapie systémique

L'approche systémique se distingue des autres approches par sa façon de comprendre les relations humaines. En effet, la personne n'est pas le seul élément analysé dans la démarche. Cette thérapie accorde aussi une importance aux différents systèmes dont elle fait partie (familial, professionnel, social, etc.). Cette personne est influencée à la fois par ses intentions, celles des autres, et celles des possibilités du milieu et/ou du système, elle tient compte des

symptômes dépressifs mais nous définissons l'état dépressif d'abord par rapport au ressenti de la personne.

La thérapie systémique propose une approche respectueuse qui permet d'avancer à son rythme vers la guérison. Elle n'a pas pour objet de rechercher l'origine du trouble dans le passé pour expliquer la situation présente. Elle se concentre sur ce que la personne vit actuellement et sur ces attentes pour se construire un avenir meilleur.

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 importante pour mieux comprendre ce phénomène.

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

1. Données internationales

1-1.Le suicide... problème mondial [22] [23]

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

Selon les estimations de l'OMS, près d'un million de personnes se sont données la mort au cours de la seule année 2002 ; 20 à 40 fois plus de sujets ont tenté 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 n° 1 : montrant les 10 premiers pays du monde classés suivant le nombre moyen des suicides par rapport à la population générale : Statistiques de l'OMS (décembre 2005)

Rang	Pays	Année	Hommes	Femmes	Moyenne / 100 000 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	44,9	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
8	Ukraine	2004	43,0	7,3	23,8
9	Siri lanka	2000	-	-	21,6

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

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

1-2.Epidémiologie descriptive des tentatives de suicide [8]

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. [27]

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[24] :

- Le sex-ratio des tentatives de suicide est l'inverse de celui du suicide : les femmes réalisent deux fois plus de tentatives de suicide que les hommes ;
- Les moyens utilisés lors des tentatives de suicide :

Les tentatives de suicide représentent 2 à 4% des consultants dans les services d'urgence dont la majorité d'entre-elles sont des intoxications médicamenteuses [91 %]. Les autres modalités réalisent moins de 10 % des tentatives de suicide examinées aux urgences. [26]

Une étude prospective [28], menée dans 57 services d'urgences, a montré que :

- Les intoxications médicamenteuses volontaires représentent : 90,6 % des cas.
- Les autres moyens sont :
 - o la phlébotomie (5 %),
 - o l'intoxication par des drogues (1,9 %),
 - o la pendaison (1,7 %),
 - o les produits ménagers (0,9 %),
 - o l'arme blanche (0,8 %), la noyade (0,6 %),
 - o l'inhalation de gaz (0,6 %),
 - o l'accident de la voie publique (0,5 %),
 - o l'arme à feu (0,3 %), la précipitation (0,2 %),
 - o l'électrisation (0,2 %) et
 - o l'immolation (0,2 %)

✚ Récidives des tentatives de suicide :

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

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

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

2. Données au Maroc

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.

En attendant que l'État se décide sérieusement à enquêter sur le phénomène suicidaire, rendre publique les chiffres et donne des explications plausibles, nous rapportons ici certaines études comme celles de Paes à Rabat [29] et Lyoubi [30] et Nassiri [31] à Mohammedia.

Tableau n°2 : Enquêtes antérieures faites au Maroc à propos des tentatives de suicide

Auteur	Année	Ville	Nombre des TS
Paes [29]	1982	Rabat	100 cas
Lyoubi [30]	1983	Casablanca	380 cas
Nassiri [31]	1990-1996	Mohammedia	73 TS et 62 suicides

Une enquête a été menée à Casablanca en 2005, [32] visant à évaluer la prévalence des idéations suicidaires et de tentatives de suicide dans un échantillon représentatif de la population générale dans la région de Casablanca. Cette enquête a tenté également d'identifier les facteurs de risque associés aux tendances suicidaires, en particulier la comorbidité avec des troubles psychiatriques.

Elle a été réalisée sur un échantillon de 850 sujets interrogés :

- 50% femmes et 50% hommes ;
- 58% étaient célibataire et 35,3 % étaient mariés ;
- Le taux de chômage était de 24,1%, contre 41,5% qui avaient une activité professionnelle. Les autres sujets étaient des étudiants [18,8%] ou des femmes au foyer [15,5%] ;
- Concernant le niveau d'éducation, 15,2% étaient non scolarisés, 16,3% avaient un niveau de l'école primaire, 53,1% avaient un niveau secondaire et 15,3% des sujets avaient un niveau universitaire.

Les résultats de cette enquête :

- 6,3% des sujets [n = 51] présentaient une idéation suicidaire. La prévalence était de 10,5% chez les femmes [n = 42] et 2,25% chez les hommes [n = 9 [OR =5,1].
- Un total de 17 sujets [2,1%] a signalé au moins une tentative de suicide au cours de sa vie, 11 femmes [2,75%] et 6 hommes [1,5%]. La différence n'était pas significative [OR = 1.8].

Tableau n°3 : Réponses détaillées aux questions posées dans l'enquête de Casablanca :

Question posée	Total		Hommes [N=400]		Femmes [N=400]	
	N	%	N	%	N	%
Au cours de la précédente période de 1 mois,	62	7,8	22	5,5	44	11,1
- Pensez-vous que vous seriez mieux mort ?	17	2,1	9	2,2	8	2
- Voulez-vous nuire à vous-même ?	15	1,9	8	2	7	1,8
- Pensez-vous au suicide ?	8	1,0	3	0,7	6	1,3
- Avez-vous un plan de suicide ?	6	0,8	3	0,7	3	0,7
- Tentative de suicide ?						
Dans votre vie : Avez-vous jamais fait une tentative de suicide ?	17	2,1	6	1,5	11	2,7

Tableau n°4 : Répartition des troubles psychiatriques selon le DSM-VI dans l'enquête de Casablanca

Comorbidité	Nombre de sujets	Pourcentage
Pas de trouble psychiatrique	6	11,7
Troubles dépressifs	12	23,5
Trouble dépressif majeur	11	21,5
Dysthymie	4	7,8
Les troubles anxieux	12	23,5
Le trouble panique	8	15,7
Agoraphobie	5	9,8
Phobie sociale	10	19,6
PTSD	8	19,6
TOC	8	15,7
Le trouble d'anxiété généralisée		
l'abus / dépendance d'alcool et / ou Substance		

➤ Aspects juridiques de suicide au Maroc :

La tentative de suicide est d'ailleurs punie par la loi dans notre pays vu que le code pénal marocain a consacré des articles traitant ce phénomène (annexe 1).

Mais ce phénomène demeure un sujet tabou dans notre contexte marocain, vu les considérations religieuses, culturelles, sociales et même politiques.

IV. TENTATIVES DE SUICIDE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

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

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

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

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

Dans des ouvrages récents relatifs au repérage et à la classification des maladies psychiatriques, le terme suicide ne fait pas l'objet d'un codage autonome.

C'est ainsi que dans le DSM (VI)-R [40], on retrouve simplement dans le critère de la personnalité borderline une « menace de comportement ou geste suicidaire », et dans la classification des troubles dépressifs, on trouve parmi les critères de l'état dépressif majeur des idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plans précis pour se suicider.

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

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

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

1. Tentatives de suicide et dépression :

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

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

Au Maroc, on compte 2,5 millions de personnes souffrant de la dépression, c'est à dire un patient sur 6 qui présente une symptomatologie dépressive [41].

Annexe2 : Classification de DSM VI des troubles dépressifs : [40]

❖ Les troubles dépressifs :

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

.-Trouble dysthymique : est caractérisé par une humeur dépressive présente plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans associés à des

symptômes dépressifs ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur.

-Trouble dépressif non spécifié: a été introduit afin de pouvoir coder des trouble 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
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteurs presque tous les jours.
6. fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

7. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
8. diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous
9. pensées de mort récurrentes

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

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

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

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

1-1.Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les déprimés

Le suicide est la complication la plus tragique des troubles dépressifs.

Plusieurs études ont démontré que les patients présentant un trouble dépressif ont un risque accru de suicide [42] et de tentative de suicide [43-44] :

Dans une revue de la littérature comprenant : [45]

- 14 études de suivi de population des sujets déprimés ;
- Deux études épidémiologiques ;

- Une étude familiale.

Dans aucune de ces études, le taux de décès par suicide n'était inférieur à 12% et dans huit d'entre elles, les taux variaient entre 35 et 60 %. Ces auteurs estiment qu'environ 15 % des déprimés vont décéder par suicide, ce qui signifie 30 fois plus que la population générale.

Dans une autre revue portant sur 15 études, on retrouve un taux de tentatives de suicide variant entre 25 à 50%. [45]

Cela montre que la plupart des personnes qui tentent de mettre fin à leurs jours présente plusieurs symptômes de la dépression.

1-2. 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 » [46].

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

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

- L'intensité de la dépression : plus la dépression est intense plus le risque d'une tentative de suicide grave est important [48] ;
- La survenue d'une variation cyclique de l'humeur ;
- L'autoaccusation ou idée de culpabilité ou persécution qu'on doit rechercher et considérer comme alarmant surtout chez le mélancolique;

- L'agitation, l'angoisse intense ou l'existence des idées délirantes chez le sujet déprimé peuvent être à l'origine des tentatives de suicide ;
- Chez les adolescents déprimés : il faut chercher une instabilité psychomotrice et une impulsivité associée au désespoir qui comportent un risque suicidaire imminent.

1-3. Tentatives de suicide selon les formes cliniques de la dépression

a) Troubles dépressifs majeurs avec caractéristiques psychotiques : [8]

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

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

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

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

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

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

b) Troubles dépressifs majeurs d'intensité modérée à sévère:

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...).

1-4.Facteurs de risque : [47]

○ 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 certaines 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. [49]

2-1.Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les schizophrènes

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

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

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

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

Cette enquête a étudié les caractéristiques cliniques des sujets suicidaires chez lesquels les troubles mentaux ont été élevés [88,2%]. À cet égard, seuls 6 sujets n'ont pas de trouble psychiatrique. Les Troubles dépressifs ont été les plus répandus.

2-2.Tentatives de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie

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

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

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

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

- Défenestration, saut dans le vide [40 %] ;
- Intoxications médicamenteuses volontaires [27 %] ;
- Noyade [13 %] ;
- Pendaison [7 %] ;
- Automutilation par arme blanche [7 %] ;
- Blessure par arme à feu [7 %] ;
- Autres : immolation, empoisonnement, interposition sur la circulation [1 %].

Le ratio tentative de suicide–suicide est de quatre chez les sujets souffrant de schizophrénie ; dans la population générale, 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 [54].

-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. [59]

-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 [60]. Le suicide paraît plus fréquent chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant [61].

❖ Antécédents :

-L'existence d'antécédents personnels d'idéations suicidaires, de projets et de tentatives de suicide est un facteur de risque majeur de suicide [62]. 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 [63].

-Le risque suicidaire augmente en présence d'hospitalisations fréquentes, courtes, ainsi qu'avec le nombre d'hospitalisations sous contrainte [64].

-Il serait multiplié par 12 en cas de retard à la prise en charge supérieur à un an [62].

❖ Caractéristiques cliniques [65]

-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. [40]

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

- Groupe A, qui correspond aux personnalités "psychotiques". Il inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques (sujets bizarres ou excentriques).
- Groupe B, qui inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques (sujets d'apparence théâtrale, émotifs et capricieux).
- Groupe C, qui correspondant aux personnalités "névrotiques". Il inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles compulsives (sujets anxieux et craintifs).

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

3-1.Personnalité histrionique :

Ce type de personnalité est présent chez 10 à 15 % des consultants en psychiatrie, touchant principalement le sexe féminin. Son tableau clinique comporte : égocentrisme, histrionisme, théâtralisme, suggestibilité, labilité émotionnelle, conduites de séduction, mythomanie et dépendance affective aux autres.

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

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

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

3-2.Personnalité borderline (état limite) : [66/67]

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

- Tendance anxieuse extrêmement importante, liée à l'angoisse de séparation ;
- Un trouble de l'identité : le sujet se perçoit souvent de façon mégalomane, ou totalement dévalorisée, avec des risques suicidaires ;
- Des symptômes névrotiques de type phobiques : peur d'être regardé, peur de la saleté, préoccupations hypocondriaques, souvent importantes;

-Troubles du comportement marqués par l'impulsivité, l'imprévisibilité, avec abus d'alcool, toxicomanie, bagarres, automutilations.

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

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

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

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

3-3.Personnalité psychopathique antisociale : [69/70]

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

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

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

La tentative de suicide survient fréquemment :

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

3-4. Autres types de troubles de la personnalité :

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 court-circuiter.

Les addictions doivent être par conséquent repérées, constituant un facteur important de récurrences.

Lorsqu'elles sont corrélées à des facteurs sociaux et environnementaux, à savoir l'isolement, la séparation et les ruptures relationnelles, la mauvaise adaptation professionnelle, le risque de suicide sera alors très élevé. [70]

4-1/Alcoolisme

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

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

Les facteurs spécifiques qui augmentent le risque chez l'alcoolique

- Alcoolisme d'installation précoce ;
- Alcoolisme chronique ;
- Ivresse aiguë ;
- Le sevrage ;

- Antécédent d'alcoolisme familial ;
- Humeur dépressive ;
- Les accès confusionnels ;
- Le délire ;
- Moindre rendement professionnel ;
- Déchéance psychosociale associés.

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

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

4-2 Conduites addictives : [69]

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

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

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

5. Autres troubles psychiatriques

5-1.Troubles anxieux :

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

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

5-2.Psychoses délirantes aiguës

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

5-3.Maladie somatique : exemple de SIDA

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

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

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

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

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

Tableau 5 : Les échelles de Beck

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

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

- Identifier les facteurs de risque et les caractéristiques des conduites suicidaires ;
- Évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée;
- Évaluer l'urgence ou l'imminence du passage à l'acte : le scénario suicidaire, l'absence d'alternative autre que le suicide ;
 - o Faible : pense au suicide, pas de scénario précis, simples flashes
 - o Moyen : scénario envisagé, mais reporté
 - o 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 [80]. 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 [81] :

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

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

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

Cette échelle a également l'intérêt sémiologique de structurer l'entretien avec le suicidant. (annexe 2)

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. (annexe3)

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.

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). [83].

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 [84], [85], [86]. Par exemple, McClain Jacobson [84] a mené une étude dont le but est d'évaluer le niveau psychologique par rapport à la croyance de la présence d'une vie après la mort

chez une population suivie pour maladie cancéreuse terminale. Trois groupes ont été identifiés ; les croyants, les non croyants et les non sûrs. D'après cette étude, il n'y a pas de différence significative d'anxiété et de dépression entre les différents groupes. Par contre, plus que le groupe est non croyant, plus il y a présence du désespoir, des idées suicidaires et du désir de mourir le plus tôt possible.

Le support social n'est pas analysé dans ces études. Mofidi [87] 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 [88]. 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 [89]. En somme, la religion peut protéger contre les tentatives de suicides en donnant à la personne un sens à sa vie, par des valeurs morales ou en étant source d'espoir et de courage dans les moments difficiles [90].

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 [88]. 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 [N=371], Dervic a montré que les sujets sans affiliation religieuse font plus de tentatives de suicide [91]. 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 [92]. Dans ce contexte, il faut identifier d'autres facteurs prédictors 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 (N=265) avec épisode dépressif majeur selon les critères de DSM IV [93].

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 [94]. Une étude faite sur une cohorte de patients psychotiques (N=88) jeunes a montré que le taux de tentatives de suicide commises chez ces patients est inversement associé à la satisfaction de la croyance religieuse [95]. Une autre étude [96], 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 [90]. Ceci a amené cette équipe à refaire une autre étude [97] 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 [98] : 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 [97].

Dans notre contexte marocain, 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 [99].

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 [100] 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 [100]. Le taux de suicide chez les adolescents du Québec est le plus élevé au Canada et l'un des plus élevés au monde. Selon M. Samy [100], la révolution tranquille et l'éclatement de la famille seraient des facteurs clés du phénomène. Un autre facteur serait la possibilité de suicide qu'offre la société " nous vivons dans une société qui accorde de la valeur à la qualité de vie plutôt qu'à la durée de vie..."[101] Crow 1987. 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 [samouraïs]. Le suicide pratiqué à la mort de son supérieur est appelé Junshi. De manière générale, la culture japonaise ne condamne pas le suicide [102].

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.[14].

Les taux ont tendance à augmenter avec l'âge, mais on a récemment constaté un accroissement alarmant des comportements suicidaires chez les jeunes de 15 à 25 ans dans le monde entier. Dans tous les pays, le suicide est maintenant l'une des trois principales causes de décès chez les personnes âgées de 15-34 ans et prédominant chez les personnes âgées. [103]

1. Tentatives de suicide chez l'enfant

[104/105/106]

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

- o Dessins traduisant des préoccupations pour la mort ;
- o La survenue de plaintes somatique : douleurs, maux de tête ;
- o Des blessures à répétition ;
- o Une hyperactivité ;
- o Une encoprésie (défécation "involontaire" ou délibérée dans des endroits non appropriés) ;
- o Des troubles de sommeil ;
- o Une tendance à l'isolement ;
- o 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 psychologiquement, 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 : [104/105/106]

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

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

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

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

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

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

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

Comme le constatent fréquemment les parents d'adolescents mais aussi tous les professionnels amenés à rencontrer des jeunes, l'adolescent, bien souvent, agit réagit, 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 : [8]

-Les antécédents de tentatives de suicide. C'est le premier facteur de risque à rechercher. Le risque est très augmenté dans l'année suivant le geste mais reste plus élevé même à distance puisque 10 % des sujets qui ont effectué une tentative de suicide décèdent par suicide dans les 10 ans ;

-Une maladie psychiatrique associée (dépression, troubles anxieux, schizophrénie) ;

-L'existence d'antécédents de suicide ou de tentatives dans la famille ;

-La communication claire d'une intention suicidaire ou le caractère très impulsif de la personnalité ;

-Les pertes parentales précoces ;

-L'isolement affectif notamment si l'entourage socio familial est déficient (les veufs, divorcés, célibataires sont plus exposés) ;

-Les événements de vie négatifs ;

-L'isolement socioprofessionnel, le chômage ;

- Des conflits avec la hiérarchie ou le conjoint, des arrêts de travail à répétitions, un sentiment d'incapacité d'inefficience ou inutilité dans le travail et dans les relations sociales ;
- Des consultations médicales itératives pour des douleurs ou fatigue ;
- Maladies graves ;
- La toxicomanie ;
- Les blessures narcissiques ;
- L'émigration....

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

Tableau 6 : 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 Antécédent 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 psychique 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

4. Tentatives de suicide chez le sujet âgé

Les tentatives de suicide réalisées par les personnes âgées sont plus meurtrières. Cette létalité plus grande est fonction de plusieurs facteurs :

- La réduction de la résistance physique [plus de maladies physiques] ;
- Plus d'isolement social (diminution de risque de sauvetage) ;
- Une plus grande détermination à mourir [110].
- L'utilisation plus violente et potentiellement mortelle de méthodes et d'appliquer ces méthodes avec une plus grande planification de mettre fin de sa vie. [111].

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

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

VIII.PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE :

1.Accueil [112/104/8]

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

- Des mesures de réanimation nécessaire : 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
 - o La structure de la personnalité
 - o L'existence d'une pathologie sous jacente

- o L'existence de symptômes dépressifs ou impulsifs
- o La qualité de l'entourage.

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

Ensuite, plusieurs décisions restent possibles :

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

2.Hospitalisation :

L'hospitalisation sera imposée en cas :

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

L'intérêt de l'hospitalisation est multiple :

- Protéger la vie de sujet en l'éloignant des moyens ;
- Mettre temporairement à distance les situations ayant précipité l'état actuel de la crise suicidaire ;
- Établir une relation de confiance de qualité suffisante ;

- Réévaluer plus finement et ultérieurement l'état psychiatrique et contexte de la personne ;
- Poser le diagnostic de trouble psychiatrique éventuel responsable de cette tentative de suicide.

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

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

Si la situation l'exige, le sujet devra être installé dans une chambre proche du lieu de soin. Une surveillance rapprochée devra être prescrite à l'hôpital lors des périodes de changement (début ou fin d'hospitalisation, transfert dans une autre chambre, absence de médecin 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 7 : Étude de l'intérêt des médicaments dans le traitement de risque suicidaire [116]

Le médicament	Rôle dans le traitement de risque suicidaire
Antidépresseurs	– 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
Neuroleptiques	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.
Benzodiazépines	–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	- 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. [116]

Les types de psychothérapie les plus indiqués sont :

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

§ La psychothérapie structurée type cognitivo-comportementale peut être utilisée en cas de désespoir.

§ La thérapie psycho dynamique et la thérapie comportementale dialectique peut être utile chez les patients suicidants avec un diagnostic de trouble de la personnalité type borderline.

5.Suivi

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

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

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

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

Ce suivi exige :

- § d'organiser les soins dès le début ;
- § favoriser l'établissement d'un lien de confiance entre les intervenants, le patient et son entourage ;
- § que le suivi soit assuré par une personne déjà impliquée dans la prise en charge ou connue du patient, comme son médecin traitant ;
- § une attention et une mobilisation soutenues durant l'année qui suit le début de la crise.

Une réévaluation de la situation après quelques jours est toujours souhaitable.

Elle permet à la personne de se fixer des échéances pragmatiques et atteignables ; on considère que même chez une personne sans facteur de risque primaire, une vigilance de l'entourage est nécessaire dans l'année suivant une crise suicidaire ou une tentative de suicide. [116]

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 :

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

*Deuxième partie :
étude pratique*

I .INTERET DE L'ETUDE :

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

Ce travail est basé sur une étude d'un échantillon de 30 patients ayant présenté une tentative de suicide et consultants à l'hôpital psychiatrique ARRAZI de Salé.

II. OBJECTIFS :

Notre travail a pour objectifs de :

- ❖ Décrire les principales caractéristiques socio-démographiques et cliniques des suicidants.
- ❖ Etablir des corrélations entre les différents paramètres et le risque suicidaire.
- ❖ Décrire un profil des patients suicidants à maintenir impérativement en hospitalisation.

III. PATIENTS ET METHODES:

❖ Durée et type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique sur un échantillon de 30 patients pendant 2 mois, réalisée au sein de l'hôpital psychiatrique ARRAZI de Salé.

❖ Population cible

Nous avons inclus dans notre étude toute personne venant à l'hôpital psychiatrique ARRAZI dont le motif de consultation est une tentative de suicide, quelle que soit la nature de la maladie et quel que soit l'âge.

❖ Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Toute personne qui consulte à l'hôpital ARRAZI de Salé pour une tentative de suicide récente < 1 mois.
- Avoir un consentement oral.

Critères d'exclusion :

- Tout patient qui présente une confusion mentale ou une démence ou un retard mental.
- On n'a pas inclus les patients qui ont présenté des automutilations superficielles.

❖ Relevé des données :

- Un hétéro questionnaire de 28 items a été élaboré en prenant compte des données de la littérature sur les facteurs de risque de suicide. (annexe 4)
- Il s'organisait autour de 3 thèmes :
 - ✓ Une première partie concerne les caractéristiques socio-démographiques du suicidant à : l'âge, le sexe, la profession, le milieu de vie, le niveau socio-économique et d'instruction.....

- ✓ Une deuxième partie comporte les facteurs cliniques tels que les antécédents de tentative de suicide et les antécédents de consultation ou hospitalisations psychiatriques personnels et familiaux, ainsi que la notion d'usage des substances, leur mode et leur nature.....
- ✓ La dernière partie est réservée aux caractéristiques de la crise suicidaire actuelle : moyens de la tentative de suicide, son déroulement, ses circonstances (lieu et temps), les motifs invoqués et les soins...
- La passation du questionnaire a été faite par les résidents en psychiatrie au cours de la garde des urgences à travers un hétéro questionnaire.

❖ **Méthodes statistiques**

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS.13.0

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs (n) et pourcentages ()

Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart type.

La description comparative des variables qualitatives a été faite le test statistique khi deux.

IV RESULTATS

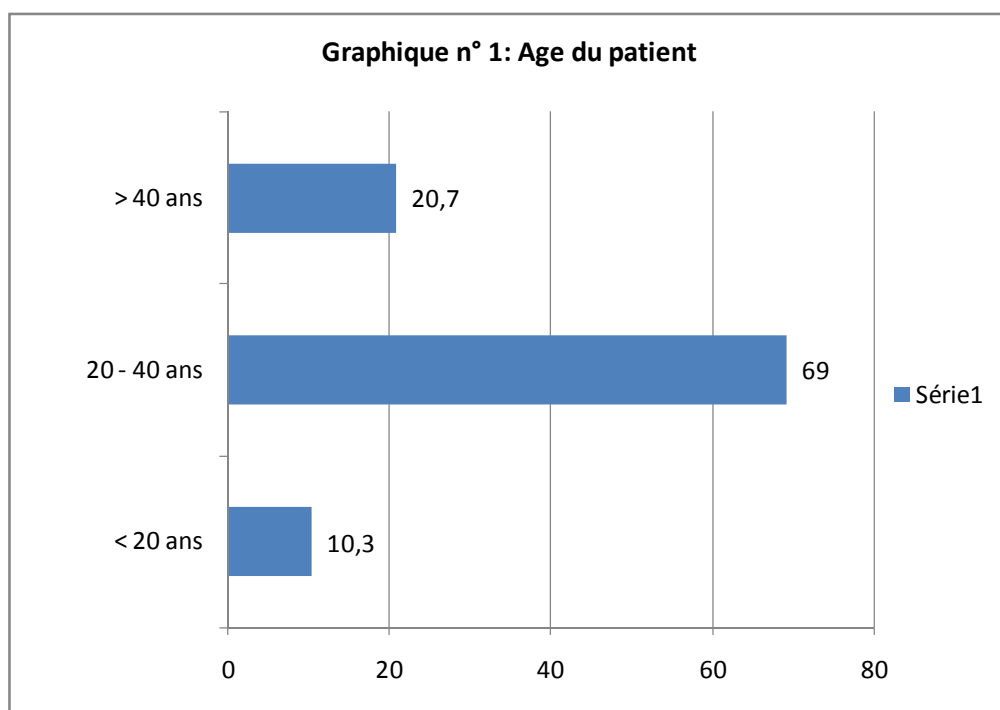
A. Résultats descriptifs

Entre Septembre et Novembre 2013, nous avons recruté 30 patients qui ont consulté à l'hôpital ARRAZI durant la période d'étude.

1. Données socio-démographiques :

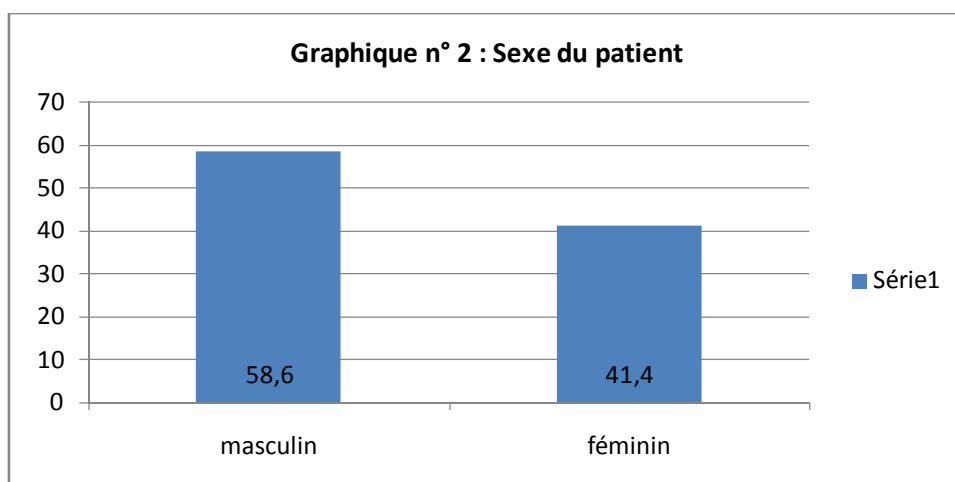
a. L'âge

L'âge moyen de l'échantillon était entre 20 et 40 ans avec un pourcentage de 69% alors que les < 20 ans ne représentent que 10,3%.



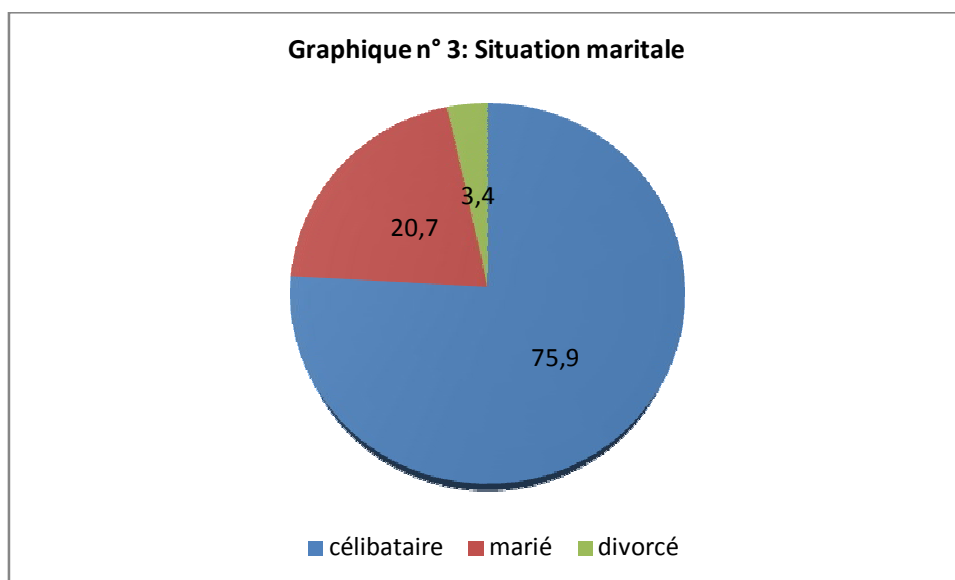
b. Le sexe du patient

Parmi les 30 patients inclus dans l'étude on a constaté une prédominance masculine avec un taux de 58,1% pendant que les femmes ne représentent que 41,4% de l'échantillon.



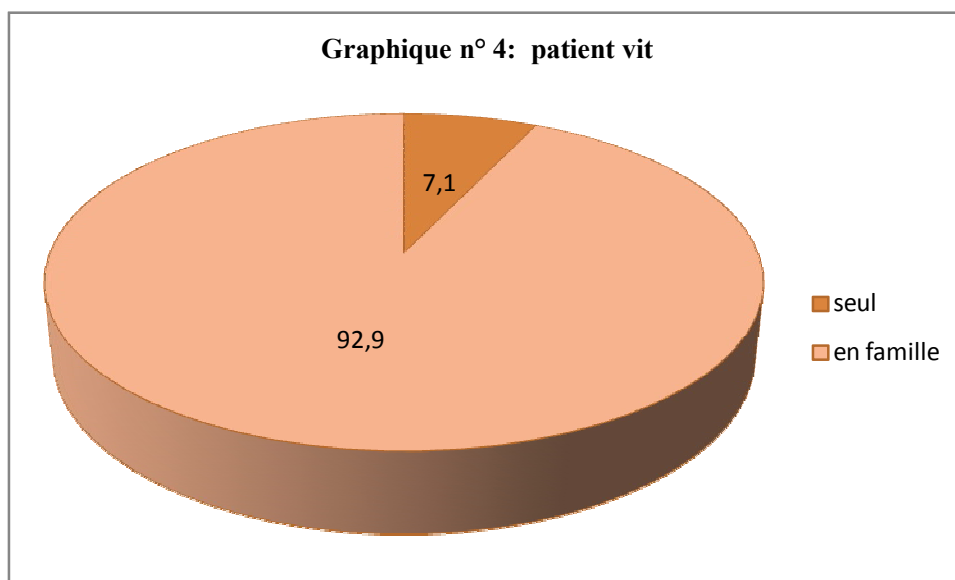
c. Situation maritale

On note que 75,9% étaient des célibataires presque $\frac{1}{4}$ (20,7%) des cas étaient mariés et 3,4% étaient divorcés.



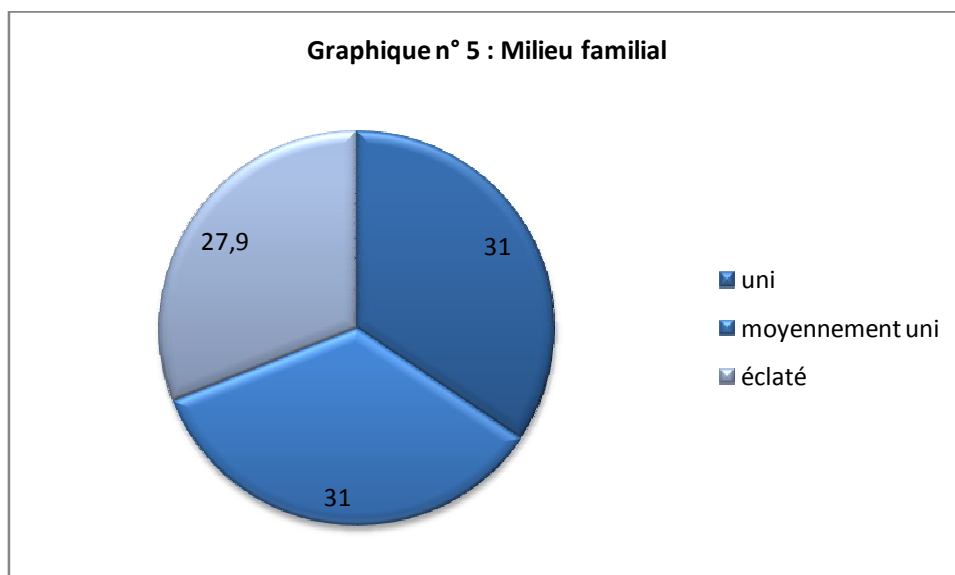
d. Vie sociale

La majorité des patients vivaient en famille et seulement 7,1 % vivaient seuls.



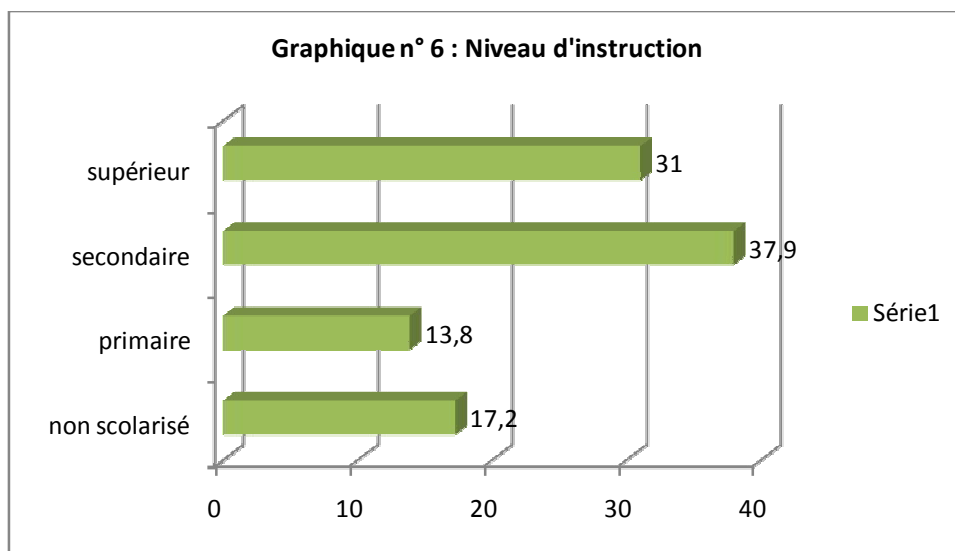
e. Milieu familial

On note que 62% des patients vivaient dans une famille unie ou moyennement unie alors que 27,9% vivaient dans une famille éclatée.



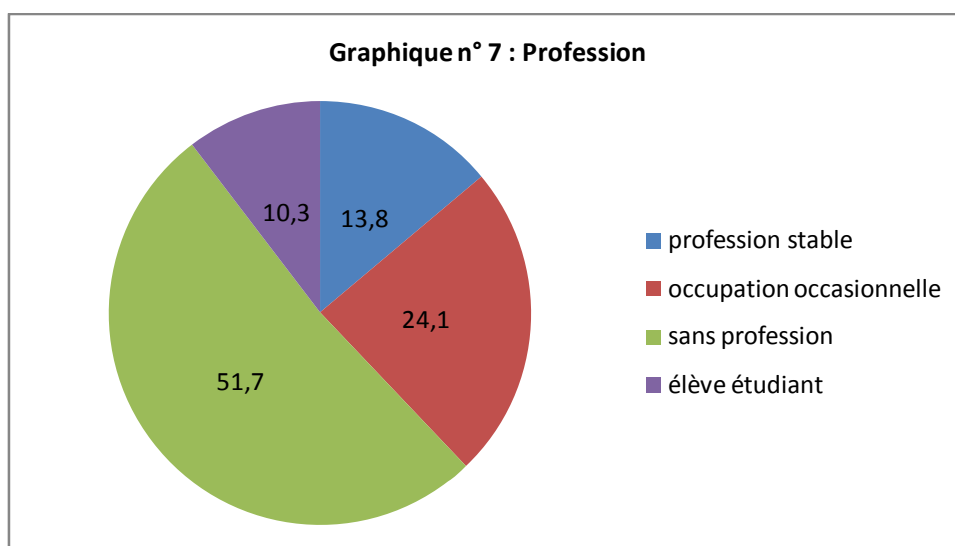
F. Niveau d'instruction

On a constaté que la majorité des patients avaient un niveau d'étude secondaire ou supérieur et que uniquement 17,2% n'étaient pas scolarisés.



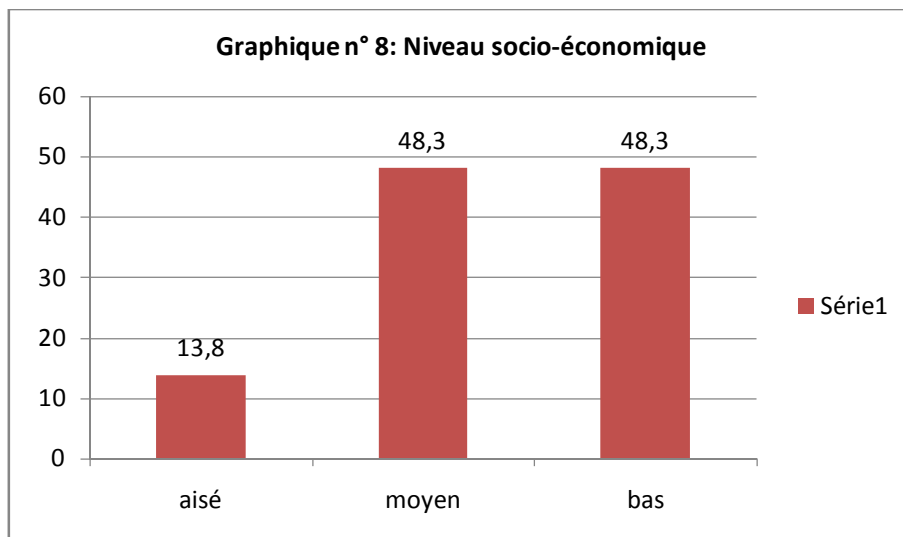
g. Profession

Plus de la moitié des suicidants (51 %) étaient inactifs sur le plan professionnel, 24,1% avaient une occupation occasionnelle alors que 13,8% des cas avaient un emploi stable et que 10,3% étaient étudiants.



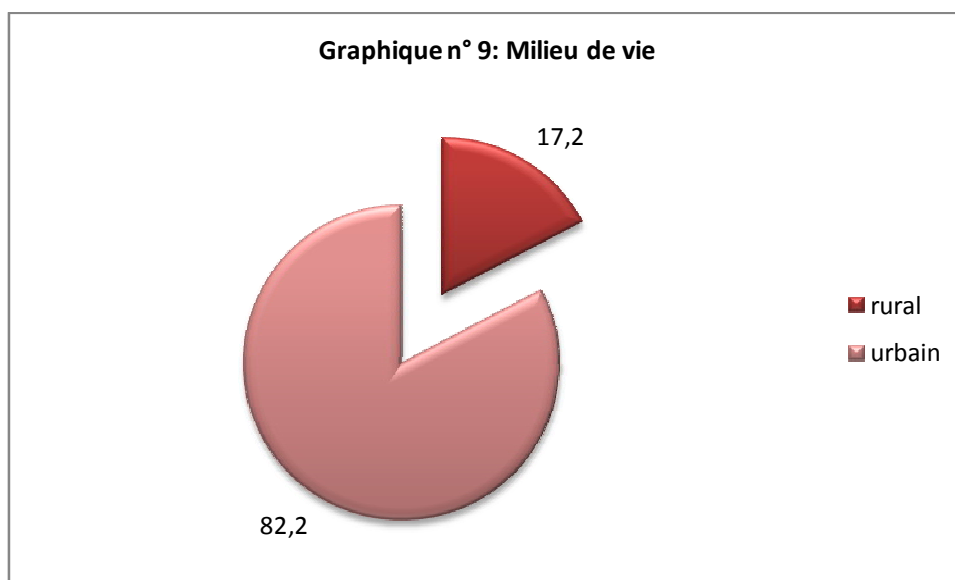
h. Niveau socio-économique

31 % des patients avaient un niveau socio-économique bas ou moyen alors que 13,8% étaient aisés.



i. Milieu de vie

82,2% vivaient en milieu urbain contre 17,2% en milieu rural.

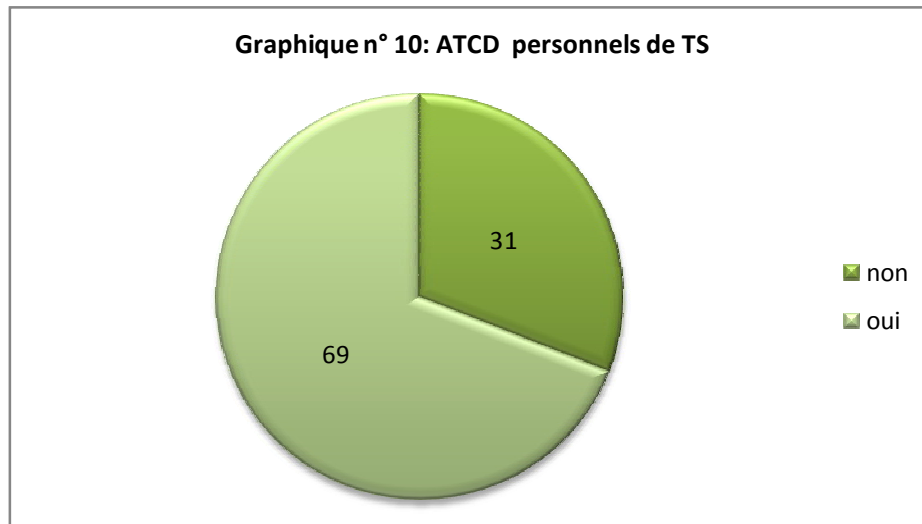


2. Antécédents

▪ Personnels :

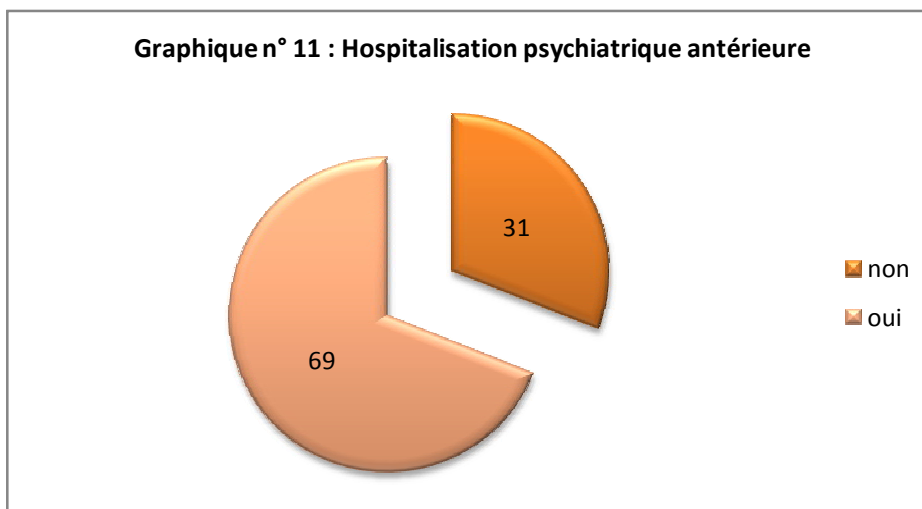
a. Antécédents personnels de tentatives de suicide

Dans 69 % des cas, des antécédents personnels de tentative de suicide ont été objectivés.



b. Antécédents personnels d'hospitalisation psychiatrique

On note que 69% avaient une hospitalisation psychiatrique antérieure.



▪Familiaux :

Dans 17,2% nous avons noté des antécédents de TS et de suicide dans la famille, ainsi que pour l'hospitalisation en psychiatrie.

Tableau n°8 :ATCD familiaux de tentative de suicide, suicide et hospitalisation psychiatrique

ATCD Familiaux	Pourcentage %
Tentative de suicide	17,2%
Suicide	17,2%
Hospitalisation en psychiatrie	17,2%

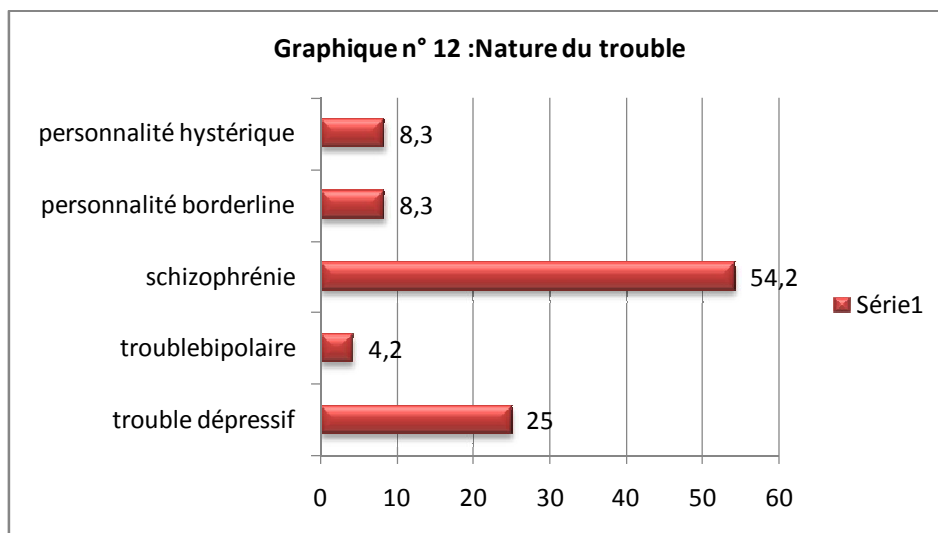
3 .Caractéristiques cliniques :

a. Diagnostic clinique

Selon la classification DSM IV

Les diagnostics des troubles psychiatriques sont répartis en ordre décroissant :

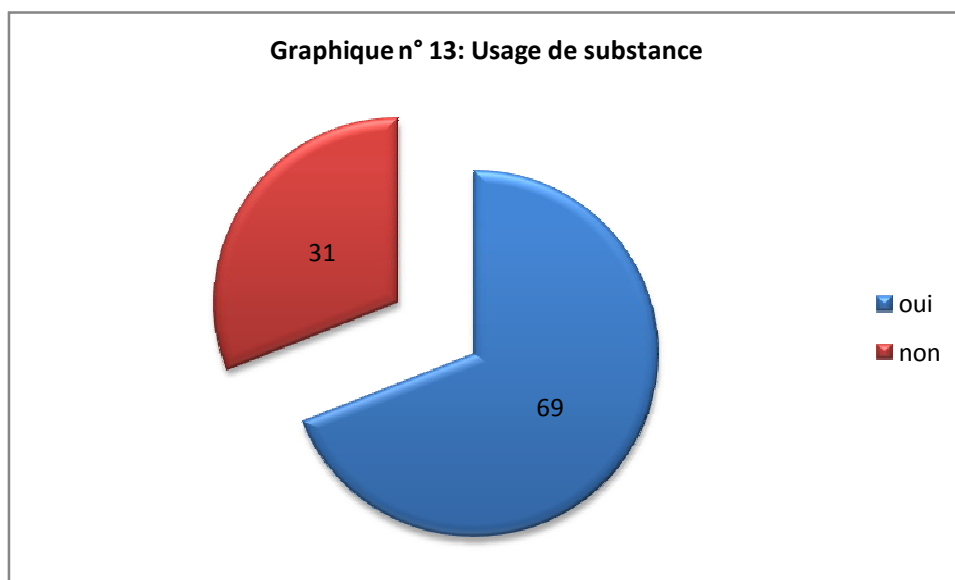
- Troubles de l'humeur : 29,2 % [Dont 25 % avaient une dépression et 4,2% avaient des troubles Bipolaire] ;
- Schizophrénie 54,2 %
- Troubles de la personnalité : 16,9 % [8,3 % troubles de personnalité type borderline et 8,3% personnalité hystérique] ;



b. Usage de substances

69% des suicidants ont déjà utilisé une substance psycho active : (cannabis, psychotropes, solvants) .

L'usage est absent uniquement dans 31% des cas.

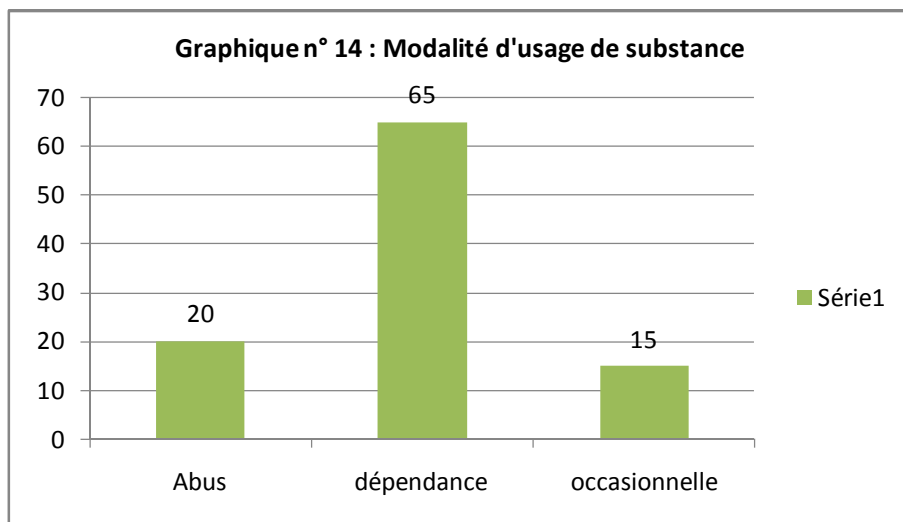


Chez les patients usagers de substances (tabac,cannabis, psychotropes, solvants), le mode d'usage est réparti comme suit :

-15 % avaient un usage occasionnel ;

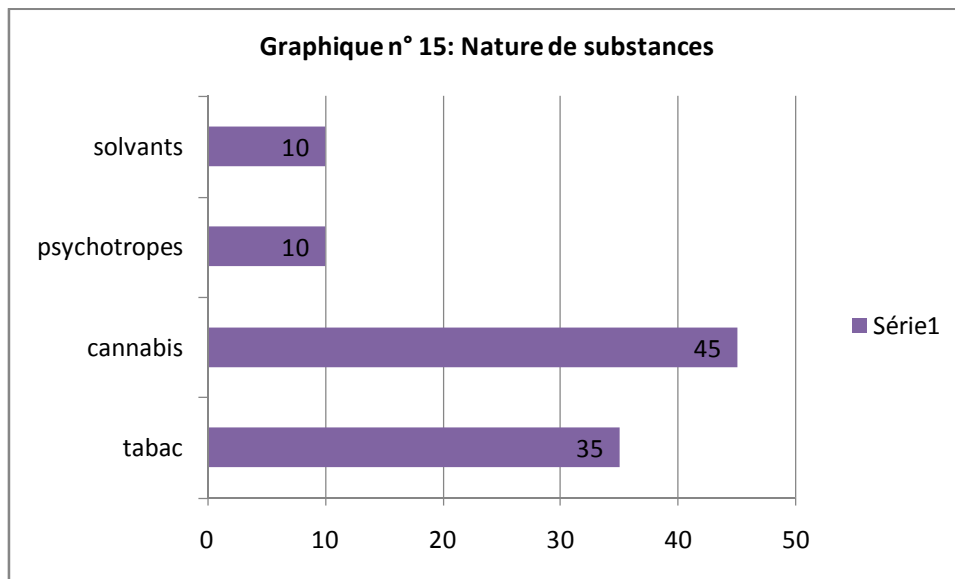
-65 % étaient dépendants ;

-20 % avaient un abus.



Les substances utilisées sont :

- Cannabis dans 45 % des cas ;
- 35 % pour le tabac ;
- 10 % consomment des psychotropes et solvants.



3 . Tentative de suicide

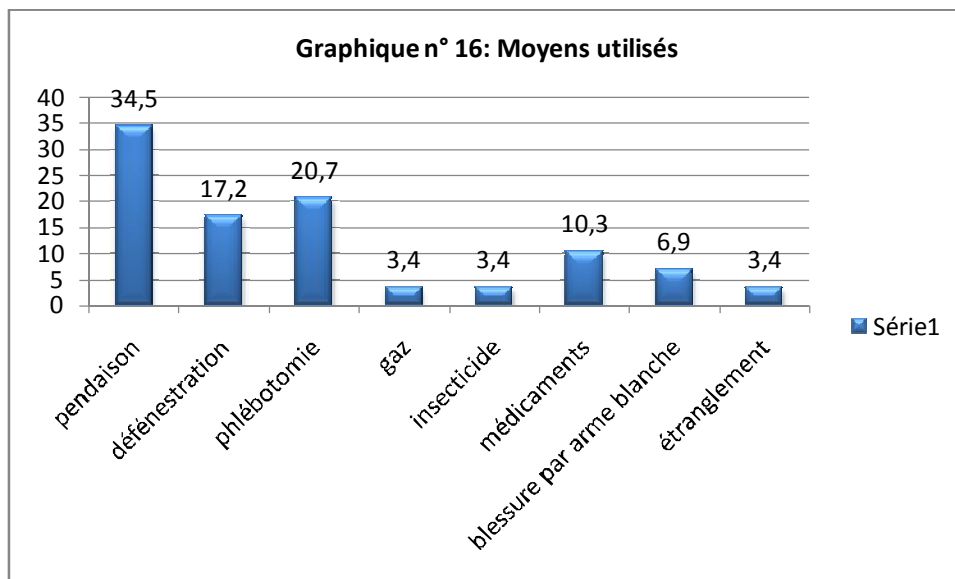
a. Moyens utilisés

En ce qui concerne les moyens de tentative de suicide dans notre échantillon,

La pendaison occupe le premier rang, la phlébotomie vient en second choix chez nos patients.

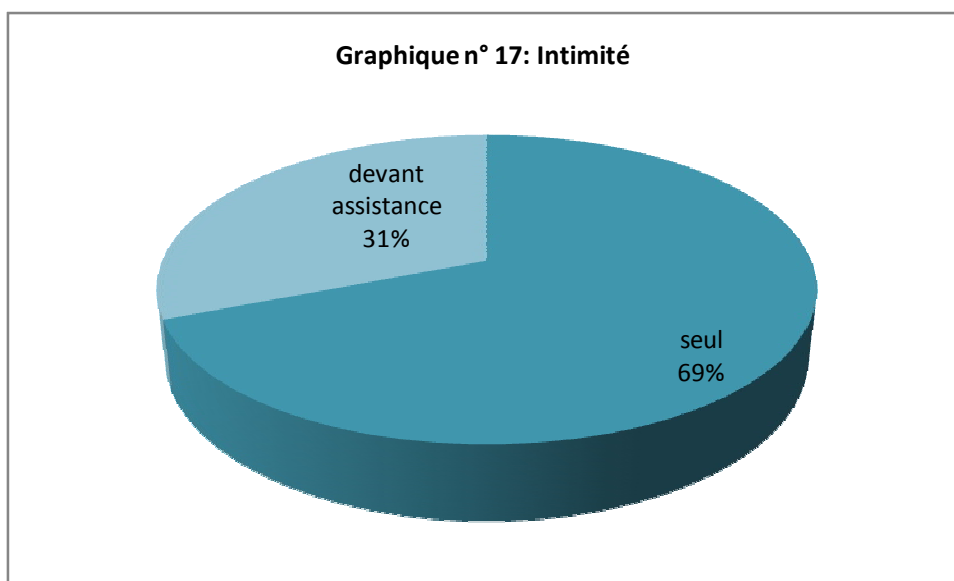
- Pendaison : 34,5 %

- Phlébotomie : 20,7 %
- Défenestration 17.2 %
- Médicaments : 10,3%
- Blessure par arme blanche : 6,9%
- Insecticide : 3.4 %
- Etranglement: 3,4 %
- Gaz : 3,4%



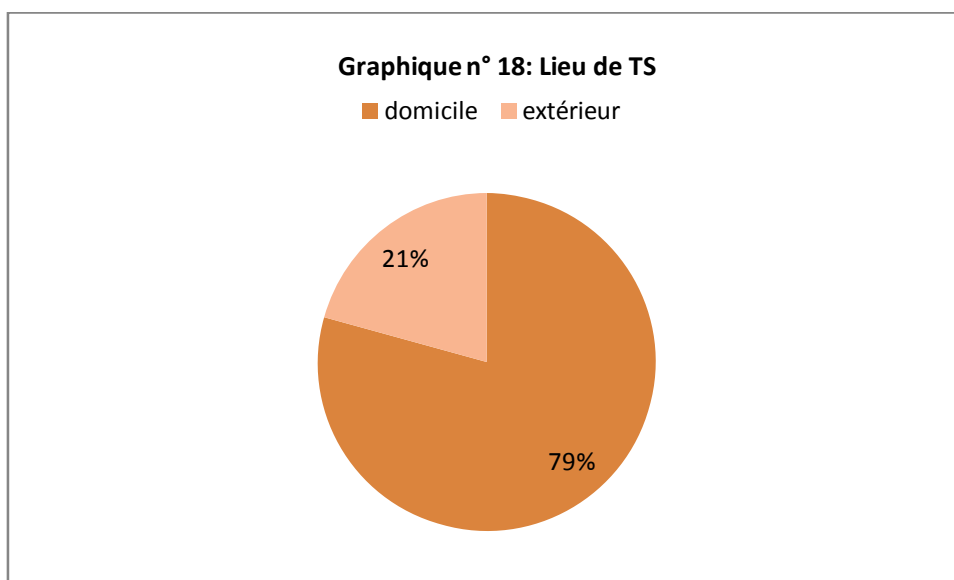
b.Intimité lors du passage à l'acte

Lors de la tentative de suicide, l'intimité était respectée dans 69% des cas.



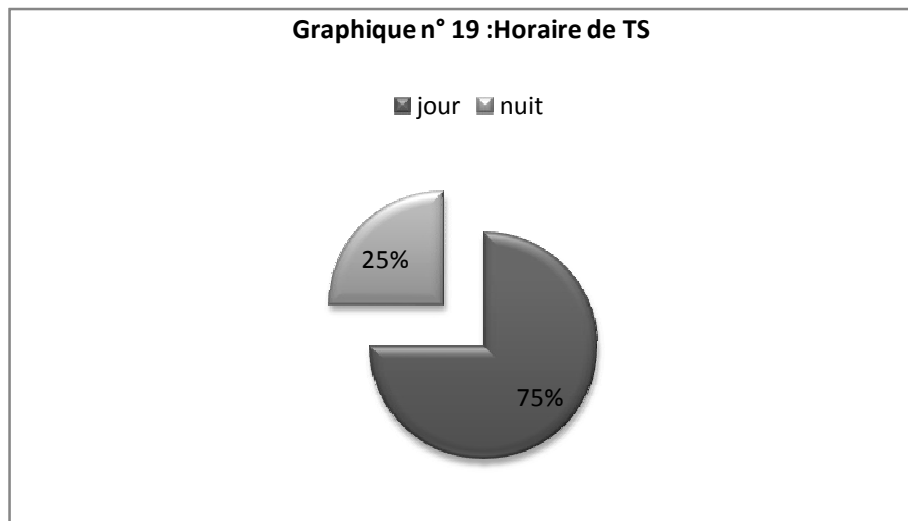
c.Lieu de la tentative de suicide

La majorité des suicidants ont effectué leur TS à domicile



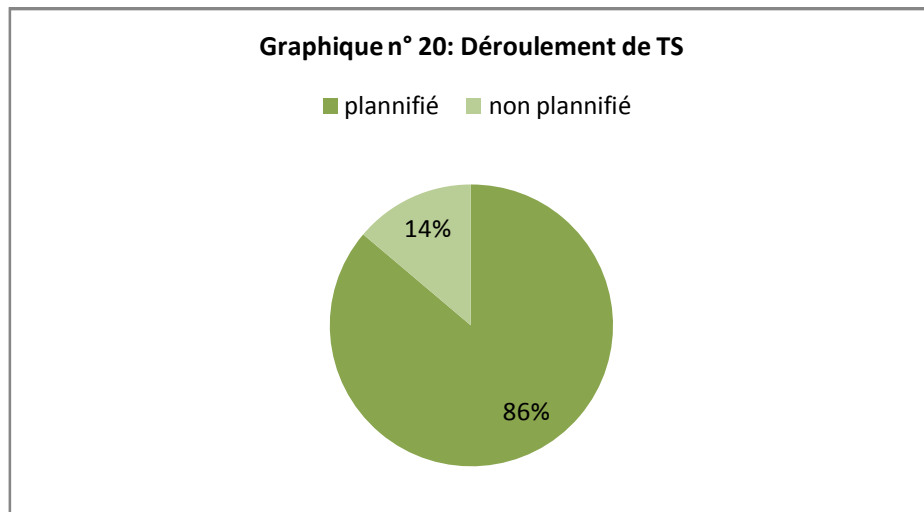
f.Horaire de la tentative de suicide

La majorité des patients avaient effectué la TS au cours de la journée.



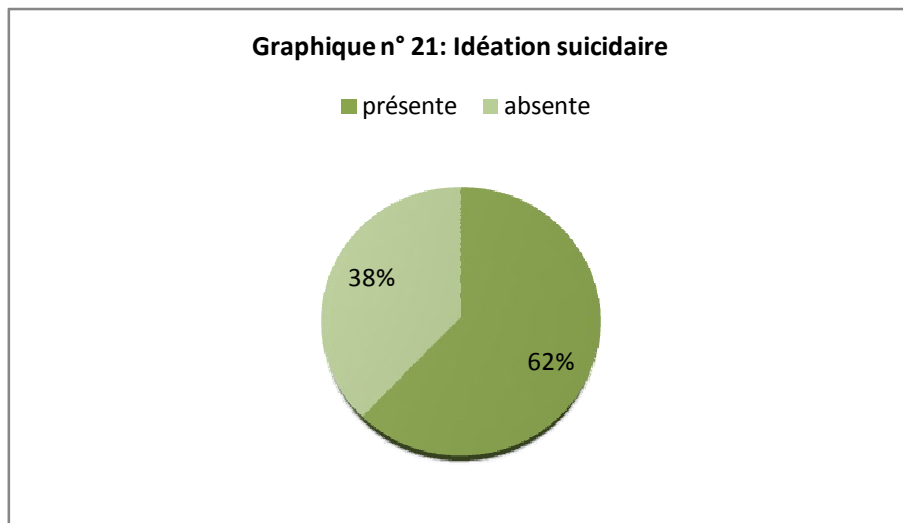
h.Déroulement de l'acte

Dans 86% des cas la tentative de suicide était planifiée.



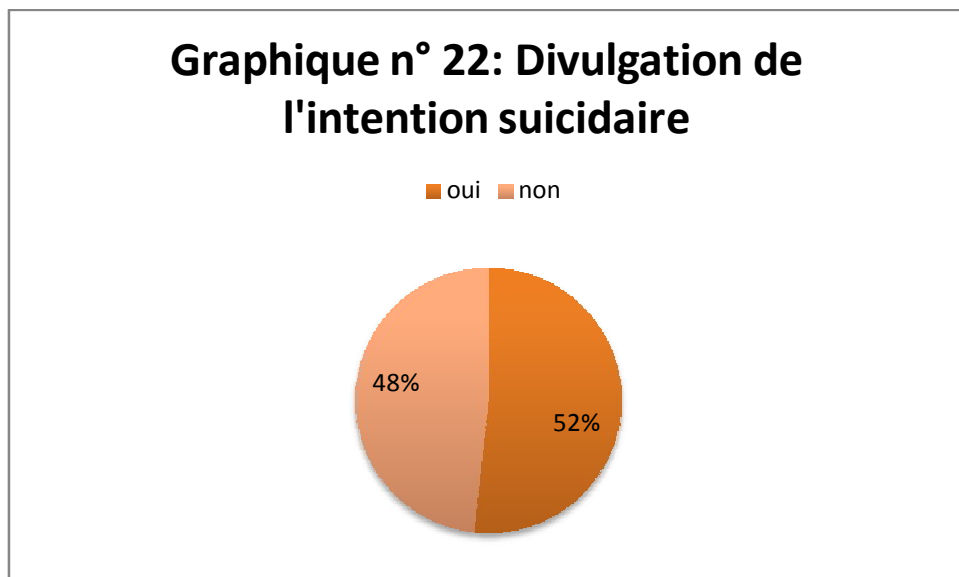
i. Idéation suicidaire avant l'acte

Dans 69% les idéations suicidaires étaient présentes.



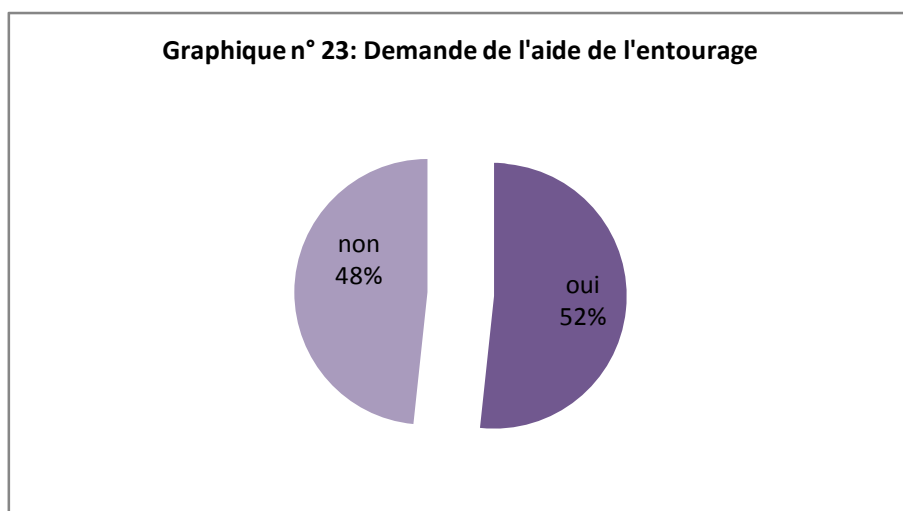
j. Divulcation de l'intention suicidaire

Plus de la moitié (52%) des patients avaient signalé leur intention suicidaire.



k. Demande de l'aide de l'entourage

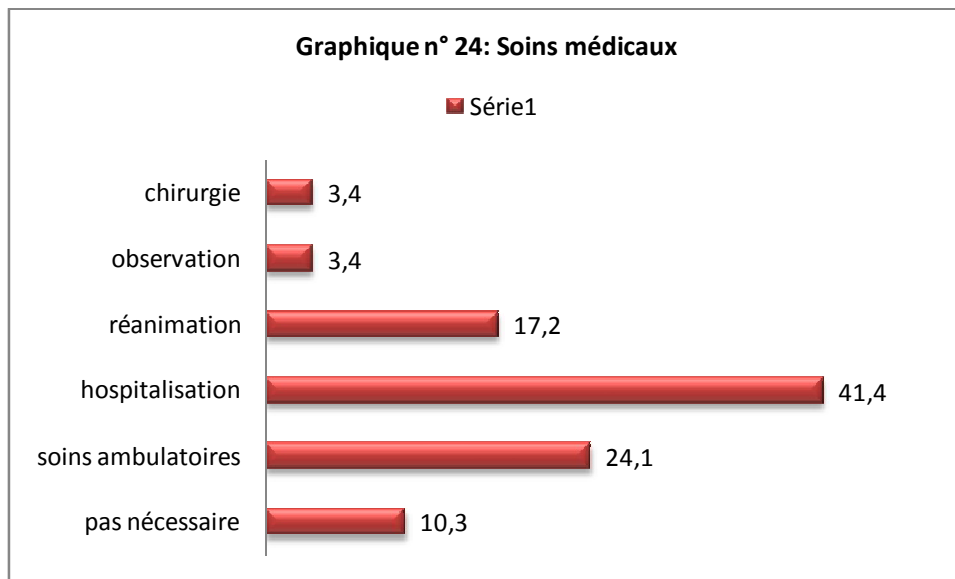
52% avaient demandé l'aide de l'entourage.



k. Soins médicaux

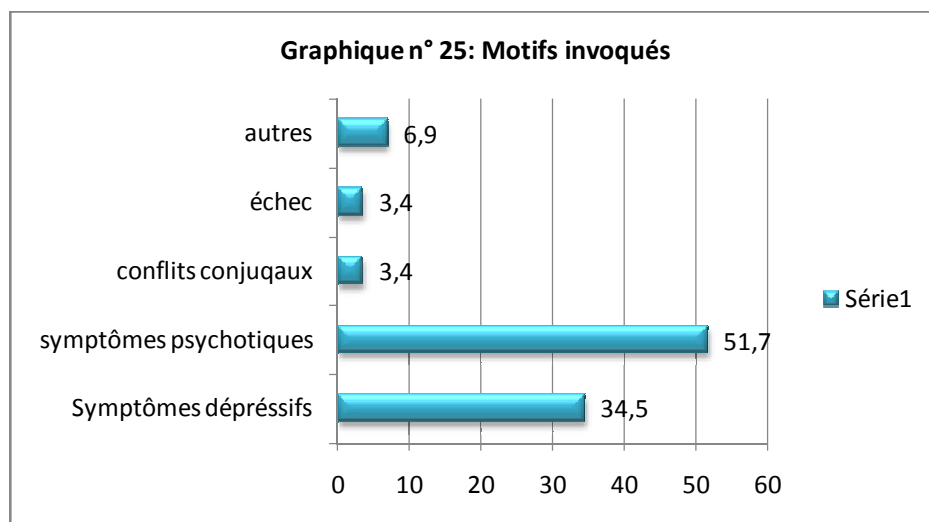
Après la TS, on note que :

- 41% des cas avaient nécessité une hospitalisation;
- 24,1% en ambulatoire ;
- 20,6% avaient nécessité une prise en charge à l'hôpital dont 17,2% prise en charge en réanimation, 3,4% une intervention chirurgicale ;
- 3,4% étaient en observation ;
- 10,3 la prise en charge médicale somatique n'était pas nécessaire.



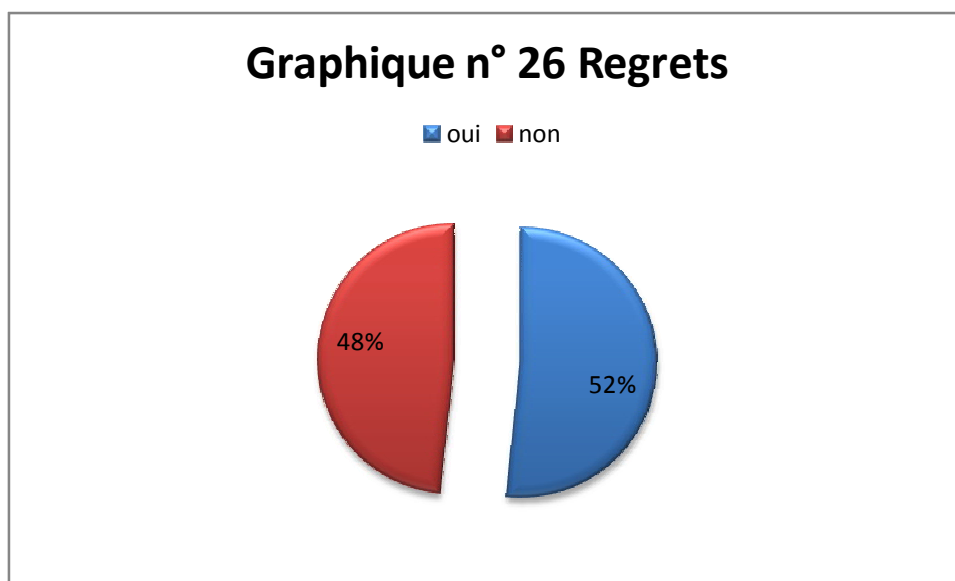
1. Motifs invoqués

Il s'agissait dans 51,2% des cas de symptômes psychotiques : délire, hallucination, trouble de jugement ; 34,5% était des symptômes dépressifs tandis que l'échec et les conflits conjugaux ne représentent que 6,8% des motifs invoqués



m. Regrets

Les patients ont regretté dans 52% des situations leur geste suicidaire.



B. Résultats analytiques :

1. Utilisation des moyens violents

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

1.1 En fonction de l'âge

On remarque que plus on avance dans l'âge plus on a recours aux moyens violents.

Tableau n°9 : Corrélation entre les moyens utilisés et l'âge

Moyens utilisés	< 20ans	20-40 ans	>40ans
Pendaison		35%	50%
Défénéstration		20%	16,7%
Phlébotomie	33,3%	20%	16,7%
Gaz		5%	
Insecticide		5%	
Médicaments	33,3%	10%	
Blessure par arme blanche	33,3%	5%	
Etranglement			16,7%

1.2 En fonction du sexe

Les femmes utilisaient largement des moyens non violents par rapport aux hommes.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux sexes en ce qui concerne la violence des moyens utilisés.

Tableau n° 10: Corrélation entre les moyens utilisés et le sexe

Moyens utilisés	Masculin	Féminin
Pendaison	47,1%	16 ,7%
Défénestration	23,5%	8,3%
Phlébotomie	5,9%	41,7%
Gaz		8,3%
Insecticide		16,7%
Médicaments	5,9%	
Blessure par arme blanche	11,8%	
Etranglement	5,9%	

(P= 0,07)

1-3.En fonction du niveau d'instruction

On note que plus le niveau d'instruction est bas, plus le moyen utilisé est violent, mais dans notre étude ce n'est pas significatif.

Tableau n°11 : Corrélation entre niveau d’instruction et moyens utilisés

Moyens utilisés	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	Supérieur
Pendaison	80%	50%	27,3%	11,1%
Défénestration	20%		18,2%	22,2%
Phlébotomie		50%	9,1%	33,3%
Gaz				11,1%
Insecticide				11,1%
Médicaments			27,3%	
Blessure par arme blanche			9,1%	11,1%
Etranglement			9,1%	

1.4 En fonction de la nature du trouble

On note que les sujets souffrants de troubles bipolaires, schizophrénie et trouble de personnalité utilisaient des moyens violents comme la pendaison et la défénestration.

Tableau n°12 : Corrélation entre la nature du trouble et moyens utilisés

Moyens utilisés	Tr dépressif	Tr bipolaire	Schizophrénie	Personnalité borderline	Personnalité hystérique
Pendaison		100%	38,5%	50%	
Défénéstration	16,7%		30,8%		
Phlébotomie	33,3%		7,7%	50%	100%
Gaz	16,7%				
Insecticide			7,7%		
Médicaments	16,7%		7,7%		
Blessure par arme blanche			7,7%		
Etranglement	16,7%				

2. Caractère récidiviste des TS :

1.1 En fonction de l'âge

On remarque que plus le sujet est jeune plus le risque de récurrence est élevé.

Tableau n°13 : Corrélation entre le caractère récidiviste et l'âge

Age du patient	oui	non
< 20 ans	66,7%	33,3%
Entre 20-40 ans	75%	25%
>40ans	50%	50%

1.2 En fonction du sexe

On note une nette prédominance féminine en ce qui concerne la récurrence de la TS.

Tableau n°14 : Corrélation entre le caractère récidiviste et le sexe

Sexe du patient	oui	non
Masculin	58,8%	41%
Féminin	83,3%	16,7%

1.3 En fonction de la nature du trouble

On n'a pas trouvé des résultats significatifs sur le plan statistique, néanmoins les taux les plus élevés de récurrence ont été enregistrés pour les troubles dépressifs et la schizophrénie.

Tableau n°15: corrélation entre la nature du trouble et la récurrence

Nature du trouble	Tr dépressif	Tr bipolaire	Schizophrénie	Personnalité borderline	Personnalité hystérique
Récurrence					
Oui	33,3%	5,6%	38,9%	11,1%	11,1%
Non			100%		

3. Troubles psychiatriques

- On remarque que les suicidants souffrants de schizophrénie et de troubles dépressifs regrettaient le geste suicidaire.

- En ce qui concerne la demande d'aide de l'entourage après l'acte suicidaire, statistiquement on a retrouvé que les suicidants ayant des troubles dépressifs avaient recours à ce type de comportement dans 33,3 % des cas.

- On note que 52% des personnes souffrant de schizophrénie avaient effectué le geste suicidaire seul.

Tableau n° 16 : Trouble psychiatrique et demande de l'aide de l'entourage, regret, l'intimité

Paramètres de corrélation	Tr dépressif	Tr bipolaire	Schizophrénie	Personnalité borderline	Personnalité hystérique
Regret	38,5%		38,5%	15,4%	7,7%
Demande de l'aide à l'entourage	33,3%	11,1%	22,2%	22,2%	11,1%
Intimité(SEUL)	29,4%	5,9%	52,9%	11,8%	

4. Planification de la tentative de suicide

4.1 Selon le sexe :

On remarque qu'il n'y a pas de différence entre le sexe féminin et le sexe masculin concernant la planification de la tentative de suicide.

Tableau n° 17 : Corrélation entre le sexe du patient et la planification de la tentative de suicide

Sexe du patient	Planifié	Non planifié
Masculin	88,2%	11,8%
Féminin	83,3%	16,7%

4.2 Selon le trouble psychiatrique

Plus que la moitié des sujets souffrant de schizophrénie planifient la tentative de suicide.

Tableau n° 18 : Corrélation entre le trouble psychiatrique et la planification de la tentative de suicide

Nature du trouble	Planifié	Non planifié
Tr dépressif	23,8%	33,3%
Tr bipolaire		33,3%
Schizophrénie	57,1%	33,3%
Personnalité borderline	9,5%	
Personnalité hystérique	9,5%	

V. DISCUSSION

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

A/Les facteurs sociodémographiques

1. Age

L'âge moyen des suicidants dans notre travail était entre 20-40 ans. Les < 20 ans étaient de 10,3 %.

Les tentatives de suicide étaient l'apanage du sujet jeune.

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

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

Choquet et al. ont mis en évidence que 7 % des jeunes, entre 11 et 19 ans, déclarent avoir fait une tentative de suicide. [118] Fergusson et al. [119] ont constaté que 12 % d'une cohorte d'adolescents ont eu des idées suicidaires avant l'âge de 16 ans et que 3 % d'entre eux ont fait une tentative de suicide.

Une revue récente de la littérature internationale [120] colligeant 128 études sur 513 188 adolescents a retrouvé un taux de 9,7 % de TS à un moment quelconque de leur vie, et 29,9 % d'idées suicidaires.

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

2. Le sexe

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

Par contre dans notre étude 58,4% étaient des hommes.

3. Statut marital :

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

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

État matrimonial	F. Eudier COHORTE 1994 N=1003	F. Eudier COHORTE 2000 N=1018	Notre Étude 2013 N=30
Célibataire	37.7 %	38 %	75,9%
Marié	29.5 %	29 %	20,7%
Divorcé	18.2 %	17.4 %	3,4%

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, 51,7% 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. [122], a prouvé que les jeunes à risque suicidaire élevé présentent un taux de chômage plus élevé [OR = 2,3], et un taux de 30 % des suicidants sont au chômage est trouvé dans une étude longitudinale sur 12 mois [123]

5. Niveau d'instruction

Dans notre étude, le niveau d'instruction était bas.

L'enquête nationale de l'Inserm [124] réalisée en 1993 a montré un taux de tentative de suicide de 15 % chez les non scolarisés.

L'étude néo-zélandaise de Beautrais a trouvé un bas niveau d'études [OR = 7,5] [123].

6. Niveau socio-économique

Ce niveau était moyen à bas dans 48,3% des cas dans notre échantillon ce qui est concordant avec l'étude de Beautrais où un risque élevé de TS est associé à un niveau bas sur le plan socio-économique (OR= 7,8). [122]

B/Facteurs cliniques

1. Fréquence des suicidants à répétition :

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

Dans notre étude, 69% des suicidants avaient déjà réalisé au moins une TS. Ce chiffre est comparable aux données de la littérature, rapportant des taux allant de 41% à 56 % [125]

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

	F. Eudier Cohorte 1994 N=1003	F. Eudier Cohorte 2000 N=1018	A. Mechri Transversale 1999 N=90	F.Staikowsky multicentrique 2002 N=3206	Notre étude 2013
primo suicidants	55%	58%	58%	50%	31%
Récidivistes	45%	42%	42%	50%	69%

2. Diagnostics psychiatriques

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

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

2-1/La dépression

Dans notre travail 25% de nos malades avaient un trouble dépressif unipolaire, alors que le trouble bipolaire concernait 4,2% des cas ce qui donne au total un taux de 29,2% dans notre échantillon. Ce chiffre s'approche de ceux retrouvés dans d'autres études :

- Un taux de 35 et 60 % dans une série d'études [45] ;
- Une autre revue de la littérature portant sur 15 études [45] a retrouvé un taux des TS variant entre 25 à 50%.

2-2/Schizophrénie

Les patients souffrant de troubles psychotiques constituent plus que la moitié des cas avec un taux de 54,2%, ces derniers étaient représentés essentiellement par la schizophrénie.

Et cela concorde avec les résultats trouvés dans la littérature :

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

2-3/Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité n'occupaient que 16,6 % des diagnostics dans notre travail.

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

2-4/Conduites addictives :

Dans notre étude, le taux des troubles liés à l'alcoolisme ou les addictions était élevé (69%) ce qui se rapproche aux données de la littérature qui ont prouvé l'importance des troubles dans l'induction d'un processus suicidaire.

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

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

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 [127].

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

	Troubles d'humeur	Psychoses	Troubles de Personnalité	Troubles addictifs
F.Staikowsky Étude multicentrique	41%	7,3%	8,5%	3,9%
Notre étude	25%	54,2%	16,6%	69%

3. Usage des substances

L'usage de substances (tabac, cannabis, psychotropes, solvants) était de 69% chez les suicidants, cette comorbidité est significativement plus importante chez les personnes ayant un trouble psychotique.

En effet, l'abus et/ou la dépendance à une substance est un facteur de risque du comportement suicidaire [128]

Tableau n° 22 : Modalité d'utilisation des substances et nature du trouble

Modalité d'utilisation	Tr dépressif	Tr bipolaire	schizophrénie	Personnalité borderline
Abus	25%		20%	
dépendance	75%	100%	60%	100%
occasionnelle			20%	

4. Antécédents familiaux de Suicide ou TS

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

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

- 17.2% des patients avaient un antécédent de TS dans leur famille ;
- 17,2% avaient un antécédent familial de suicide ;

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

C/ Caractéristiques de la tentative de suicide

1. Modalité de la TS :

La pendaison était la méthode la plus utilisée, la phlébotomie vient en 2ème position dans notre travail contrairement à la plupart des études. aux résultats de la littérature.

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

Tableau n°23 : Moyens Utilisés dans notre étude en comparaison avec 2 cohortes

	F. Eudier Cohorte 1994 N=1003 [121]	F. Eudier Cohorte 2000 N=1018 [121]	Notre étude 2008 N=92
Médicaments	86%	89%	10,3%
Phlébotomie	3,7%	4%	20,7%
Pendaison	1,4%	1,3%	34,5%

La corrélation entre le sexe du suicidant et le moyen suicidaire a confirmé que la phlébotomie était préférentiellement utilisée par les femmes et la pendaison par les hommes, ce qui est retrouvé dans les données de littérature [24]

4/Idéation suicidaire :

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

Cela correspond aux résultats trouvés dans la littérature.

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

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

Dans l'étude Casablancaise faite en 2005, la prévalence des idées suicidaires dans la population étudiée était de 6.3%. [32]

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

Si le patient a présenté des symptômes de dépression, en particulier de désespoir, il est capital d'évaluer l'intentionnalité suicidaire (Gliatto 1997). Il importe notamment de rechercher la présence d'un projet suicidaire, et de préciser la fréquence, l'intensité, la durée des idées suicidaires, ainsi que leur caractère éventuellement envahissant. Il a été observé parmi un groupe de patients ayant réalisé des TS graves, que 14% d'entre eux avaient un plan suicidaire (Hall Ri. et col 1999). [136]

5/Conflits et événements stressants

Parmi les facteurs déclencheurs du geste suicidaire, on retrouve le plus les symptômes psychotiques et dépressifs.

Contrairement à ce qui a été démontré par la plupart des études qui ont montré que les conflits conjugaux, la rupture et l'échec étaient des facteurs de risque des tentatives de suicide et des suicides [Lejoyeux, Léon et Rouillon [1994]

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

6/Prise en charge

Immédiatement après l'acte suicidaire, l'hospitalisation était nécessaire dans 41,4 %.

Les soins ambulatoires dans 24,1 % des cas.

17,2 % des cas avaient nécessité une prise en charge en réanimation, et uniquement 3,4% une intervention chirurgicale.

Ces chiffres sont proches des résultats de F. Eudier dans 2 cohortes.

Tableau n°24: Moyens Utilisés dans notre étude en comparaison avec 2 cohortes

	F. Eudier Cohorte 1994 N=1003	F. Eudier Cohorte 2000 N=1018	Notre étude 2008 N=92
Hospitalisation en psychiatrie	33,7%	40,5%	41,4%
Suivi ambulatoire	42,5%	39,9%	24,1%
Autres	23,5%	19,8%	34,3%

VI PROFIL D'UN PATIENT A HAUT RISQUE SUICIDAIRE :

Dans notre étude, le profil d'un patient à haut risque suicidaire :

Patient de sexe masculin, célibataire, âgé entre 20 et 40ans, issu d'une famille moyennement unie, de milieu urbain, ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, sans profession , niveau socio-économique moyen ou bas, ayant des antécédents personnels de tentative de suicide et/ou hospitalisation psychiatrique, souffrant de troubles psychotiques type schizophrénie, dépendant au cannabis. Il a eu recours à la pendaison, seul, à domicile pendant la journée.



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.

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.

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.

Ces résultats soulignent la nécessité d'une formation appropriée pour tout le personnel dans les services d'urgences et les services médicaux pour une meilleure évaluation psycho-sociale y compris le risque suicidaire, et pourquoi ne pas créer des services de liaison psychiatriques ou bien des unités de suicidologie au sein de ces services.

Des protocoles pour l'identification des troubles psychiatriques surtout la dépression et leur traitement avec un suivi approprié afin de réduire la probabilité de répétition sont nécessaires dans tous les milieux.



Résumé

Titre : Tentative de suicide

Auteur : OUMETJAR Yousra

Mots clés: Tentative de suicide-caractéristiques socio démographiques- troubles psychiatriques- risque suicidaire :

Le suicide constitue un problème majeur de santé publique. Il traduit un comportement autodestructeur qui est l'aboutissement d'une situation de crise, souvent insuffisamment perçue par l'entourage et le corps médical. Il concerne toutes les catégories d'âge et les deux sexes. Les tentatives de suicide sont quant à elles au moins 10 fois plus fréquentes que les suicides aboutis et sont des gestes souvent réitérés.

C'est une étude transversale, descriptive et analytique menée sur 2 mois Septembre et Octobre 2013, portant sur l'ensemble des suicidants vus aux urgences de l'hôpital ARRAZI de Salé.

L'évaluation a été faite à travers un hétéro questionnaire afin d'évaluer
Caractéristiques sociodémographiques.

Le diagnostic psychiatrique a été posé selon les critères du DSM IV.

On a recensé 30 suicidants dont l'âge moyen est entre 20-40 ans.

Une prédominance masculine (58,6%)

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

Le niveau d'instruction est bas, 31% des cas non scolarisés ou ayant un niveau primaire.

51,7 % des suicidants sont inactifs sur le plan professionnel constituant ainsi un facteur de risque.

Dans notre étude, 69% des suicidants ont déjà réalisé au moins une TS,

L'usage de substances était de 69% chez les suicidants, cette comorbidité est significativement plus importante chez les personnes ayant un trouble psychotique.

La pendaison et la phlébotomie étaient les méthodes les plus utilisées et rapportées dans notre travail.

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

Les résultats de notre travail nous amènent à prendre en considération tous les facteurs de risque prédictifs et précipitants les tentatives de suicide.

Summary

Title: Suicide attempts

Author: OUMETJAR Yousra

Keywords: Suicide attempts-sociodemographic characteristics-psychotic disorder-suicidal risk.

The suicide is a major problem of public health. It translates a self-destructive behavior which is the result of a crisis situation, often insufficiently perceived by the environment and the medical staff. It concerns all the categories of age and both sexes. Concerning suicide attempts, they are at least 10 times as frequent as the accomplished suicides and are often repeated gestures.

This is a transverse, descriptive and analytical study of 2 months; September and October, 2013, covering all the suicidants seen in the emergency room of the hospital ARRAZI of Salé.

The evaluation was conducted through a hetero questionnaire to estimate sociodemographic characteristics. The psychiatric diagnosis was made according to DSM IV criteria.

We counted 30 suicide attempters whose average age is between 20-40 years. A male ascendancy of 58, 6%. As for the marital status, the single persons constitute the most affected category. The level of education is low, 31 % is of the cases not receiving education or having a primary level. 51, 7% of suicide attempters are inactive professionally thus constituting a risk factor. In our study, 69% of suicidants have already made at least a suicide attempt. Concerning the psychiatric etiologies in our sample, the psychotic and the depressive as well as the personality disorders occupy the first rank and represent a third for each. Substance use was 69% among suicide attempters; this comorbidity is significantly higher among people with a psychotic disorder. Hanging and phlebotomy were the most used and reported in our work methods.

Suicide attempts constitute urgent situations often met at the level of the general and psychiatric hospitals. The results of our work bring us to consider all the predictive risk factors and precipitant suicidal behaviors.

المخلص

العنوان: محاولة الإنتحار

من طرف: أومتجار يسرى

الكلمات الأساسية: محاولة الانتحار - الخصائص الاجتماعية والديمغرافية - الاضطرابات النفسية - خطر الانتحار .

الانتحار يشكل معضلة رئيسية للصحة العامة. فهو يترجم سلوك التدمير الذاتي الناتج عن وضع متأزم، كثيرا ما لا ينظر إليه بشكل كاف من قبل المحيط العائلي والطبي. فهو يهم جميع الفئات العمرية من كلا الجنسين، أما محاولات الانتحار، فهي أكثر بعشر مرات من حالات الانتحار وغالبا ما تتكرر.

و عملنا هو عبارة عن دراسة تحليلية أجريت على مدى شهري شتبر وأكتوبر 2013 بشأن جميع محاولات الانتحار التي تمت متابعتها في قسم الطوارئ بالمستشفى الجامعي للأمراض النفسية الرازي بسلا.

وصف الخصائص السريرية والاجتماعية والديموغرافية للمقدمين على الانتحار وتوضيح الأسباب الأكثر شيوعا و أيضا العلاقة بين خطر الانتحار والمعايير السريرية.

المنهجية: أجري التقييم من خلال استبيان لتقدير الخصائص الاجتماعية والديموغرافية. تم إجراء تشخيص الأمراض النفسية وفقا لمعايير DSM IV.

لقد تم جمع 30 شخصا حاولوا الانتحار و عمرهم يتراوح بين 20 و 40 سنة مع غالبية ذكرية 64 58,6% أما على صعيد الوضع العائلي ، فالعزاب هم أكثر الأشخاص من محاولي الانتحار. كما نلاحظ تدني المستوى التعليمي بحيث 31 % من الحالات هم من الأميين أو من ذي مستوى التعليم الابتدائي و. 51,7 % من محاولات الانتحار تهم العاطلين عن العمل وهو ما يجعل البطالة تشكل عامل خطورة. وفي هذه الدراسة ، 69% من الحالات نفذوا محاولة واحدة على الأقل للانتحار في الماضي. في ما يخص الأسباب النفسانية في عينتنا تأتي كل من الاضطرابات الذهنية ، الاكتئاب واضطراب الشخصية في المقدمة ما يمثل حوالي الثلث لكل منها. نجد تناول المواد الإدمانية في 69% من الحالات ، وهذا الاضطراب يهم بشكل خاص المرضى الذين يعانون من اضطرابات ذهنية. يمثل الانتحار شقا الوسيلة الأكثر إستعمالا.

محاولات الانتحار تشكل حالات مستعجلة التي نراها في كثير من الأحيان على مستوى المستشفيات العامة والنفسية. نتائج عملنا تجلب لنا للنظر في جميع العوامل التنبؤية للسلوكيات الإنتحارية.



Annexe1 : Code Pénal Marocain [33]

Chapitre II, de la tentative de, l'article 114 à l'article 117

N° de l'article Texte

Article 114: Toute tentative de crime qui a été manifesté par un commencement d'exécution ou des actes non univoques tendent directement à le commettre si elle n'a pas été suspendu ou si elle n'a pas manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur est assimilé réprime comme tel.

Article 115 :

La tentative de délit n'est punissable qu'en vertu d'une disposition spéciale de la loi.

Article 116 :

La tentative de contravention n'est jamais punissable.

Article 117 :

La tentative est punissable alors même que le but recherché ne pouvait être atteint en raison d'une circonstance de fait ignorée de l'auteur.

Article 407 :

Quoique sciemment aide une personne dans les faits

-qui préparent ou facilitent son suicide.

- ou fournit les armes poison ou instrument destinés au suicide

Sachant qu'ils doivent y servir, est puni, si le suicide est réalisé, de l'emprisonnement d'un an à cinq ans.

Annexe 2 : Échelle d'intention suicidaire pour les sujets ayant fait une TS[82]

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 /Préparation active de la tentative
 - 0-aucune
 - 1-minime a modéré
 - 2-extensive
- 7/ Lettre d'adieu
 - 0 - Pas de lettre
 - 1 - Lettre écrite mais déchirée ou jetée
 - 2 - Présence d'une lettre
- 8/communication expresse de l'intention avant le suicide
 - 0-aucune
 - 1-communication équivoque
 - 2- communication sans équivoque
- B /RAPPORT DU SUJET :**
- 9/But invoqué de la tentative
 - 0-pour manipuler l'environnement, attirer l'intention, se venger
 - 1-mélange de « 0 » et « 2 »
 - 2-pour s'échapper, différer, résoudre les problèmes
- 10/Estimation d'une issue fatale
 - 0-a pensée que la mort était improbable
 - 1-a pensée que la mort était possible mais non probable
 - 2-a pensée que la mort était probable ou certaine
- 11/Estimation de la létalité de la méthode employée
 - 0-a fait moins que ce qu'il estimait léthal
 - 1-n'était pas sur que ce qu'il s'était fait serait fatal
 - 2-a égalé ou excédé ce qu'il croyait être fatal

12/Gravité de la tentative
0-n'a pas sérieusement tenté de mettre fin à sa vie
1-incertain de gravité mortelle
2- a sérieusement tenté de mettre fin à sa vie
13-Attitude envers vivre/mourir
0-ne ne voulait pas mourir
1-mélange de « 0 » et « 2 »
2-voulait mourir
14-Estimation de l'efficacité d'une intervention médicale
0-pensait que la mort serait improbable s'il (elle) recevait une intervention médicale
1-etait incertain que la mort pouvait être visée après l'intervention médicale
2-etait 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.

Annexe 3: 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 de librement les mesures nécessaire pour sauver ou maintenir sa vie (par exp.diabétique cessant la prise d'insuline)

Si les quatre entrées codées 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 éphémères

1-périodes 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 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, incompétence
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 ENVISAGEE
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

Annexe 4:

I- Renseignements sociodémographiques

1-Age : ☐ <20 ans

☐ 20- 40 ans

☐ > 40ans

2- Sexe : ☐ Masculin

☐ Féminin

3- Situation maritale :

Célibataire ☐ marié ☐ divorcé ☐ veuf ☐

4- Nombre d'enfants :

Pas d'enfants ☐ 1à2 enfants ☐ > à 2 enfants ☐

5- Caractéristiques familiales :

-Patient vit :

☐ Seul

☐ En famille

-Milieu familial : ☐ Uni

☐ Moyennement uni

☐ Eclaté

6- Niveau d'instruction :

Non scolarisé ☐ primaire ☐

secondaire ☐ supérieur ☐

7- Profession : ☐ Occupation professionnelle permanente

☐ Occupation occasionnelle

☐ Sans profession

☐ Elève, étudiant

8- Niveau socioéconomique :

Aisé ☐ Moyen ☐ Bas ☐

9- Milieu de vie :

Rural ☐ urbain ☐

II- Antécédents, renseignements cliniques, thérapeutiques et évolutifs

→ Personnels

1- TS :

non ☐ Oui ☐ Si oui : Nombre ☐

Délai de dernière de T.S :

2- Hospitalisation psychiatrique antérieure:

non ☐ Oui ☐ Si oui : Nombre ☐

3- Nature du trouble si Antécédent psychiatrique :

1- trouble panique ☐ 2- trouble anxieux généralisé ☐ 3- T.O.C ☐

4- PTSD ☐ 5- trouble phobique ☐ 6- Tb dépressif ☐ unipolaire

7- Trouble bipolaire ☐ 8- schizophrénie ☐ 9- personnalité borderline ☐

10- B.D.A ☐ 11- psychose induite ☐ 12- toxicomanie [abus et /ou Dép.] ☐

13- Alcoolisme (abus et /ou dép.) ☐ 14- Personnalité psychopathique ☐

15- personnalité hystérique ☐ 16- Autres personnalité pathologiques ☐ 17- Tb d'adaptation

☐ 18- autres ☐

4- Usage de substances : non ☐ Oui ☐ si oui les quels :

Tabac ☐ : Abus ☐ dépendance ☐ occasionnels ☐

Cannabis ☐ : Abus ☐ dépendance ☐ occasionnels ☐

Alcool ☐ : Abus ☐ dépendance ☐ occasionnels ☐

psychotropes ☐ : Abus ☐ dépendance ☐ occasionnels ☐

solvants ☐ : Abus ☐ dépendance ☐ occasionnels ☐

autres ☐ : Abus ☐ dépendance ☐ occasionnels ☐

5- Antécédents médicochirurgicaux :

→ Familiaux

1- TS : non ☐ Oui ☐

2- Antécédents familiaux de suicide :

Oui ☐ non ☐

3- Hospitalisation psychiatrique :

Oui ☐ non ☐

III- Contexte clinique de survenue de la tentative de suicide

1- Motifs invoqués

Symptômes dépressifs : Perte de l'estime de soi ☐ Humeur triste ☐ Désir de mort ☐

Sentiment de culpabilité ☐ Autres ☐

Symptômes psychotiques : hallucination ☐ délire ☐ troubles de jugements ☐ Forte angoisse ☐

Conflits familiaux ☐

Difficultés professionnelles ☐ financières ☐ perte d'emploi ☐ perte d'un bien ☐

Conflits conjugaux ☐ Échec ☐ mort d'un être cher ☐ Maladie grave ☐ déception affective ☐

réticence ☐ autres ☐

2- Moyens utilisés :

Pendaison ☐ Défenestration ☐ phlébotomie ☐

Gaz ☐ Insecticide ☐ caustique ☐

autres ☐ médicament ☐ Blessure par arme blanche ☐ Noyade ☐ étranglement ☐ Saut devant un train ou une voiture ☐

3- Intimité :

Seul ☐ devant assistance ☐

4- Lieu de TS :

Domicile ☐ extérieur ☐

5 -Date de survenue de TS :

Jour ☐ nuit ☐

6-Déroulement de l'acte :

Impulsif ☐ prémédité ☐

7-Demande de l'aide de l'entourage :

Oui ☐ non ☐

8-Idéation suicidaire avant l'acte :

Présent ☐ absente ☐

9- Divulgence de l'intention suicidaire :

Oui ☐ non ☐

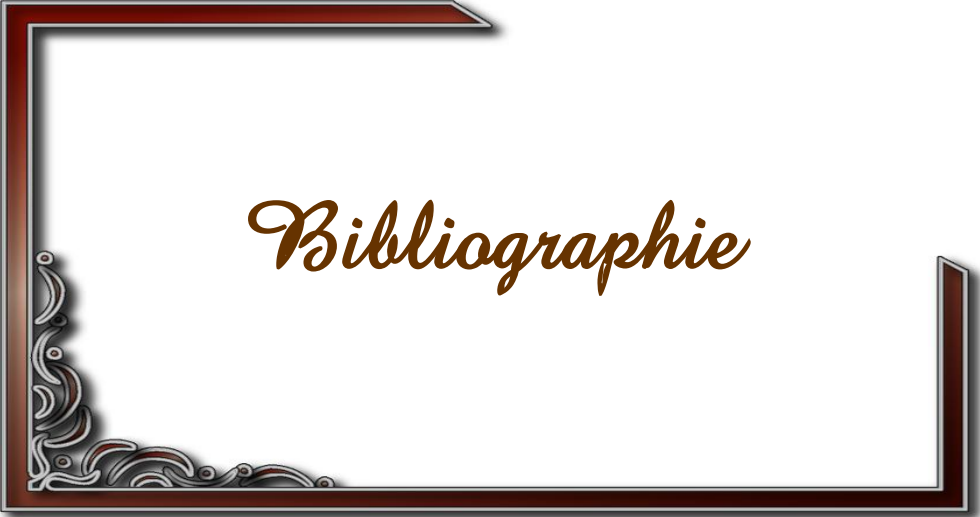
10- Soins médicaux :

Pas nécessaire ☐ soins ambulatoires ☐ hospitalisation ☐

Réanimation ☐ Observation ☐ chirurgie ☐

11- Regrets :

Oui ☐ non ☐



Bibliographie

- [1] Minois G.
History of suicide: voluntary death in Western culture.
Baltimore, Maryland [États-unis d'Amérique], Johns Hopkins
University Press, 1999.
- [2] Rouan G., Pedinielli JL., Gimenez G.
Le suicide est-il le meurtre de soi-même ?
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale,
Décembre 2000, Tome IV, n°43 : 70-73.
- [3] Shneidman E.
Definition of suicide.
New York [États-unis d'Amérique], John Wiley & Sons, 1985.
- [4] Durkheim E.
Le Suicide.
Paris [France], Alcan, 1897.
- [5] Diekstra RFW. Gulbinat W.
The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents.
Geneva: WHO, 1993:
- [6] PLatt. S et Coll
The WHO/EURO multicentre study on parasuicide.
Acta psychiatr scand 1992: 87, 97-104

- [7] CIM 10/ICD 10.
Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.
OMS/Masson, 1993
- [8] J.P. Kahn.
Risque suicidaire de l'adulte : identification et prise en charge.
Cours de psychiatrie CNUP, module 3, question 44, page 21, CHU Angers
- [9] Paykel ES et al.
Suicidal feelings in the general population: a prevalence study.
British Journal of Psychiatry, 1974, 124:460–469.
- [10] Kessler RC, Borges G, Walters EE.
Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey.
Archives of General Psychiatry, 1999, 56:617–626.
- [11] conférence de consensus.
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte long.
Fédération Française de Psychiatrie ,19-20 octobre 2000.

- [12] Pierre Juillet.
Dictionnaire de psychiatrie.
Éditions CILF(Conseil International de la Langue Française) secrétaire
général :Hubert Joly, service documentation :Paulin Journeau, service
informatique : Abdelouahab Ayadi.
ISBN:285319-279-2.Editions
2000.
- [13] Encyclopédie libre de Wikipedia.
Article:attentat-suicide.
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Attentat-suicide>
- [14] Brian-L Mishana, Michel Tousignant.
Comprendre le suicide.
Les Presses de l'Université de Montréal, 2004/ISBN 2760618722,
9782760618725 ,172 ème page.
- [15] HANUS M.
Le deuil après suicide.
Paris: Maloine; 2004.
- [16] VEDRINNE J,SOREL P et WEBER D.
Sémiologie des conduites suicidaire.
Encycl. Méd. Chir.[Elsevier,Paris],Psychiatrie,37-114-A-80,1996,8 p.
- [17] Encyclopédie libre de Wikipedia.
Article:le suicide:point de vue historique.
<http://fr.wikipedia.org/wiki/suicide>

- [18] Halbwachs M.
Les causes du suicide.
Paris :Alcan, 1930.

- [19] FREUD S.
Deuil et Mélancolie.In :Métapsychologie.
Paris :Gallimard,1968 :147-174

- [20] Moron P.
Le suicide.
Presse universitaire de France ;Paris;1979 (2ème édition):463.

- [21] Vederine J.Doubier J.P.
Signification et prévention de suicide.
Rev.Prat.1987 37 [13] 731-736.

- [22] OMS.
Le suicide problème de santé énorme mais évitable.
Genève, le 8 Septembre 2004.

- [23] World Health Organization.
Figures and facts about suicide.
WHO, Geneva, 1999.

- [24] Mouquet M, Bellamy V.
Suicides et Tentatives de suicides en France.
Études et Résultats. 2006;488:1-8.

- [25] Badeyan G, Parayre C.
Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique.
Études et Résultats. 2001;109:1-8.
- [26] Bellamy V.
Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête
Santé mentale en population générale.
Études et Résultats, DREES. 2004(347).
- [27] Facy F,Philippe A.
Que mesure-t-on sur le suicide?
In : Terré F. ed. Le suicide ,Paris:PUF,1994:75-96.
- [28] Staikowsky F, Describes N.
Groupe d'étude sur les 392 tentatives de suicide dans les services d'urgences (Getssu) Les tentatives de suicide dans les services d'urgence. Résultats d'une étude multicentrique.
Bull Epidemiol Hebd 1999;51:216-7.
- [29] PAES M.
Suicide et tentative de suicide.IV-èmes journée de la Casablanca contre les maladies mentales.
Faculté de Médecine de Casablanca, 1982 [communication publié].

- [30] LYOUBI IDRISSE F .
La conduite suicidaire en milieu casablancais.
Thèse en médecine, Faculté de médecine et pharmacie de Casablanca
1983.N°105.
- [31] NASSAIRI LHSEN
Suicide et TS a El-Mohamedia.
Thèse en médecine, Faculté de médecine et pharmacie de Casablanca
N°258.
- [32] M. Agoub et al.
Assessment of suicidality in a Moroccan metropolitan area.
Journal of Affective Disorders 90 [2006] 223–226.
- [33] Code pénal Marocain.
Publications de l'association de Diffusion et d'Information Juridique et
Judiciaire.
Collection des textes législatifs -numéro 8, première édition mise à jour
en Décembre 2004.
- [34] F. Rouillon.
Épidémiologie des troubles psychiatriques.
Annales Médico-Psychologiques 166 (2008) 63–70 .
- [35] Robins E, Gassner S, Kayes J et al.
The communication of suicidal intent : a study of 134 consecutive cases
of successful (completed) suicide.
Am J Psychiatry 19 59 ;115: 724 - 33 .

- [36] Barraclough B, Bunch J, Nelson B et al.
A hundred cases of suicide : clinical aspects.
Br J Psychiatry 1974 ; 125: 355 – 73.
- [37] Maris RW.
Suicide.
Lancet 2002;360:319–26.
- [38] ESQUIROL J.
Les maladies mentales.
Paris, 1839.
- [39] Batt A.Leguay D.Lecorps P .
Epidémiologie de phénomène suicidaire complexité pluralité des
approches et prévention.
EMC (Elsevier SAS Paris) psychiatrie 37-500-A-20,2007.
- [40] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.
DSM IV TR : Manuel de diagnostique et statistique des troubles
mentaux.
Washington DC, 1994. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris :
Masson, P.
- [41] Mouchtaq N.
Enquête épidémiologie sur la dépression majeure en médecine
générale.
Thèse en médecine. Casablanca 21/92.

- [42] Guze SB ,Robins E,
Suicide and primary affective disorders.
Br J Psychiatry 1970; 117:249-57.

- [43] Beautrais AL,Joyce PR,Milder RT,Fergusson DM,Deavoll BJ,Nightingale SK.
Prevalence and comorbidity of mental disorders in person making serious suicide attempts: a case-control study.
AM J psychiatry 1996 :153/1009-14.

- [44] Hunt I Kapur N Robinson J Shaw Baily H et al.
Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups.
Br psychiatry 2006 ;16 :155-65.

- [45] Goodwin F.K Jamison K.R
Manic depressive illness.
New York :Oxford University Press 1990.

- [46] Loo. H Loo. P
La dépression.
PUF, paris 1991.

- [47] B.Bonin D.Sechter
Évaluation prospective du risque suicidaire chez un patient déprimé.
In Dépression et suicide.
Paris ,Masson,2000:103-127.

- [48] Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ.
Major depression and the risk of attempted suicide.
J Affect Disord. 1995;34:173-185.
- [49] Rouillon F.
Guide pratique de psychiatrie.
Coll. Mediguides, 2° Ed.Masson2005, page : 157.
- [50] Casadebaig F, Philippe A.
Mortalité chez des patients schizophrènes :trois ans de suivi d'une
cohorte.
Encephale 1999;25:329–37.
- [51] Meltzer HY.
Suicide in schizophrenia: Risk factors and clozapine treatment.
J Clin Psychiatry 1998; 59[Suppl. 3]:15–20.
- [52] Conférence consensus
Schizophrénies débutantes : Schizophrénies débutantes :diagnostic et
modalités thérapeutiques . Texte des recommandations longues.
Fédération Française de Psychiatrie ,23 et 24 janvier 2003.
- [53] Osby U, Correia N, Brandt L, Ekbom A, Sparen P.
Mortality and causes of death in schizophrenia.
In: Stockholm county, Sweden.Schizophr Res 2000; 29:21–8.

- [54] Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, mador XF, Yale AS.
Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide.
Am J Psychiatry 1999;156:1276–8.
- [55] Rossau CD, Mortensen PB.
Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: Nested case-control study.
Br J Psychiatry 1997;171:355–9.
- [56] Roy A.
Suicide in chronic schizophrenia.
Br J Psychiatry 1998;141:171–7.
- [57] Vedrinne J, Sorel P, Weber D.
Sémiologie des conduites suicidaires.
EMC [Elsevier, Paris] Psychiatrie, 37114 A80, 1999.
- [58] Kreyenbuhl JA, Kelly DL, Conley RR.
Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia.
Schizophr Res 2002;58:253–61.
- [59] Barak Y, Knobler CY, Aizenberg D.
Suicide attempts amongst elderly schizophrenia patients: a 10-year case-control study.
Schizophr Res 2004;71:77–81.

- [60] Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR.
Symptoms, subtype, and suicidality in patients with Schizophrenia spectrum disorders.
Am J Psychiatry 1997;154:199–204.
- [61] Muller DJ, Barkow K, Kovalenko S, Ohlraun S, Fangerau H, Kolsch H, et al.
Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific
demographical and clinical characteristics.
Eur Psychiatry 2005;20:65–9.
- [62] Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, Pioli R, Mundo E.
Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients:
A retrospective study.
Schizophr Res 2003;60:47–55
- [63] Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR.
Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died
by suicide compared
to other means of death.
J Psychiatr Res 2004; 38:531–6.
- [64] De Hert M, McKenzie K, Peuskens J.
Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia:
A long-term followup study.
Schizophr Res 2001; 47:127–34.

- [65] G. Gavaudan et al.
Suicide and schizophrenia: risk evaluation and prevention.
Annales Médico Psychologiques 164 [2006] 165–175.

- [66] Casey P.
Parasuicide and personality disorders.
In :Creprt P ed. suicide behavior in Europe: recent research findingsI.Romr:libbey CIC
1992:277-283.

- [67] Recamier PC.
La suicidose:le génie des origines.
Paris:Payot, 1992:84-91.

- [68] Brent et al.
Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal
behavior in adolescents.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:95-105.

- [69] Pr.Delbrouk.
Le suicide.
Impact internat de psychiatrie 1999 p 15-17.

- [70] Th. Lemperiere et A. Feline.
Psychiatrie de l'adulte.
P 232-233 Paris 1999.

- [71] Hardy P.
La prevention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins.
Références en psychiatrie. Doin Ed; Paris 1997:77p
- [72] Harris EC, Barraclough B.
Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis.
Br J Psychiatry 1997; 170:205–228.
- [73] Inskip HM, Harris EC, Barraclough B.
Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia.
Br J Psychiatry 1998; 172:35–37.
- [74] 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.
- [75] Coryll et al.
primary unipolar depression and the prognostic importance of delusions.
Arch Gen Psychiatry 1982 ;39 :1181-1184.

- [76] Weissman et al.
suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks.
N Engl J Med 1989 ;321:1209-1214.
- [77] Ladame F ,OttinoJ,Pawlak C.
adolescence et suicide.
1995.
- [78] BECK A.T.,SCHUYLER D., HERMAN I.
Development of Suicidal Intent Scales.
In Beck A.T., Resnik H.L.P., Lettier A.J. [eds]: The Prediction of
Suicide, 1974, Bowie,
Maryland, Charles Press Publishing
- [79] American Psychiatric Association.
Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with
suicidal behaviors.
Washington [DC]: American Psychiatric Association; 2003. p 40.
Available at
:http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_SuicidalBehaviors.pdf
[accessed April 2007].
- [80] ANAES.
Prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après
une tentative de suicide. Recommandations Professionnelles.
Novembre 1998.

- [81] PIERCE D.W.
The predictive validation of a suicide intent scale : A five year follow-up.
Brit. J. Psychiat., 1981, 139, 391-396.
- [82] Beck AT.
Suicide intent scale (1978)
In Blumenthal SJ ,Kupfer,eds.Suicide over the life cycle.Risk factors,assessment,and treatment of suicidal patients.
Washington : American psychiatric Press Inc,1990 :769-73.
- [83] Programent KL.
The psychology of religion and coping.
New york: Gilford Press 1997.
- [84] Garouette, EM., Goldberg,J., Beals J., Herrell R., Manson S.M.
AISUPERPFP T.
Spirituality and attempted suicide among American indians.
Soc. Sci. Med. 56, 1571-1579.2002
- [85] Koenig H.G., George L.K., Titus P. 2004.
Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients.
J. Am. Geriatr. Soc. 52, 554-562.

- [86] C. McClain-Jacobson, M.A. Barry Rosenfeld, Ph.D., Anne Kosinski, B.S., Hayley Pessin, Ph.D., James E. Cimino, M.D., William Breitbart, M.D.
Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer.
General Hospital Psychiatry 26 [2004] 484– 486.
- [87] Mofidi M, DeVellis RF, DeVellis BM, Blazer DG, Panter AT, Jordan JM.
The relationship between spirituality and depressive symptoms: testing psychosocial mechanisms.
J Nerv Ment Dis. 2007 Aug;195[8]:681-8.
- [88] Daniel T. Rasic, S.L. Belik, B.Elias, L. Y. Katz, M. Enns, J. Sareen.
Spirituality, religion and suicidal behaviour in a nationally representative sample.
J. Affec. Disord. 2008.
- [89] Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L.
The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older.
J Nerv Ment Dis. 2000 Aug;188[8]:543-6.
- [90] Huguelet P, Mohr S, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY.
Spirituality and religious practices in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders and their clinicians.
Psychiatr Serv 2006;57:366-72.

- [91] Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ.
Religious affiliation and suicide attempt.
Am J Psychiatry. : 2004 Dec;161[12]:2303-8.

- [92] M.A. Oquendo, M.E. Bongiovi-Garcia, H. Galfalvy, P.H. Goldberg,
M.F. Grunebaum and
A.K. Burke et al.
Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major
depression: a prospective study.
Am J Psychiatry 164 [2007], pp. 134–141.

- [93] D. Lizardi, K. Dervic, M.F. Grunebaum, A. K. Burke, J.J. Mann, M. A.
Oquendo.
The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal
patients.
J. Psychiatric Research 42 [2008] 815-821.

- [94] Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C.
Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder.
Case-control
psychological autopsy study in Northern Ireland.
Br J Psychiatry. 1999 Aug;175:175-9.

- [95] Jarbin H, Von Knorring AL.
Suicide and suicide attempts in adolescentonset psychotic disorder.
Nordic J Psychiatry 2004;58:115-23.

- [96] Breier A, Astrachan BM.
Characterization of schizophrenic patients who commit suicide.
Am J Psychiatry 1984;141:206-9.
- [97] P. Huguelet, S. Mohr, V. Jung, C. Gillieron, PY. Brandt, L. Borrás.
Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia
or schizo-affective
disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders.
European Psychiatry 22 [2007] 188-194.
- [98] Huber S.
Religious measures. Paper presented at the workshop on conducting
research on religion,
spirituality and health. Klinik SGM, Langenthal, Switzerland, 12-17
September. 2005.
- [99] Zonda, T. & Lester, D. [1990].
Suicide among Hungarian Gypsies.
Acta Psychiatrica Scandinavica, 82[5], 381-382
- [100] Shaver A.
Le suicide chez les adolescents. Division des affaires politiques et
sociales.
Direction de la recherche parlementaire 1990.
- [101] Crow, Gary A., Letha I.
Crisis intervention and suicide prevention.
Springfield 1987.

- [102] 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>.
- [103] Anderson RN.
Deaths: Leading Causes for 1999.
National Vital Statistics Reports, vol 49,no 11. Hyattsville, Md,
National Center for Health Statistics, 2001.
- [104] Walter M.Kermarrec I.
Idées ou conduites suicidaires; orientation diagnostique et CAT en
situation d'urgence.
Revue de Practicien;1999;49.
- [105] Conférence de consensus Du 19 - 20 octobre 2000
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. texte court.
Paris: John Libbey 479 Eurotext; 2001.
- [106] Jean MALKA, P. Duverger.
Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent
identification et prise en charge.
Module 3 : maturation et vulnérabilité - item n°44 et module 11 :
synthèse clinique et thérapeutique - item n° 189.
- [107] Magdalena Szumilas BSc Stanley P. Kutcher MD .
Youth and suicide.
CMAJ . January 29, 2008 JAMC, 178[3].

- [108] Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY.
Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland.
Psychol Med 2001; 31:1181–1191.
- [109] Institute of Medicine.
Reducing Suicide: A National Imperative.
Washington, DC, National Academies Press, 2002.
<http://books.nap.edu/books/0309083214/html/index.html>.
- [110] Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED.
Age differences in behaviors leading to completed suicide.
Am J Geriatr Psychiatry 1998; 6:122–126.
- [111] Frierson RL.
Suicide attempts by the old and the very old.
Arch Intern Med 1991; 151:141–144.
- [112] M.de Clercq .
suicide et tentatives de suicide.
Louvain Med 117 :S502,1998.
- [113] BARNER-RASMUSSEN, P., et al .
Suicide in psychiatric patients in Denmark, 1971-1981.
Acta Psychiatrica Scandinavia 1986, 73 ,441-448.
- [114] CRAMMER, J.L.
The special characteristics of suicides in hospital inpatients.
British Journal of Psychiatry 1984, 145, 460-463.

- [115] OEHMICHEN.M et al.
Suicide in the psychiatric hospital: international trends and Medicolegal Aspects.
Acta Medicinae Legalis et Socialis 1988, 38, 2, 215-223.
- [116] ANAES.
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte Recommandations.
Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. Paris 2000.
- [117] Staikowsky. F et al.
Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008.
Incidence et pronostic. Réanimation 2008.
- [118] Choquet M.
Panorama du suicide.
In: Braconnier A, Chiland C, Choquet M, editors. Idées de vie, idées de mort. Paris: Masson; 2004.
- [119] Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL.
Suicidal behavior in adolescence and subsequent mental health outcomes In young adulthood.
Psychol Med 2005; 35:983–93.
- [120] Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J.
The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of populationbased studies.
Suicide Life Threat Behav 2005; 35:239–50.

- [121] F. Eudier
Diminution des répétitions suicidaires grâce à une réorganisation des soins psychiatriques dans un service d'accueil-urgences étude de deux cohortes.
Presse Médicale 2006.
- [122] Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT.
Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1996;35:1174–82.
- [123] Choquet M, Granboulan V.
Les jeunes suicidants à l'hôpital.
Paris:Éditions EDK; 2004.
- [124] Choquet M, Ledoux S.
Adolescents : enquête nationale. Analyse et prospective.
Paris: Inserm; 1994.
- [125] Mechri A et al.
les récides : étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primosuicidants admis aux urgences d'un hôpital général tunisien.
l'Encéphale 2005

- [126] Staikowsky F.
Tentatives de suicide et services d'urgences. Aspects épidémiologiques
et filières de soins.
Thèse de doctorat, université Paris-VII Denis-Diderot, UFR Lari-
boisière — St-Louis, 2002.
- [127] ABBAR M.CHIGNON J.M.
Panic disorder and suicidal behaviors.
Am J Psychiatry 1993;150.4:683.
- [128] Altamura AC et al.
Clinilical variables related to suicide attempts in schizophrenia patients.
Schizophr Res 2003.
- [129] Leederach J et al.
Adolescence et rupture du developement.une percpective
psychanalytique.
Paris:PUF.1989.
- [130] Brent DA et al.
Familial risk factors for adolescent suicide:a case control study.
acta psychiatr scan 1994;89:52-58.
- [131] Kreyenbuhl JA, Kelly DL, Conley RR.
Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia.
Schizophr Res 2002;58:253–61.

- [132] Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K.
General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm.
Br J Gen Pract. 2003 May;53[490]:365-70
- [133] Luoma JB, Martin CE, Pearson JL.
Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence.
Am J Psychiatry. 2002 Jun;159[6]:909-16.
- [134] Owens C, Lloyd KR, Campbell J.
Access to health care prior to suicide: findings from a psychological autopsy study.
2004 Apr;54[501]:279-81.
- [135] Haste F, Charlton J, Jenkins R.
Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide.
Br J Gen Pract. 1998 Nov;48[436]:1759-63.
- [136] Van Casteren V, Van der Veken J, Tafforeau J, Van Oyen H.
Suicide and attempted suicide reported by general practitioners in Belgium, 1990-1991.
Acta Psychiatr Scand. 1993 Jun;87[6]:451-5.

- [137] Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JW, Jr., Dietrich AJ.
Preventing suicide in primary care patients: the primary care
physician's role
Gen Hosp Psychiatry. 2004 Sep-Oct;26[5]:337-45.
- [138] Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F.
Baromètre santé 97/98 jeunes.
Vanves :Éditions CFES, 328 p., réf. bib., graphiques.
- [139] Encyclopédie libre Wikipédia
[Fr.wikipedia.org/wiki/psychothérapie_cognitivo-comportementale](http://fr.wikipedia.org/wiki/psychoth%C3%A9rapie_cognitivo-comportementale)
- [140] L'approche systémique Fortin Bruno
www.psychologue.levillage.org/sme1020/10html.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أبأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - السويسي
كلية الطب والصيدلة بالرباط

سنة: 2013

أطروحة رقم:

محاولة الانتحار:

دراسة ثلاثون حالة بمستشفى الرازي بسلا

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

الآنسة: يسرى أومتجار

المزودة في: 18 فبراير 1989 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: محاولة الإنتحار - الخصائص الاجتماعية والديمغرافية - الإضطرابات النفسية - خطر الإنتحار.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد زكرياء بشرا

أستاذ في الطب النفسي

مشرف

السيد: عبد الرزاق وناس

أستاذ في الطب النفسي

أعضاء

السيد: حسن كسرى

أستاذ في الطب النفسي

السيد: جمال محساني

أستاذ مبرز في الطب النفسي