



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 078

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients suicidants hospitalisés à l'hôpital psychiatrique universitaire IBN NAFIS

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21/06/2018

PAR

Mr. Khalid LAACHIRI

Né le 20 Juillet 1989 à Ouled Teima

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Tentative de suicide – Intentionnalité suicidaire – Suicide –
Facteurs de risque – Prévention

JURY

Mme.	F. ASRI Professeur de Psychiatrie	PRESIDENT
Mme.	I. ADALI Professeur agrégé de Psychiatrie	RAPPORTEUR
Mme.	F. MANOUDI Professeur de Psychiatrie	} JUGES
Mme.	N. LOUHAB Professeur agrégé de Neurologie	
Mr.	A. HACHIMI Professeur agrégé de Réanimation médicale	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَقُلْ رَبِّ
أَدْخِلْنِي مَدْخَلَ صِدْقِي
وَأَخْرِجْنِي مَخْرَجَ صِدْقِي
وَأَجْعَلْ لِي مِنْ لَدُنْكَ سُلْطَانًا نَصِيرًا



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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A

ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie

BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUESS Youssef	Anesthésie-réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumatologie-orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie-générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumatologie-orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie-clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie

BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto–Rhino – Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie– patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 12/02/2018



DÉDICACES



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

A MES TRÈS CHÈRES PARENTS

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour vous ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. Vous m'avez comblé avec ta tendresse et ton affection tout au long de mon parcours.

Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, vous avez toujours été présents à mes côtés pour me consoler quand il le fallait.

En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour vous, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime.

Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie.

**A MES CHÈRES SŒURS MALIKA ET SON MARI ELHOUCÉINE,
NAIMA ET SON MARI ABDELKADER, KHADIJA ET SON MARI
NOUEDDINE**

**A MES CHÈRES FRÈRES ABDELMAJID, MOHAMMED ET SA FEMME
MERYAM**

Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous.

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études,

Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.

Que dieu nous unisse à jamais.

Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants.

A MES CHÈRES NEVEUX IMAD, AMINE, YASER, ABDERRAHMAN
ET ACHRAF

A MES CHÈRES NIECES SALMA, MERYEM, FATIMA EZZAHRA,
FATIMA EZZAHRA, ASMA, SAFA, ZINEB ET AYA.

*Pour vous mes petits frères et sœurs qui occupent une place unique dans
mon cœur,*

*Je vous offre ce travail pour vous confirmer toute l'importance que vous
avez à mes yeux,*

*Pour vous souhaiter un avenir promettant et pour vous dire que vous
serez toujours mes petits frères et sœurs gâtés et aimés*

A MES AMIS

*YASER, RACHID, MOHAMMED, AMINE, ANAS, SAAD, KARIM,
ABOUBAK, MAHMOUD, ALI, HICHAM, SALAH, AHMED,
ABDELLAH, KARIM, ABDERRAHIM, KAMAL, SAMIHA, SAMIRA,
RANIA, SOUKAINA, ILHAM, MOUNA, FATIMAEZZAHRA,
FATIMA, KHADIJA, MERYAM, NEZHA, NADIRA, HANANE,
Qui font partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse
et leurs grands cœurs.*

*Qu'elles trouvent ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma
reconnaissance pour leur inlassable soutien.*

Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE ELQODS
DU COLLEGE MOHAMMED DERFOUFI
DU LYCEE ABDELLAH CHEFCHAOUNI
DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
MARRAKECH

*Vous m'avez éduqué et enseigné depuis mon plus jeune âge.
Chacun de vous m'a appris un jour une lettre ou un mot.
C'est par vos cours et votre instruction que j'ai gravi les échelons de la
vie
C'est par les mots que vous m'avez appris que je rédige aujourd'hui cette
thèse,
Peut être vous n'êtes pas aujourd'hui ici,
Mais mes pensées sont à vous,
Mes chers professeurs !*

*A Tous mes collègues médecins, mes amis infirmier(e)s et techniciens du
CHU Mohammed VI de Marrakech et CHR Hassan II Agadir, mes amis
de l'institut IPDO Agadir, et mes amis étudiants de la FMPM.*

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer



REMERCIEMENTS



*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR FATIMA ASRI
Professeur de l'Enseignement Supérieur De Psychiatrie
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Nous sommes très honorés de vous avoir comme président du jury de
notre thèse.*

*Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités
humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.*

*Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans
l'exercice de la profession.*

*Veillez, cher Maître, trouvé dans ce modeste travail l'expression de
notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre
profond respect.*

*A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MADAME LE
PROFESSEUR IMANE ADALI
Professeuse agrégée de Psychiatrie
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles
vous avez bien voulu diriger ce travail.*

*Nous avons eu le plus grand plaisir à travailler sous votre direction, nous
avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçu en
toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, vos qualités
humaines et professionnelles ainsi que votre modestie, nous inspirent une
grande admiration et un profond respect.*

*Nous espérons, cher Maître, de trouver ici, le témoignage de notre sincère
reconnaissance et profonde gratitude.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR FATIHA MANOUDI
Professeur de l'Enseignement Supérieur De Psychiatrie
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail.*

*Nous sommes très sensibles à votre gentillesse
et à votre accueil très aimable.*

*Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre
admiration ainsi que notre gratitude.*

Veillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux.

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR NISRINE LOUHAB
Professeur agrégée de Neurologie
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*Nous vous remercions sincèrement de l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail.*

*Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous
avez accepté de juger notre travail.*

*Veillez croire, cher Maître, à l'expression de notre profond respect et de
notre haute considération.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR Abdelhamid HACHIMI
Professeur agrégé de Réanimation médicale
CHU MOHAMMED VI de Marrakech*

*C'est pour nous un grand honneur que vous acceptez de siéger
Parmi cet honorable jury et juger ce travail.*

*Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et
Professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires.*

*Qu'il nous soit permis, cher Maître, de vous exprimer notre
Reconnaissance et notre grande estime.*

A DR. A. GOURANI, DR. M. BALGHALOUT, DR. K. AAKBOUR

Médecins résidents au Service Universitaire Psychiatrique

CHU Mohammed VI Marrakech

L'enthousiasme et l'emballement avec lesquels vous avez encadrés mon travail reflètent parfaitement votre engagement aux cotés des jeunes médecins.

Ils reflètent aussi votre souci de perfection dans votre noble mission ; celle de nous guider vers la réussite et nous former autant que médecins - citoyens qui aiment et œuvrent pour le développement de notre cher pays.

Veillez acceptez mes plus respectueuses salutations.

*A TOUT LES MEDECINS RESIDANTS AU SERVICE UNIVERSITAIRE
PSYCHIATRIQUE*

CHU MOHAMMED VI MARRAKECH

*A TOUT LE PERSONNEL MEDICAL, INFIRMIER ET ADMINISTRATIF
DE L'HÔPITAL IBN NAFIS*

Je vous remercie infiniment pour votre soutien et de l'aide précieuse que vous m'avez réservé à chaque moment que j'en avais besoin, pour mener à bien cette étude scientifique.

Je vous l'offre aujourd'hui car chacun parmi vous a participé de loin ou de près.

*A TOUT LES PERSONNELS AU SERVICE UNIVERSITAIRE DE
RECHERCHE CLINIQUE, EN PARTICULIER PROFESSEUR
ADARMOUCH LATIFA*

Je vous remercie infiniment pour votre encadrement de mon travail qui reflètent parfaitement votre engagement aux cotés des jeunes médecins.

Ils reflètent aussi votre souci de perfection dans votre noble mission ; celle de nous guider vers la réussite et nous former autant que médecins - citoyens qui aiment et œuvrent pour le développement de notre cher pays.

Veillez acceptez mes plus respectueuses salutations.



ABBREVIATIONS



Liste des abreviations :

OMS	: Organisation mondiale de la santé
TS	: Tentative de suicide
SIS	: Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (Suicidal Intent Scale)
TCC	: Thérapie cognitivo-comportementale
HAS	: Haute autorité de santé
TSPT	: Trouble de stress post-traumatique
5-HIAA	: Acide 5-hydroxy-indole acétique
INPES	: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en France
ORS	: Observatoire Régional de la Santé la Réunion en France
InVS	: Institut de veille sanitaire en France



PLAN



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET MÉTHODES	4
I. Type d'étude	5
II. Population	5
1. Taille de l'échantillon	5
2. Critères d'inclusion	5
3. Critères d'exclusion	5
III. Fiche d'exploitation	6
IV. Echelles utilisées	6
1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck	6
2. Echelle d'addiction aux substances : critères DSM-5	7
V. Collecte des données	8
VI. Méthodes statistiques	8
VII. Considération éthique	8
RÉSULTATS	9
I. Analyse descriptive	10
1. Données sociodémographiques	10
2. Antécédents	19
3. Caractéristiques des tentatives de suicide	27
II. Analyse bivariée	35
1. Violence des moyens utilisés	35
2. Caractère récidiviste	38
3. Intentionnalité suicidaire selon l'échelle de Beck	40
4. Regret après la TS selon le trouble psychiatrique	41
5. Planification de l'acte suicidaire selon le sexe	41
DISCUSSION	43
I. Généralités	44
1. Terminologie spécifique aux comportements suicidaires	44
2. Comportement suicidaire selon le DSM-5	48
3. Epidémiologie des tentatives de suicide	48
4. Aspects historiques, socioculturels et religieux	51
5. Neurobiologie des conduites suicidaires	56
6. Approche génétique, environnement et réactivité au stress	58
7. Psychopathologie des patients suicidaires	59
8. Facteurs de risque des tentatives de suicide	64
9. Prise en charge	76
10. Prévention	85
11. Principes de prise en charge des suicidants au service de psychiatrie à l'hôpital IBN NAFIS	87
II. Discussion des résultats	90

1. Données sociodémographiques	90
2. Antécédents	96
3. Caractéristiques des tentatives de suicide	101
III. Limites de l'étude	108
PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	109
CONCLUSION.....	113
RESUMES.....	115
ANNEXES.....	122
BIBLIOGRAPHIE.....	130



INTRODUCTION



Le suicide est un fléau très ancien ayant connu une croissance actuelle, il est devenu un vrai problème de santé mondiale qui nécessite une intervention globale, adéquate et urgente. En 2017, plus de 800 000 personnes ont été suicidés dans le monde, et 20 fois plus de sujets ont effectué au moins une tentative de suicide. [1]

De nombreuses études scientifiques traitent la question du suicide. A contrario, il existe moins d'études qui s'intéressent aux tentatives de suicide. Pourtant, il est établi qu'elles représentent un facteur de risque de suicide.

Au Maroc, le manque de données scientifiques et épidémiologiques sur ce phénomène représente une des contraintes que rencontrent les chercheurs dans le but d'une prise en charge globale et multidisciplinaire.

En plus d'être une tragédie personnelle et familiale, c'est aussi un grave problème de santé publique. Les décès liés au suicide ne représentent que la pointe de l'iceberg car beaucoup de gens tentent à se suicider et encore plus éprouvent des idées suicidaires.

Ce phénomène complexe doit être un sujet de plusieurs recherches, non seulement dans le domaine médical, mais aussi dans les différents domaines qui peuvent ajouter une valeur en termes de compréhension, prévention et de prise en charge. Cette attitude multidisciplinaire intéresse le côté médical, psychologique, biologique, historique, sociologique, philosophique, anthropologique et religieux.

Dans toutes les cultures ayant laissé des traces et des témoignages sur la vie et la mort de l'être humain, on retrouve le suicide. Bien que ce phénomène soit universel, il a toujours eu un caractère tabou. Ce tabou persiste encore de façon plus ou moins intense selon les pays, les cultures et les sociétés, ce qui a pu limiter pendant longtemps nos connaissances sur ce sujet.

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

Notre travail vise à lever en partie ce tabeau en étudiant les tentatives de suicide, et les profils sociodémographiques et cliniques des sujets à risque suicidaire.

Nous avons mené cette étude dont les objectifs sont les suivants :

- ✓ Objectif principal :
 1. Décrire le profil sociodémographique et clinique des suicidants.
- ✓ Objectifs secondaires :
 2. Décrire les caractéristiques des TS.
 3. Etudier le rapport entre les différentes caractéristiques des TS.
 4. Etudier l'intentionnalité suicidaire chez les patients.



PATIENTS
&
MÉTHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive analytique à recrutement prospectif portant sur un échantillon de patients hospitalisés suite à une TS au service de psychiatrie à l'hôpital IBN NAFIS au CHU MOHAMED VI de Marrakech.

La durée de l'étude est de 12 mois ; entre le mois de février 2017 et février 2018.

II. Population :

Dans notre étude, nous avons recruté tous les suicidants pris en charge en hospitalisation au service de psychiatrie à l'hôpital IBN NAFIS au CHU de Marrakech.

1. Taille de l'échantillon :

Sur une période d'une année, 120 patients ont été recrutés dans cette étude.

2. Critères d'inclusion:

Tout patient hospitalisé au service de psychiatrie à l'hôpital IBN NAFIS au CHU de Marrakech présentant récemment (moins de 3 mois) une tentative de suicide.

3. Critères d'exclusion :

Tout patient qui présente :

- Un syndrome confusionnel
- Une démence
- Un retard mental
- Un mutisme
- Tout patient gravement désorganisé ou instable.

III. Fiche d'exploitation :

Après une revue de la littérature à propos des tentatives de suicide et du suicide, nous avons élaboré une fiche d'exploitation constituée de 57 items. (**annexe1**)

- La première partie renseigne sur les caractéristiques sociodémographiques des suicidants.
- La deuxième partie renseigne sur les antécédents personnels et familiaux des suicidants.
- La troisième partie renseigne sur les caractéristiques et les circonstances des tentatives de suicide.

IV. Echelles utilisés :

1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck : (annexe2)

L'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (Suicidal Intent Scale : SIS) est un hétéro-questionnaire permettant d'évaluer l'importance de l'intentionnalité suicidaire et le désir de mort après le passage à l'acte. [2]

La SIS, mise au point par 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. [3]

Son objectif initial relevait essentiellement du domaine de la recherche : Beck proposait son utilisation comme variable dépendante afin de déterminer quelles caractéristiques chez les suicidants étaient significativement corrélées à l'intention suicidaire. Elle a secondairement été proposée dans la pratique clinique en tant que complément à l'évaluation clinique des suicidants, son utilisation ayant été recommandée lors de la Conférence de Consensus sur la Crise Suicidaire. [4]

Elle répond aux recommandations professionnelles de prise en charge hospitalière des sujets après une tentative de suicide. Elle a aussi une valeur prédictive du risque suicidaire après la TS actuelle ; par l'évaluation des sentiments après la TS et l'intention de la refaire. [3]

La version initiale comportait 20 questions, divisée en 3 sections. Elle a été revue par Pierce en 1977, qui en a fait une version à 12 questions, divisée en 3 sections :

- Les circonstances de la tentative de suicide (6 questions) ;
- Les propos rapportés par le patient (self report) (4 questions) ;
- Deux questions sur la létalité évaluée par le médecin. [3] [5]

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

- Score de 0 à 3 : Intentionnalité faible
- Score de 4 à 10 : Intentionnalité moyenne
- Score de 11 à 25 : Intentionnalité élevée. [5]

Cette échelle a également un intérêt sémiologique de structurer l'entretien avec le suicidant. [5]

2. Echelle d'addiction aux substances : critères DSM-5: (annexe3)

Les questions suivantes reprennent les critères d'addiction à une substance selon le DSM-5 (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne ...). Ces questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois. Un score de gravité peut-être calculé en fonction du nombre de symptômes présents. [6]

La cotation se fait par attribuer 1 point en cas de réponse « oui ». Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items :

- Score < 2 : Absence d'addiction
- Score de 2 à 3 : Addiction légère
- Score de 4 à 5 : Addiction modérée
- Score de 6 à 11 : Addiction sévère. [6]

V. Collecte des données :

La passation du questionnaire a été faite par moi-même en collaboration avec les médecins résidents au service de psychiatrie.

VI. Méthodes statistiques :

Nous avons fait la saisie de données avec Excel 2007.

Les résultats descriptifs (calculs des effectifs et des pourcentages) et les résultats analytiques (comparaisons des pourcentages en utilisant le « test chi deux » et le « teste de Fisher ») ont été faits avec SPSS au service de recherche clinique au CHU MOHAMED VI de Marrakech.

VII. Considération éthique :

La considération éthique a été respectée à savoir :

- L'anonymat et la confidentialité des informations notées sur les dossiers des malades.
- Le consentement oral.



RÉSULTATS



I. Analyse descriptive :

1. Données sociodémographiques :

1.1. Age :

L'âge compris entre 20 et 40 ans était le plus prédominant : 62,2% (n=77). (Figure1)

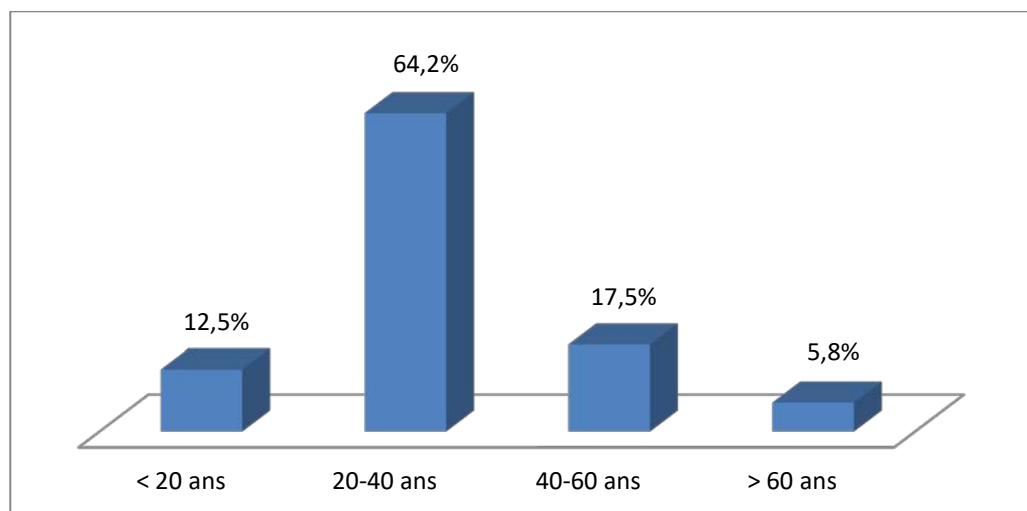


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

1.2. Sexe :

Les deux tiers des patients (n=73) étaient de sexe féminin. (Figure2)

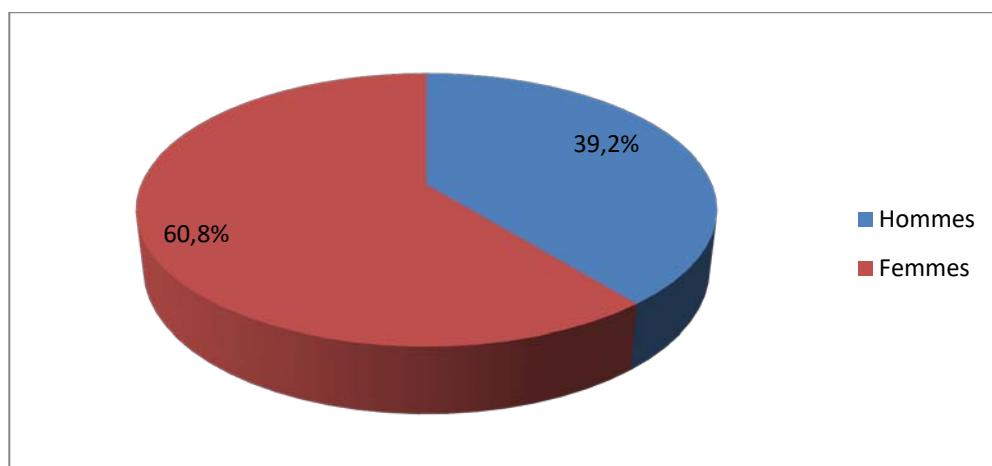


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

1.3. Milieu de vie :

Les deux tiers des patients (n=79) résidaient en milieu urbain. (Figure3)

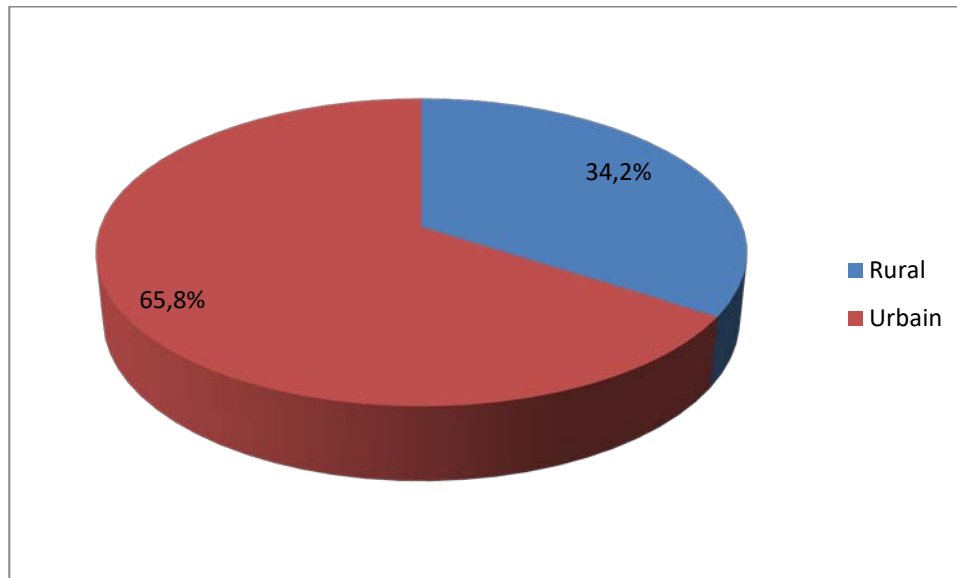


Figure 3 : Répartition des patients selon le milieu de vie

1.4. Statut marital :

43,3% (n=52) des patients étaient célibataires. (Figure4)

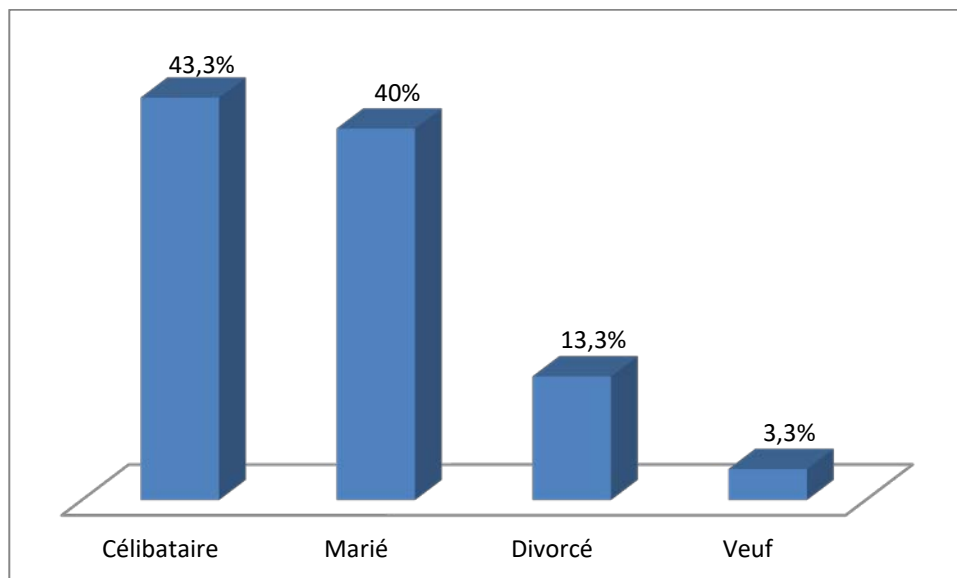


Figure 4 : Répartition des patients selon le statut marital

1.5. Nombre d'enfants :

Presque la moitié (48,3%, n=58) des patients n'avait pas d'enfants. (Figure5)

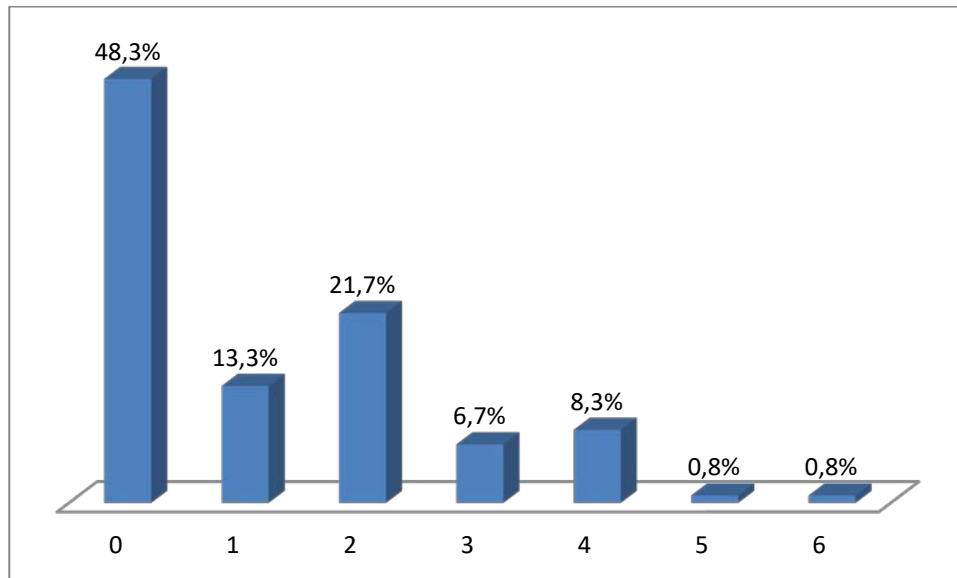


Figure 5 : Répartition des patients selon le nombre d'enfants

1.6. Niveau scolaire :

Plus de la moitié des patients (n=69, soit 57,6%) avait un niveau d'instruction secondaire et plus. (Figure6)

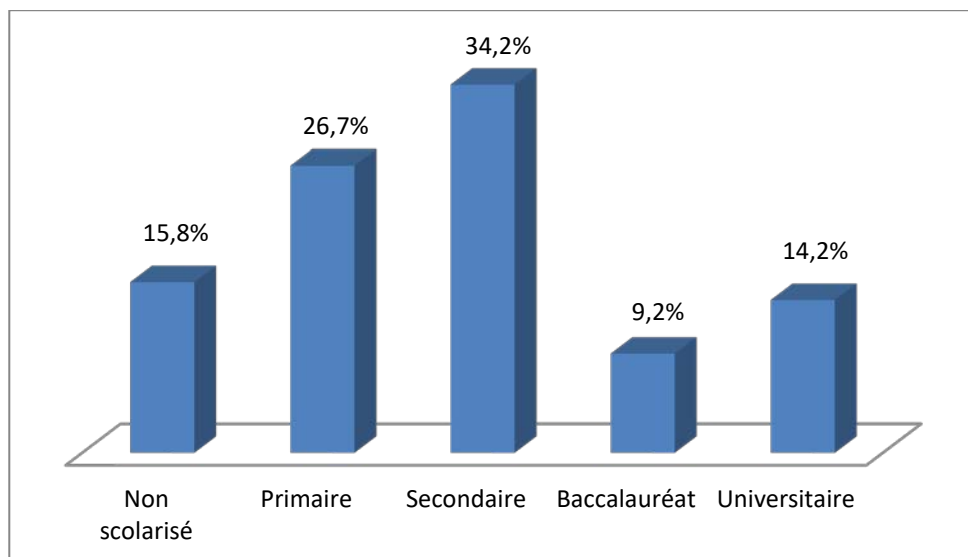


Figure 6 : Répartition des patients selon le niveau scolaire

1.7. Formation professionnelle :

37,5% (n=45) des patients n'avaient pas de profession. (Figure7)

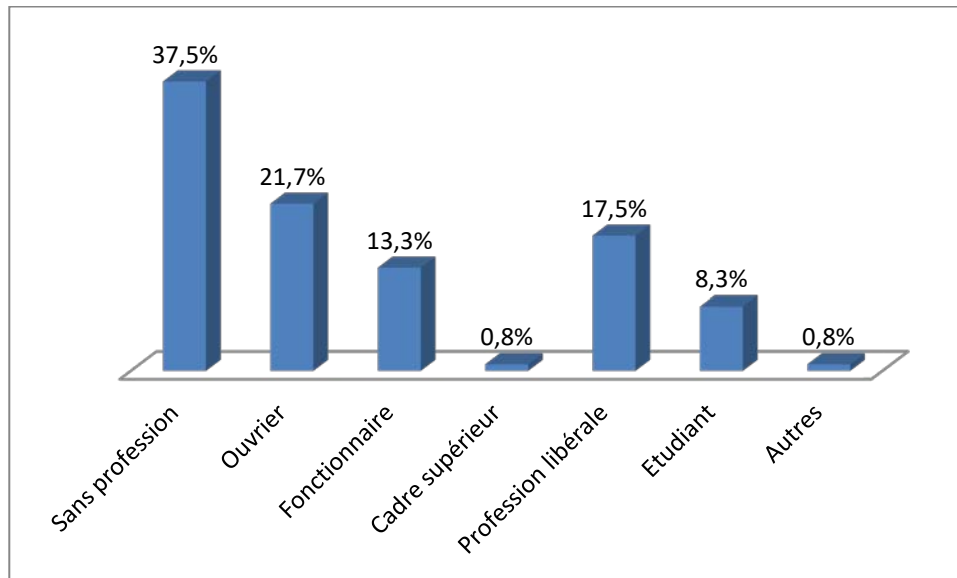


Figure 7 : Répartition des patients selon la profession

1.8. Activité professionnelle :

Chez les patients ayant une profession, seulement le quart (n=20, soit 26,7%) avait une activité professionnelle régulière durant l'année précédant l'étude. (Figure8)

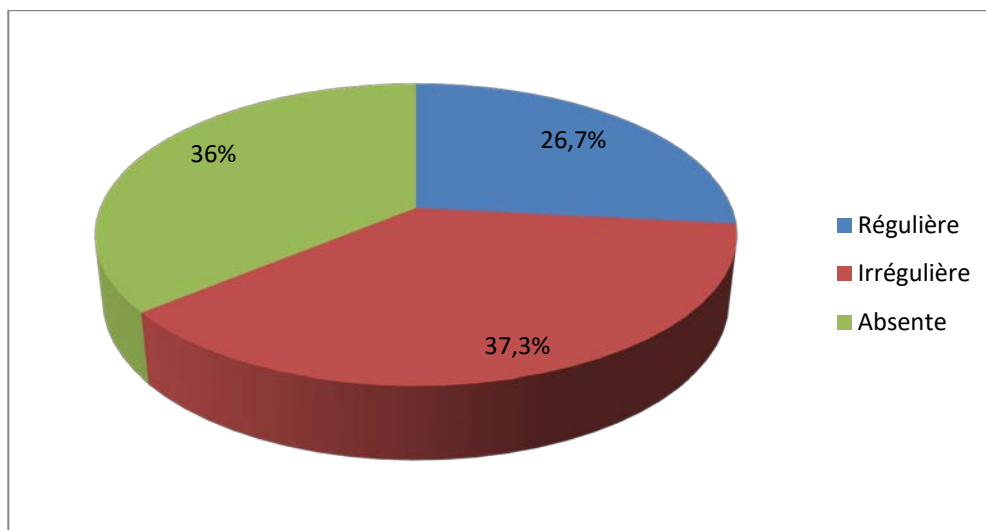


Figure 8 : Répartition des patients selon la stabilité professionnelle

1.9. Satisfaction professionnelle :

Chez les patients ayant une profession, 46,7% (n=35) avaient une satisfaction professionnelle bonne. (Figure9)

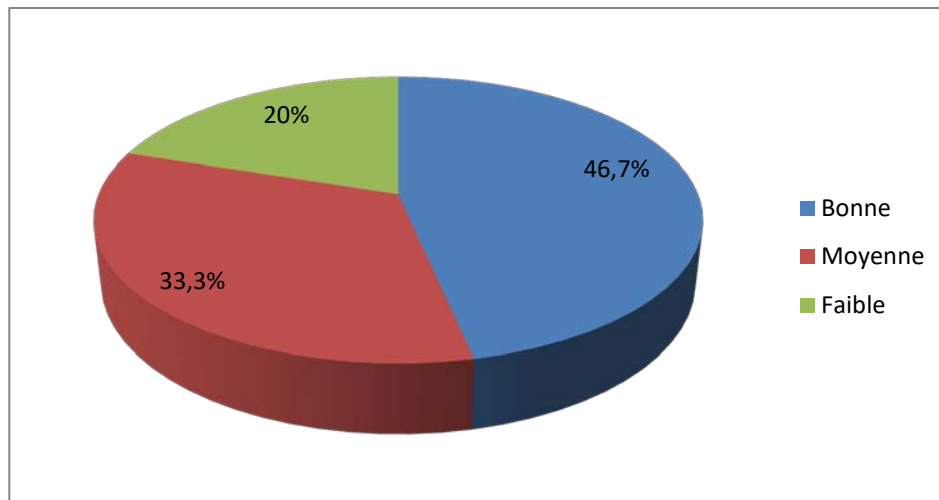


Figure 9 : Répartition des patients selon la satisfaction professionnelle

1.10. Niveau socio-économique :

Le tiers des patients (n=34) vivait dans une famille ayant un revenu mensuel faible ne dépassant pas 2000 Dh. (Figure10)

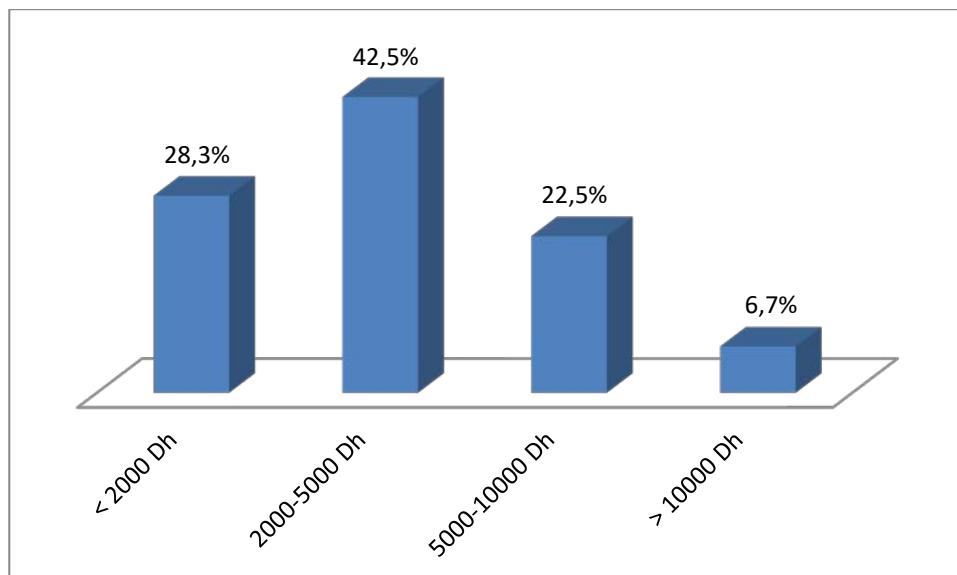


Figure 10 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique

1.11. Nombre de fratrie :

92,5% (n=111) des patients vivaient dans une fratrie \leq 8. (Figure11)

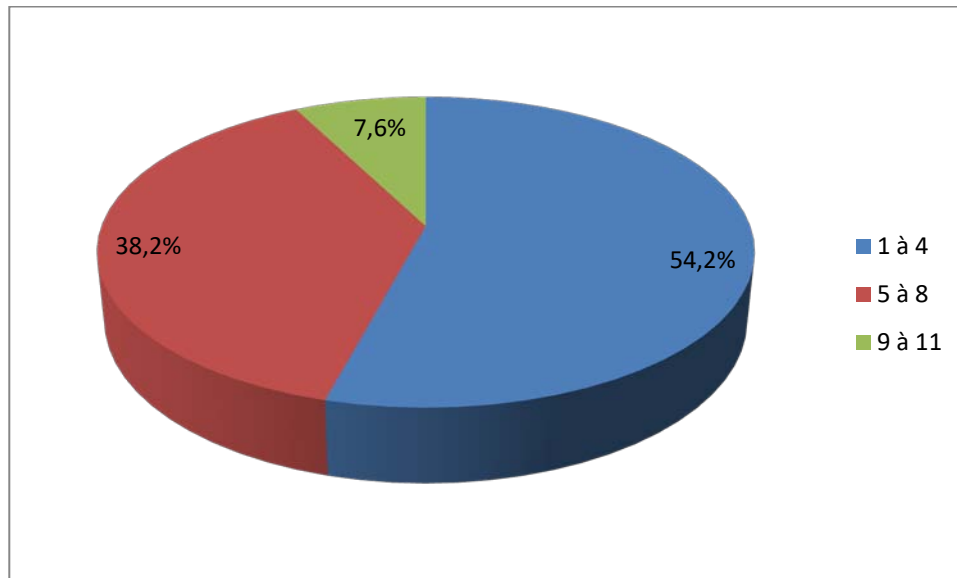


Figure 11 : Répartition des patients selon le nombre de fratrie

1.12. Ordre dans la fratrie :

Le tiers des patients (n=45) était des derniers de fratrie. (Figure12)

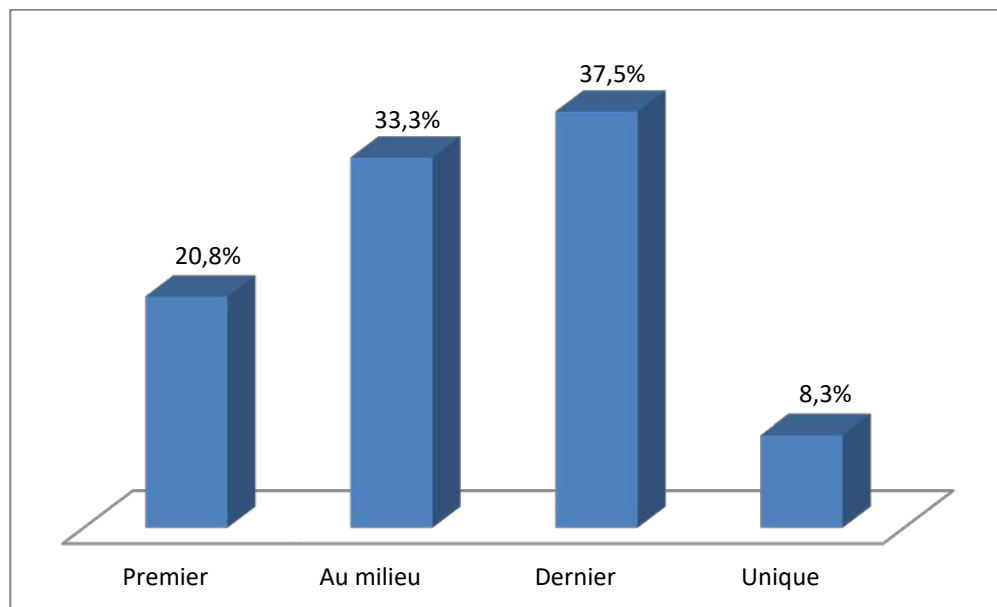


Figure 12 : Répartition des patients selon l'ordre dans la fratrie

1.13. Perte et divorce parentaux :

- 47,5% (n=57) des patients avaient une perte d'un ou de deux parents et 15% (n=18) avaient des parents divorcés. (Tableau I)
- A savoir que 82,4% des patients de parents divorcés avaient un âge \leq 10 ans au moment du divorce.

Tableau I: Répartition des patients selon la perte et le divorce parentaux :

Critères	Pourcentage
Un ou deux parents décédés	47,5%
Parents divorcés	15%

1.14. Vie :

Presque la moitié (47,5%, n=57) des patients vivaient avec un ou deux parents, contre 32,5% (n=39) qui vivaient en couple. (Figure13)

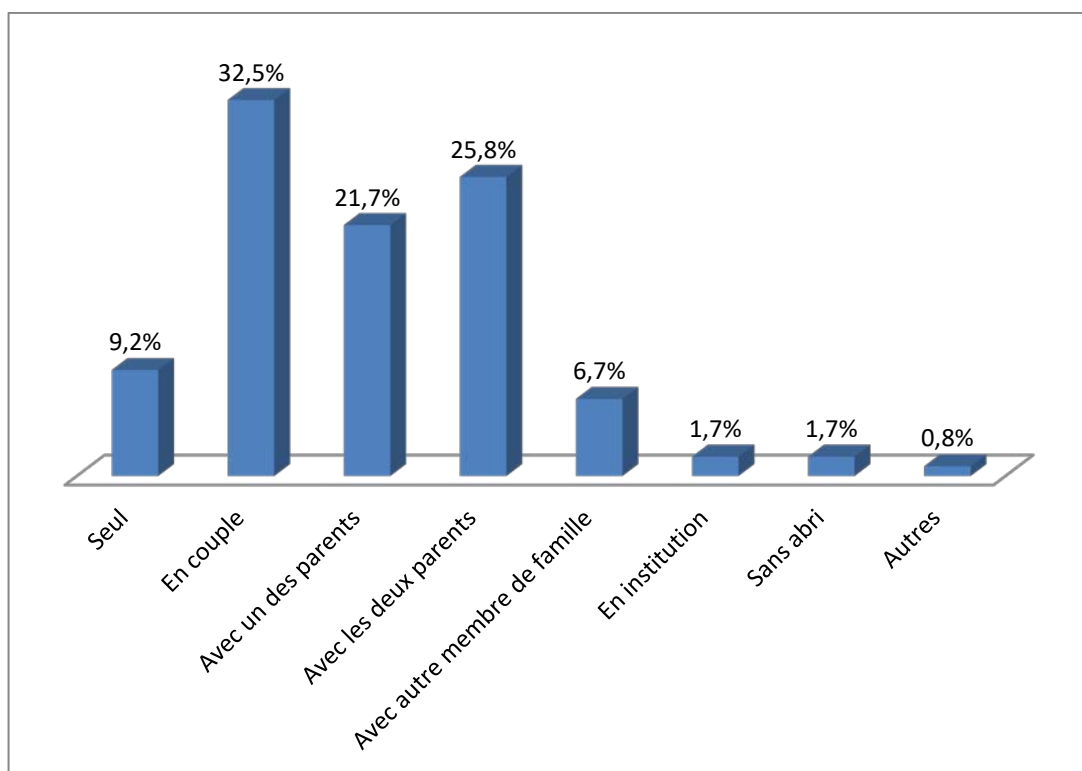


Figure 13 : Répartition des patients selon leur vie

1.15. Intégration familiale et estime de soi :

Les deux tiers des patients avaient une faible intégration familiale et une faible estime de soi (n=72 et n=73, soit successivement 60% et 60,8%). (Tableau II)

**Tableau II : Répartition des patients selon leurs perceptions
de l'intégration familiale et de l'estime de soi :**

Critères	Pourcentage		
	Bonne	Moyenne	Faible
Intégration familiale	12,5%	27,5%	60%
Estime de soi	8,4%	30,8%	60,8%

1.16. Pratique religieuse :

Les deux tiers (58,3%, n=70) des patients étaient religieusement pratiquant. (Figure14)

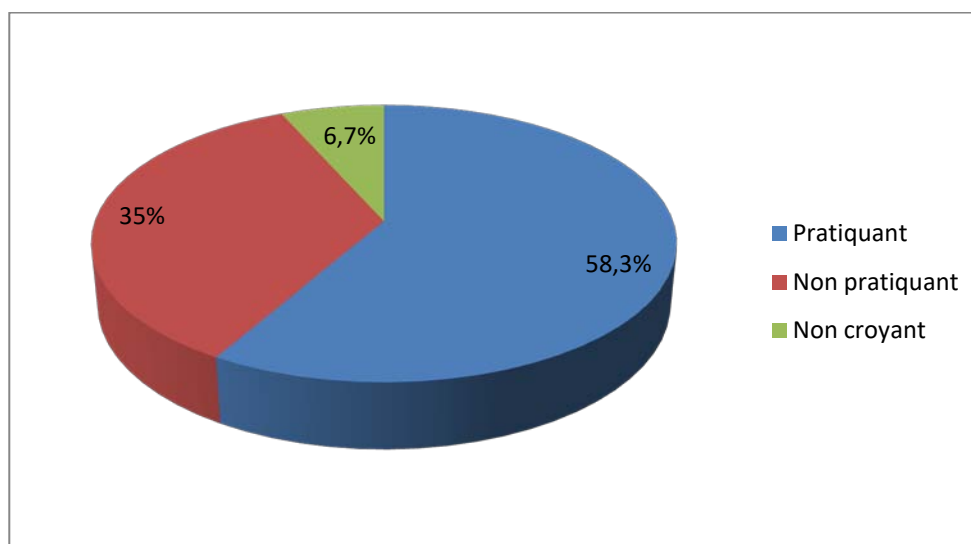


Figure 14 : Répartition des patients selon la pratique religieuse

Tableau récapitulatif I : Caractéristiques sociodémographiques :

Caractéristiques		Effectif	Pourcentage
Age	< 20 ans	15	12,5%
	20-40 ans	77	64,2%
	> 40 ans	28	23,3%
Sexe	Femme	73	60,8%
	Homme	47	39,2%
Milieu de vie	Urbain	79	65,8%
	Rural	41	34,2%
Statut marital	Célibataire	52	43,3%
	Marié	48	40%
	Divorcé/Veuf	20	16,6%
Nombre d'enfants	Pas d'enfants	58	48,3%
	1-2 enfants	42	35%
	> 2 enfants	20	16,6%
Niveau scolaire	Non scolarisé	19	15,8%
	Primaire	32	26,7%
	Secondaire	52	43,3%
	Universitaire	17	14,2%
Formation profession	Sans profession	45	37,5%
	Ouvrier	26	21,7%
	Profession libérale	21	17,5%
	Fonctionnaire	16	13,3%
	Etudiant	10	8,3%
Activité professionnelle	Régulière	20	26,7%
	Irrégulière	28	37,3%
	Absente	27	36%
Satisfaction professionnelle	Bonne	35	46,7%
	Moyenne	25	33,3%
	Faible	15	20%
Niveau socio-économique	< 2.000 Dh	34	28,3%
	2.000-5.000 Dh	51	42,5%
	> 5.000 Dh	35	29,2%
Nombre de fratrie	1-4	65	54,2%
	5-8	46	38,5%
	9-11	9	7,6%
Ordre dans la fratrie	Premier	25	20,8%
	Au milieu	40	33,3%
	Dernier	45	37,5%
	Unique	10	8,3%

Tableau récapitulatif I : Caractéristiques sociodémographiques : «suite»

Caractéristiques		Effectif	Pourcentage
Perte d'un ou deux parents	Oui	57	47,5%
Divorce de parents	Oui	18	15%
Vie	En couple	11	32,5%
	Avec un des parents	39	21,7%
	Seul	26	9,2%
	Avec les deux parents	31	2,8%
Intégration familiale	Bonne	15	12,5%
	Moyenne	33	27,5%
	Faible	72	60%
Pratique religieuse	Pratiquant	70	58,3%
	Non pratiquant	42	35%
	Non croyant	8	6,7%
Estime de soi	Bonne	10	8,3%
	Moyenne	37	30,8%
	Faible	73	60,8%

2. Antécédents :

2.1. Antécédents de TS :

– La moitié des patients (n=67) étaient des récidivistes. (Figure15)

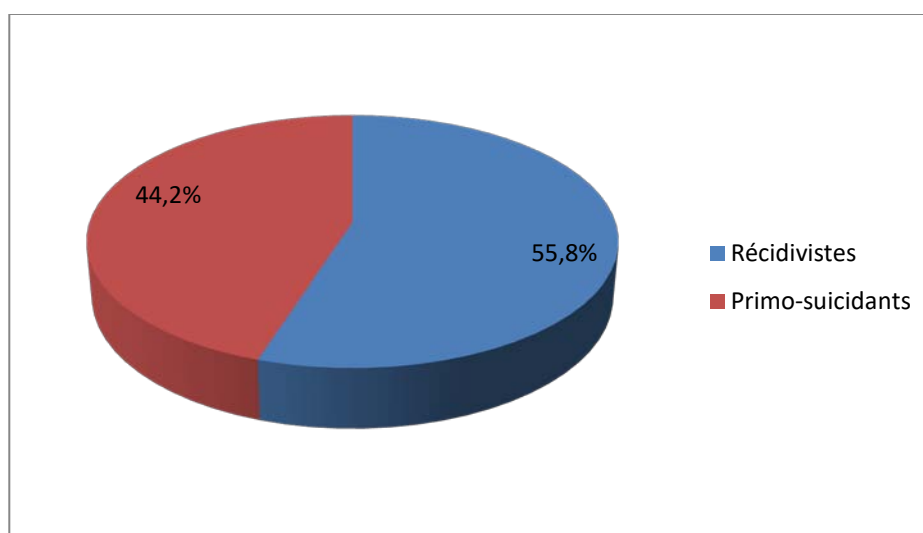


Figure 15 : Répartition des patients selon l'antécédent de TS

– Chez les patients récidivistes, le nombre de TS était ≥ 3 dans les trois quart des cas (n=50, soit 75,8%). (Figure16)

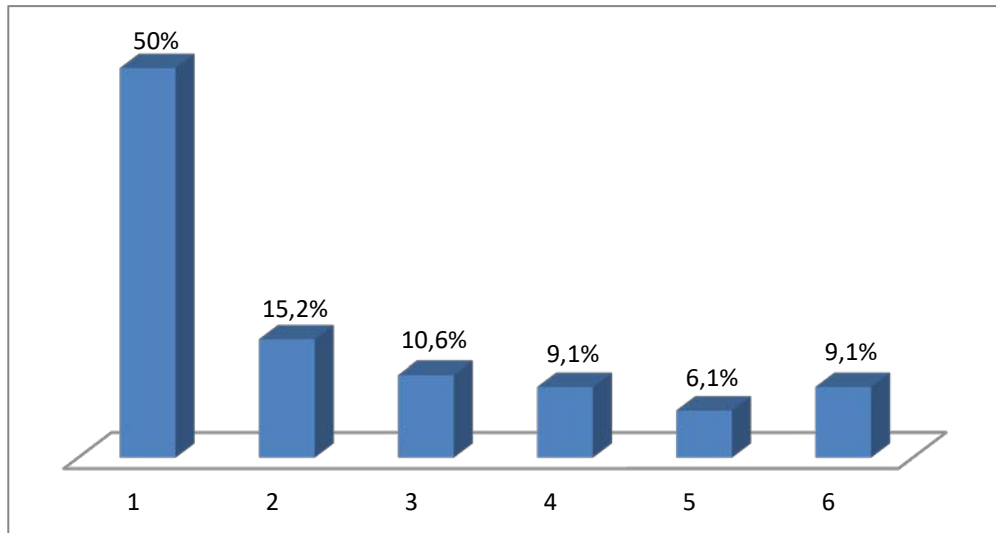


Figure 16 : Répartition des patients selon le nombre des TS

– Chez les patients récidivistes, les TS ont été faites durant les 3 derniers mois dans la moitié (n=34) des cas, et durant les 12 derniers mois dans 85% (n=56) des cas. (Figure17)

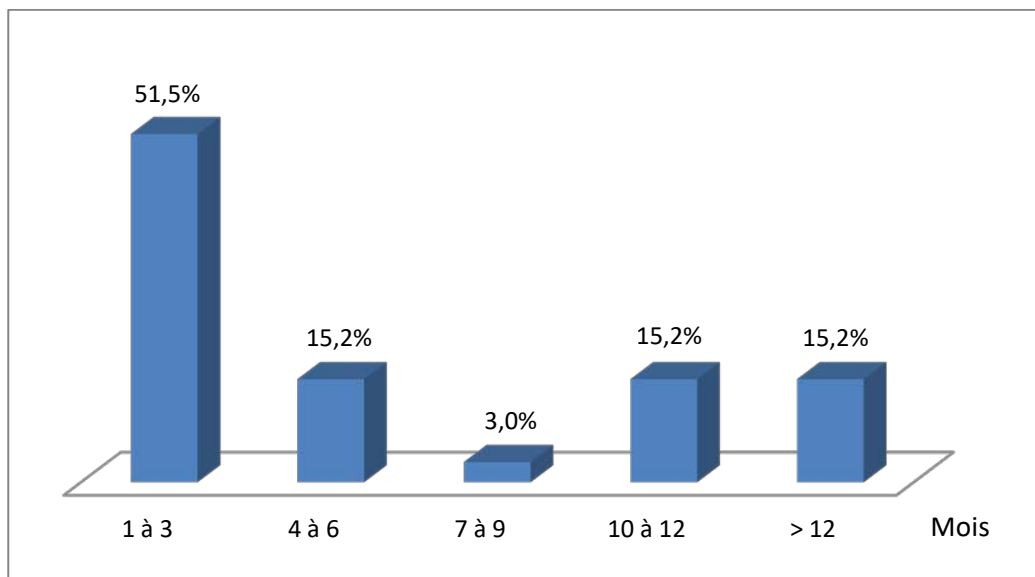


Figure 17 : Répartition des patients selon le délai de la dernière TS en mois

2.2. Antécédents de consultation et d'hospitalisation psychiatriques :

La majorité (n=101, soit 84,2%) des patients avait déjà consulté un psychiatre, et plus de la moitié (n=66, soit 55%) avait au moins une hospitalisation en psychiatrie. (Tableau III)

Tableau III : Répartition des patients selon l'antécédent de consultation et d'hospitalisation psychiatriques:

Antécédents	Pourcentage
Consultation psychiatrique	84,2%
Hospitalisation au service de psychiatrie	55%

A savoir que le nombre d'hospitalisation chez ces patients était ≤ 3 fois dans 78,8% des cas. (Figure18)

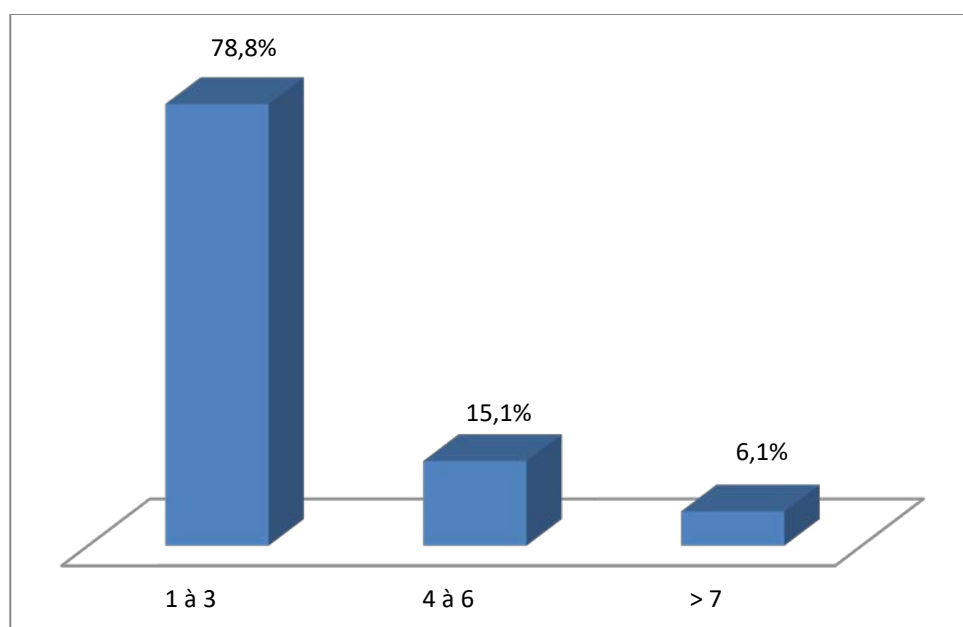


Figure 18 : Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisation

2.3. Troubles psychiatriques :

Les troubles psychiatriques les plus représentés étaient la schizophrénie (n=34, soit 28,3%), les troubles bipolaires (n=26, soit 21,7%), les troubles dépressifs (n=23, soit 19,2%) et les troubles schizoaffectifs (n=17, soit 14,2%). (Figure19)

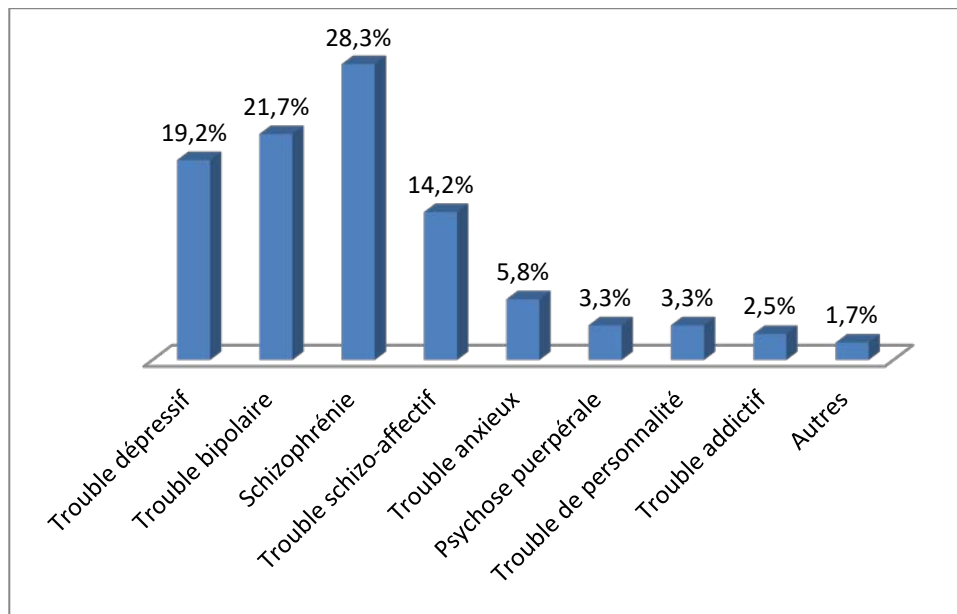


Figure 19 : Répartition des patients selon le trouble psychiatrique

2.4. Antécédents médico-chirurgicaux :

39,2% des patients avaient des antécédents médico-chirurgicaux. (Figure20)

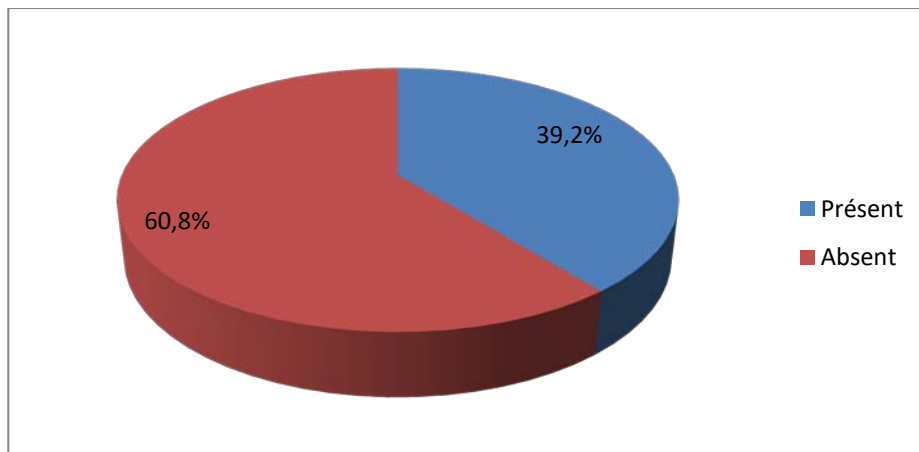


Figure 20 : Répartition des patients selon l'antécédent médico-chirurgical

A savoir que les maladies les plus fréquentes étaient :

- Les maladies endocriniennes dans 21,3% ; dominées par le diabète (19,1%).
- Les maladies ostéoarticulaires dans 17%.

- Les maladies cardiorespiratoires dans 15%.
- Les maladies neurologiques dans 8,5% ; représentées par l'épilepsie.
- Les maladies dermatologiques dans 8,5%.

2.5. Consommation des toxiques :

a. Usage des toxiques :

44,2% (n=53) des patients consommaient au moins une substance toxique. (Figure21)

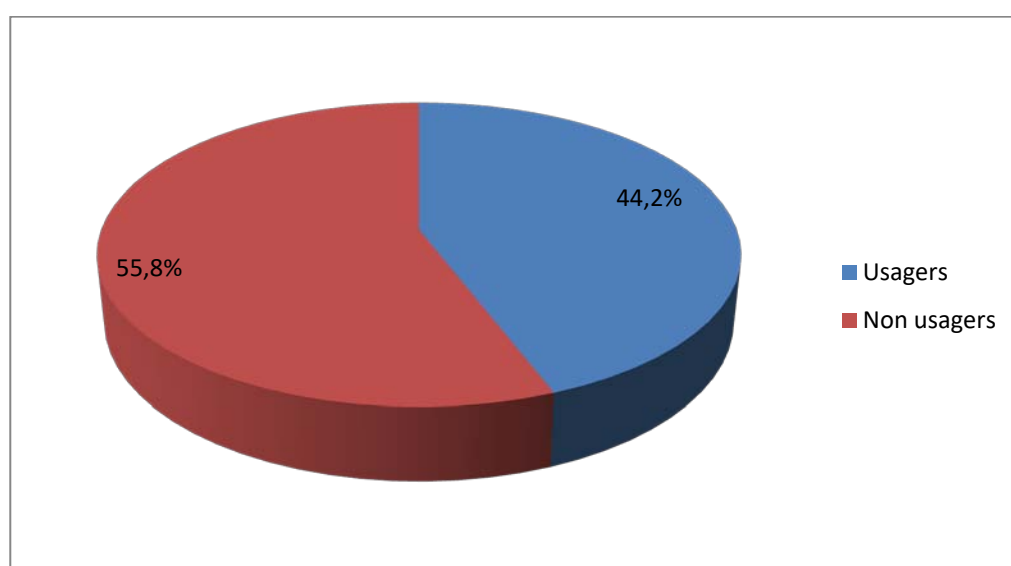


Figure 21 : Répartition des patients selon la consommation des toxiques

b. Types des toxiques :

Les toxiques les plus utilisés étaient le tabac (n=46, soit 38,3%), l'alcool (n=25, soit 20,8%) et le cannabis (n=21, soit 17,5%). (Tableau IV)

Tableau IV: Répartition des patients selon la consommation des substances toxiques:

Substances toxiques	% au niveau des usagers	% au niveau de l'échantillon
Tabac	86,8%	38,3%
Alcool	47,2%	20,8%
Cannabis	39,6%	17,5%
Autres	17%	7,5%

c. Sévérité des addictions aux substances :

43,4% des patients usagers avaient une addiction sévère à une substance toxique. (Figure22)

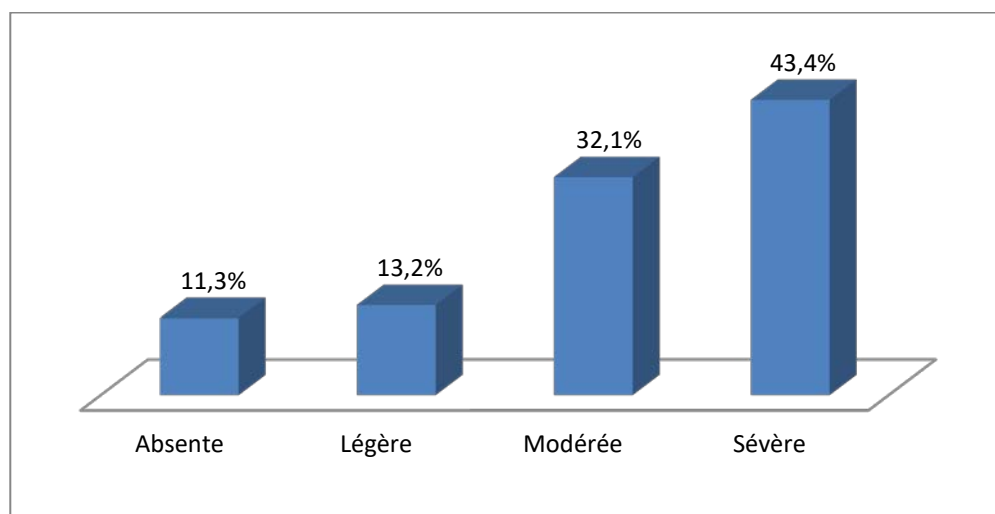


Figure 22 : Répartition des patients selon la sévérité des addictions aux substances

2.6. Événements négatifs de vie :

L'événement de vie le plus présenté était les traumatismes psychiques chez 57,5% des patients (n=69). (Tableau V)

Tableau V: Répartition des patients selon les événements négatifs de vie :

Événements	Pourcentage
Traumatisme psychique	57,5%
Violence physique	39,2%
Violence sexuelle	26,7%
Antécédent judiciaire	20%

A savoir que les traumatismes psychiques les plus rapportés par les patients étaient la mort d'un proche (membre de la famille, conjoint, ami) et la séparation conjugale.

2.7. Antécédents familiaux :

41,7% (n=50) des patients avaient un antécédent familial de trouble psychiatrique. (Tableau VI)

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents familiaux :

Antécédents familiaux	Pourcentage
Trouble psychiatrique	41,7%
Hospitalisation en psychiatrie	27,5%
Tentative de suicide	20%
Suicide	14,2%
Consommation des toxiques	66,7%

Les troubles psychiatriques familiaux les plus représentés étaient la schizophrénie dans 34% (N=1), les troubles dépressifs dans 28% (n=14), et les troubles bipolaires dans 18% (n=9). (Figure23)

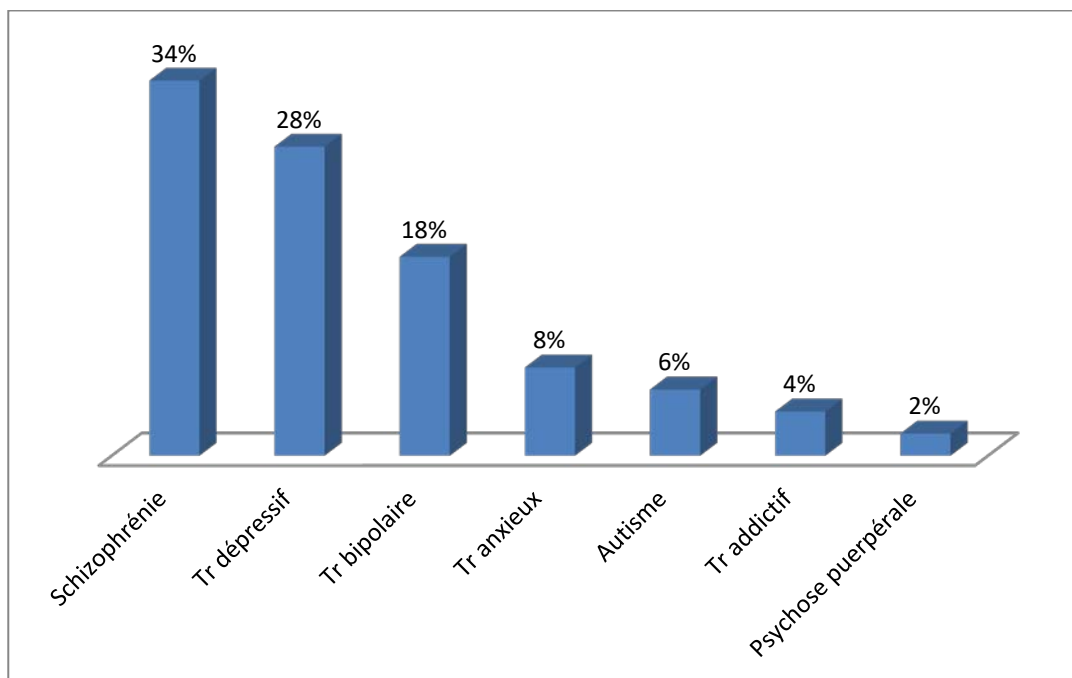


Figure 23 : Répartition des patients selon le trouble psychiatrique familial

Tableau récapitulatif II : Antécédents personnels et familiaux :

Antécédents		Effectif	Pourcentage
Antécédent de TS	Oui	66	55%
Nombre de TS	1-3 TS	50	75,8%
	> 3 TS	16	24,2%
Durée entre les deux dernières TS	1-3 mois	34	51,5%
	1-12 mois	22	84,8%
Antécédent de consultation psychiatrique	Oui	101	84,2%
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	Oui	66	55%
Nombre d'hospitalisation en psychiatrie	1-3 fois	52	78,8%
	> 3 fois	14	21,2%
Trouble psychiatrique	Schizophrénie	34	28,3%
	Trouble dépressif	26	21,7%
	Trouble bipolaire	23	19,2%
	Trouble schizoaffectif	17	14,2%
Antécédents médico-chirurgicaux	Oui	47	39,2%
Antécédent d'usage des toxiques	Oui	53	44,2%
Consommation de tabac	Oui	46	86,8%
Consommation d'alcool	Oui	25	47,2%
Consommation de cannabis	Oui	21	39,6%
Addiction	Absence/Légère	13	24,5%
	Modérée	17	32,1%
	sévère	23	43,4%
Antécédent de traumatisme psychique	Oui	69	57,5%
Antécédent de violence physique	Oui	47	39,2%
Antécédent de violence sexuelle	Oui	32	26,7%
Antécédent judiciaire	Oui	24	20%
Antécédent familial de trouble psychiatrique	Schizophrénie	17	34%
	Tr dépressif	14	28%
	Tr bipolaire	9	9%
ATCD familial d'hospitalisation en psychiatrie	Oui	33	27,5%
Antécédent familial de TS	Oui	24	20%
Antécédent familial de suicide	Oui	17	14,2%
Antécédent familial d'usage des toxiques	Oui	80	66,7%

3. Caractéristiques des tentatives de suicide :

3.1. Motif évoqué :

Le tiers (n=42, soit 35%) des patients avait évoqué les conflits familiaux ou conjugaux comme motif de leurs TS. (Figure24)

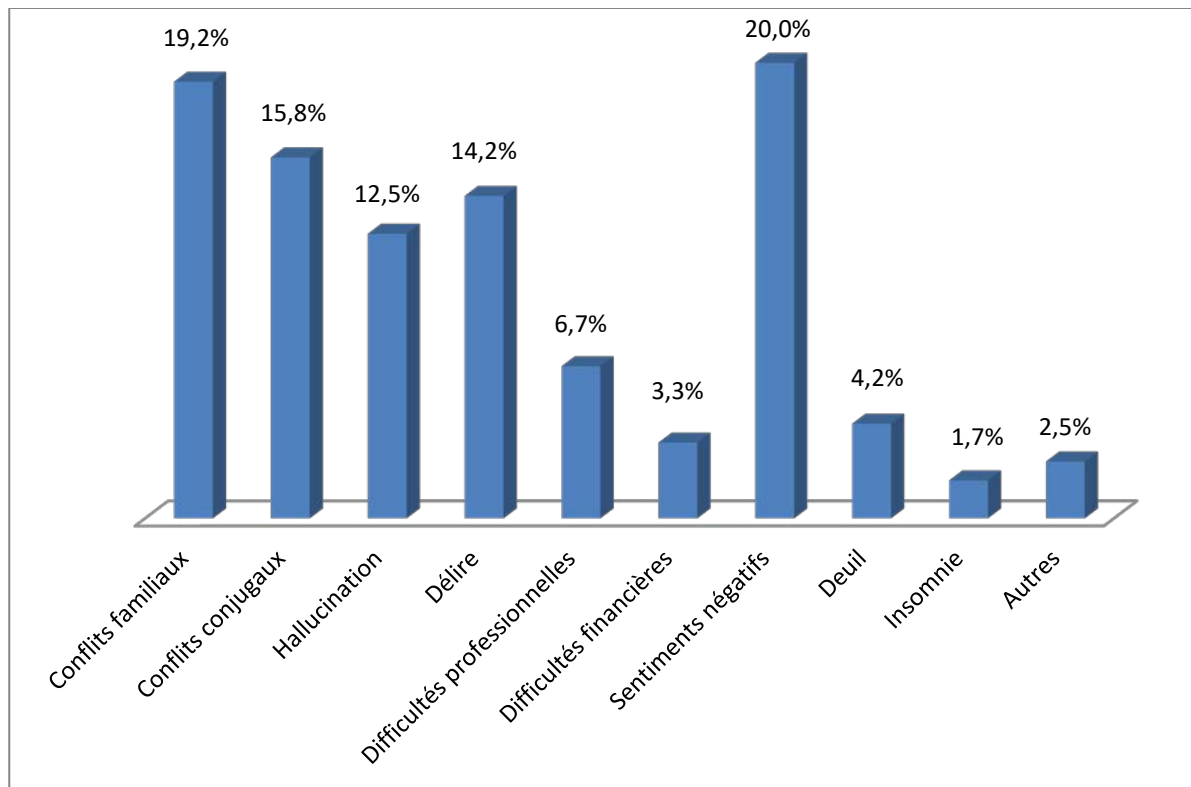


Figure 24 : Répartition des patients selon le motif évoqué de la TS

Les sentiments négatifs évoqués par les patients étaient : la sensation d'infériorité et d'humiliation (6,7%), le désir d'arrêter la souffrance intérieure (4,2%), la sensation de solitude (4,2%), le désir d'attirer l'attention (3,3%) et le désintérêt de vivre (1,7%). (Figure25)

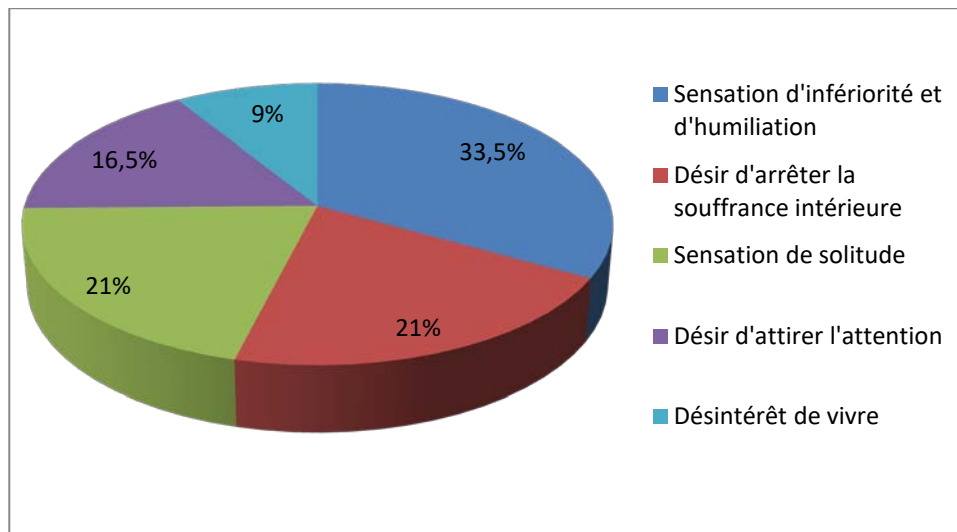


Figure 25 : Répartition des patients selon le sentiment négatif évoqué comme motif de la TS

3.2. Moyen utilisé :

– Les deux moyens les plus utilisés dans les TS étaient respectivement la phlébotomie (25,8%, n=31) et l'auto-intoxication médicamenteuse (25%, n=30). (Figure26)

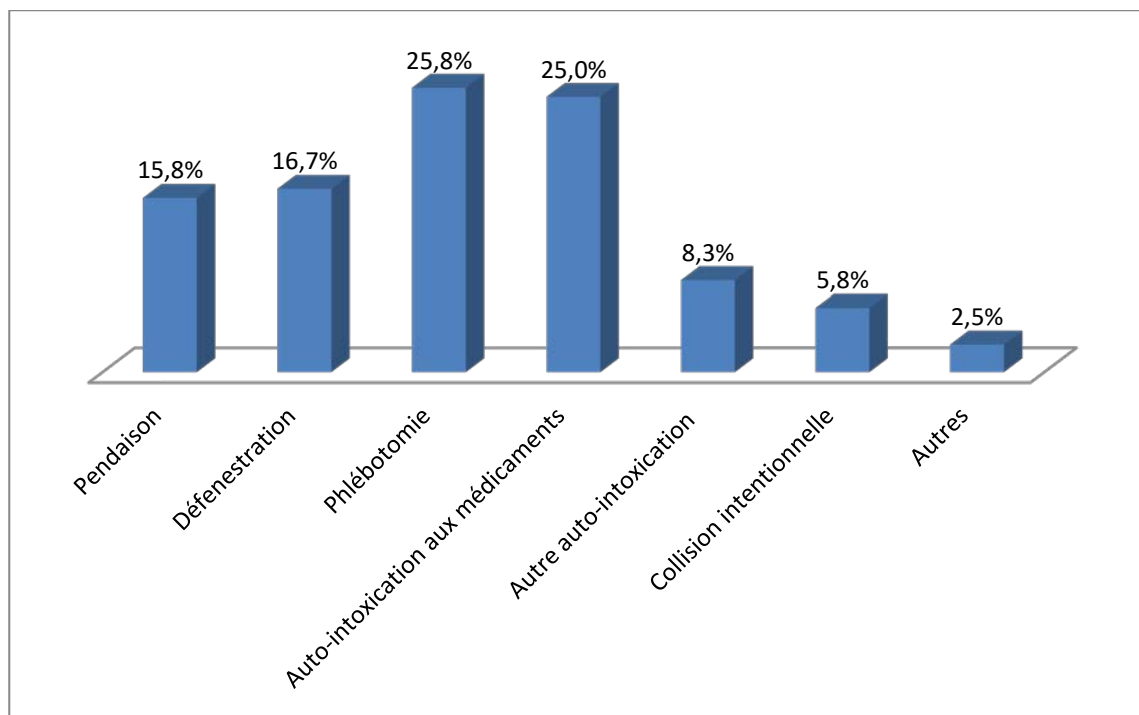


Figure26: Répartition des patients selon le moyen utilisé dans la TS

- A savoir que les moyens les plus utilisés par les patients dans les autres auto-intoxications étaient les raticides, les insecticides et l'alcool à brûler.
- Les médicaments les plus utilisés dans les auto-intoxications étaient les psychotropes représentés par les antidépresseurs (n=11, soit 36,7%) et les neuroleptiques (n=9, soit 30%). (Figure27)

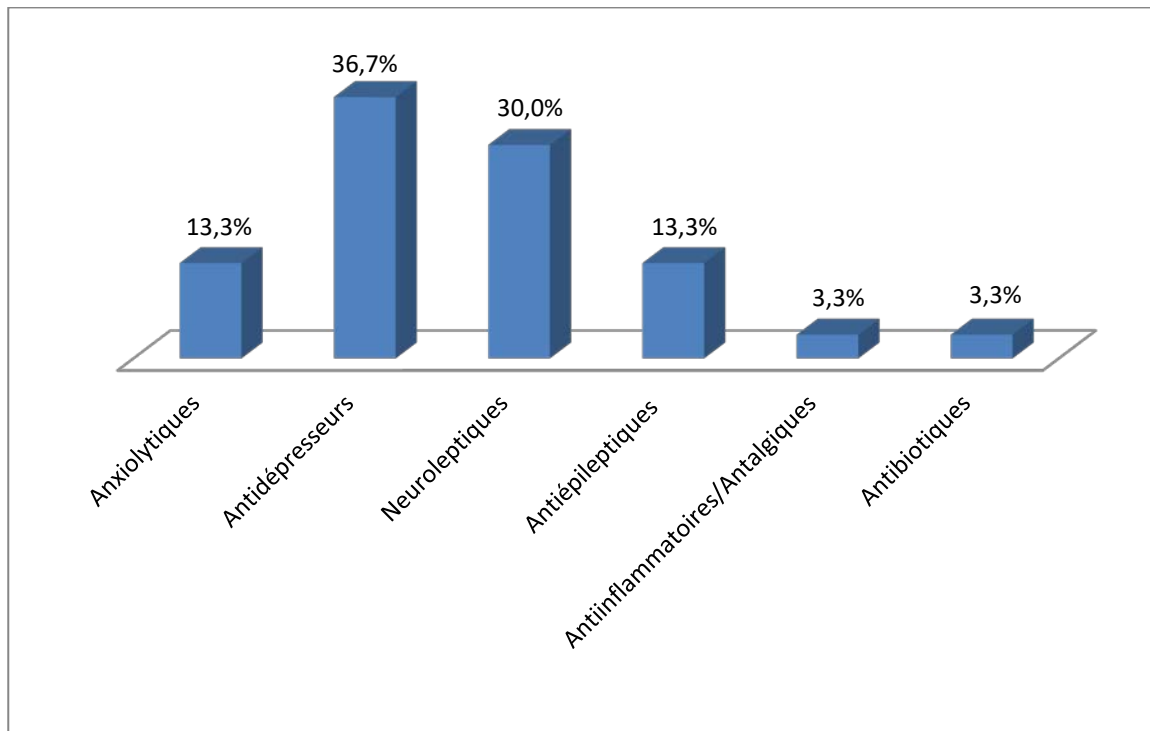


Figure 27: Répartition des autointoxications médicamenteuses selon la famille des médicaments

3.3. Intimité lors de la TS:

71,7% (n=86) des patients avaient effectué l'acte suicidaire quant ils étaient seuls. (Figure28)

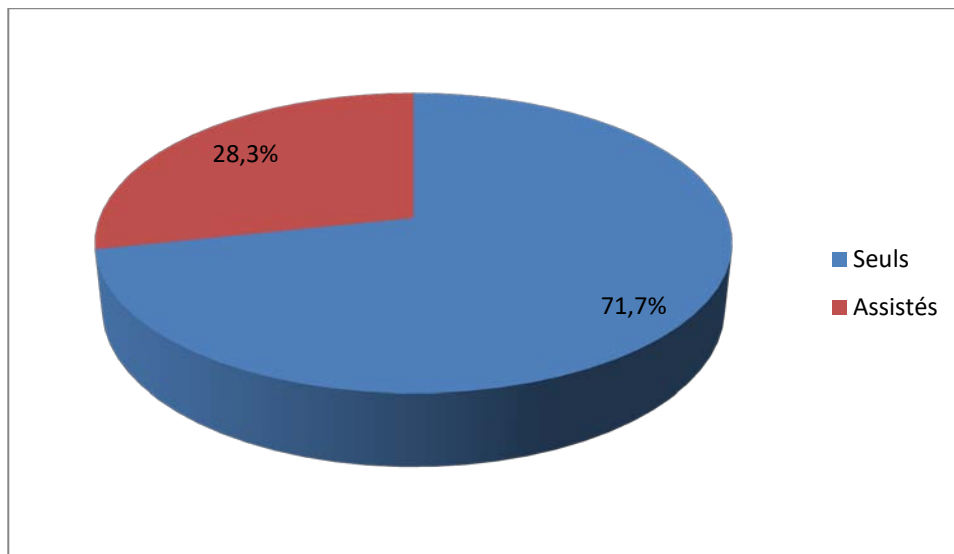


Figure28: Répartition des patients selon l'intimité lors de la TS

3.4. Lieu de TS :

– 72,5% (n=87) des TS étaient effectuées à domicile.

– A savoir que la moitié des TS faites à l'extérieur s'est déroulée en hospitalisation (12%).

(Figure29)

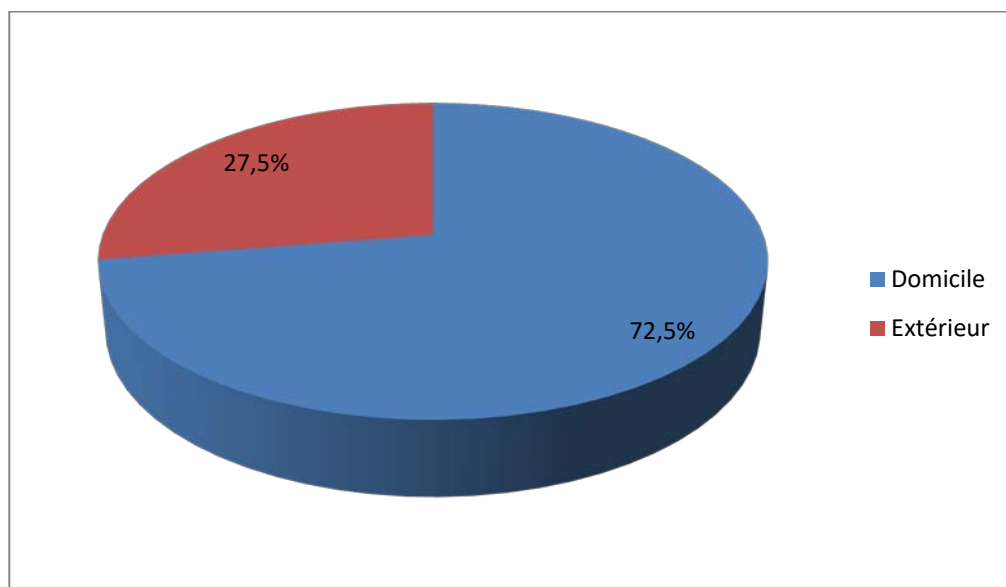


Figure29: Répartition des patients selon le lieu de la TS

3.5. Heure de TS :

40% (n=48) des TS étaient effectuées pendant la nuit. (Figure30)

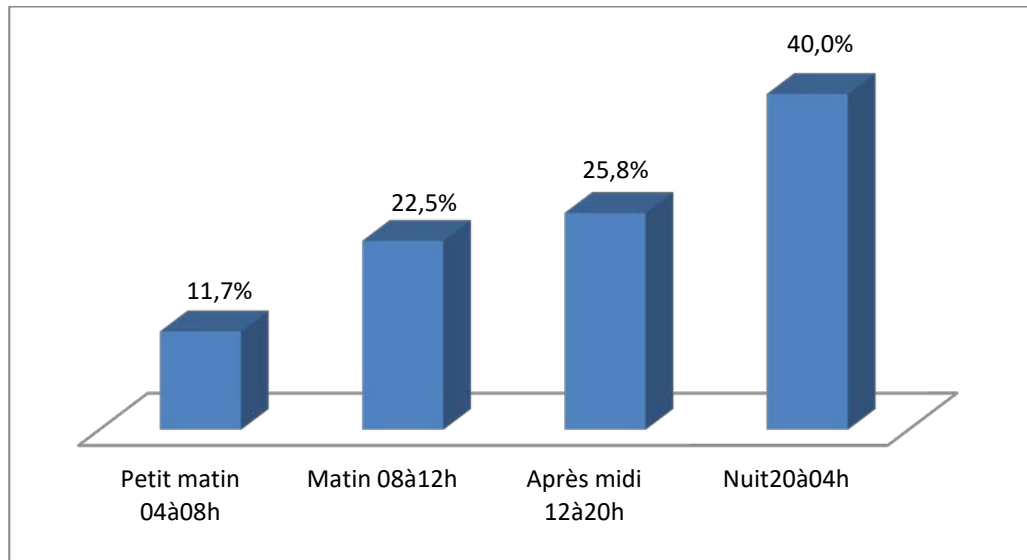


Figure 30: Répartition des patients selon l'heure de la TS

3.6. Saison de TS :

Le tiers (35,8%, n=43) des TS était effectué pendant l'automne. (Figure31)

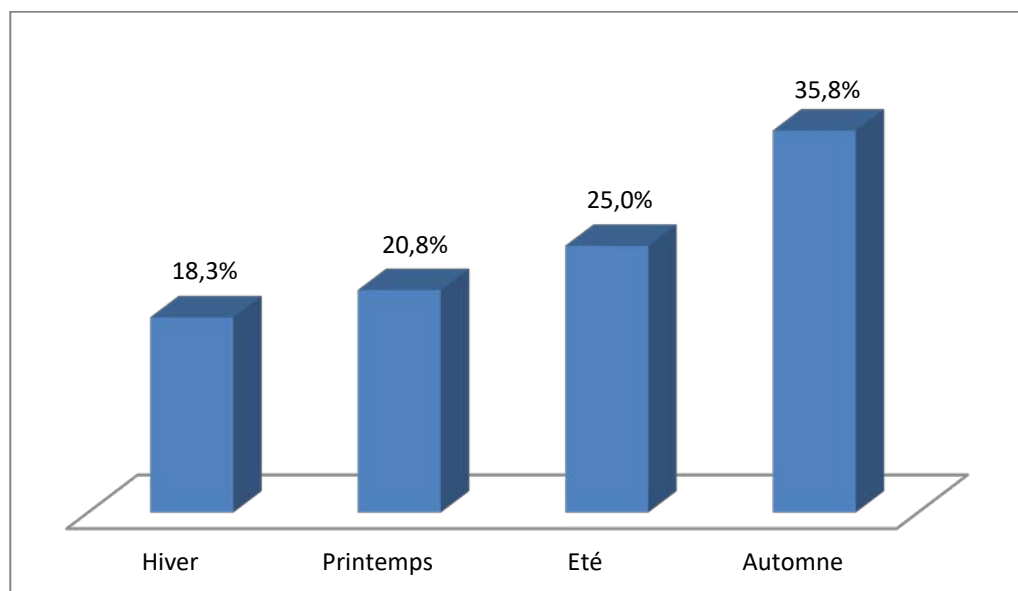


Figure 31: Répartition des patients selon la saison de la TS

3.7. Cadre de déroulement de l'acte :

42,5% (n=51) des TS étaient faites dans un cadre impulsif. (Figure32)

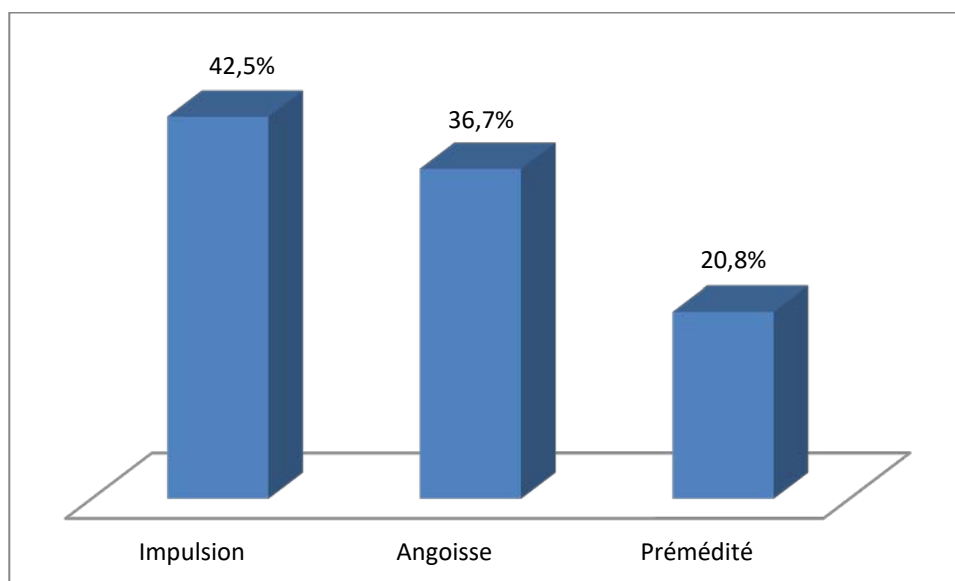


Figure 32: Répartition des patients selon le cadre de déroulement de la TS

3.8. Autres caractéristique des TS :

La caractéristique la plus représentée était la présence d'idéation suicidaire avant le passage à l'acte dans 85,8% (n=103). (Tableau VII)

Tableau VII: Répartition des patients selon d'autres caractéristiques de la TS :

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Idéation suicidaire avant l'acte suicidaire	103	85,8%
Divulgateion de l'intention suicidaire	49	40,8%
Demande de l'aide de l'entourage	8	6,7%

A savoir que les patients avaient divulgué l'intention suicidaire à un membre de la famille, au conjoint ou au médecin traitant.

3.9. Soins médicaux :

Dans les deux tiers des cas (n=82, soit 68,4%) des soins ambulatoires seuls étaient nécessaires. (Figure33)

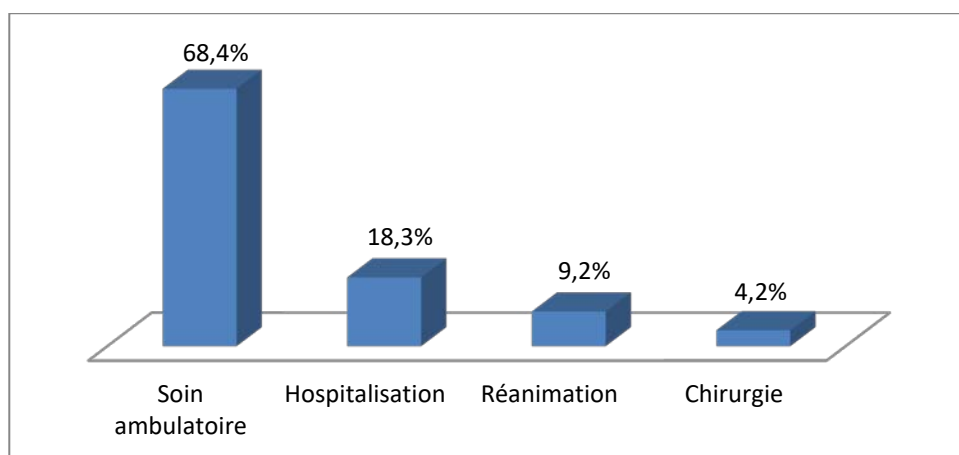


Figure 33: Répartition des patients selon les soins médicaux à la suite de la TS

3.10. Regrets et idée de refaire une autre TS :

Les 2/3 des patients (n=80, soit 66,7) avaient un sentiment de regret après l'acte suicidaire. (TableauVIII)

Tableau VIII: Répartition des patients selon le regret après la TS et l'idée de refaire une autre :

Critères	Effectif	Pourcentage
Regret après TS	80	66,7%
Idée de refaire une autre TS	45	37,5%

3.11. Intentionnalité suicidaire selon l'échelle de Beck :

La moitié des patients (n=63, soit 52,2%) avait une intentionnalité suicidaire élevée après la TS. (Figure34)

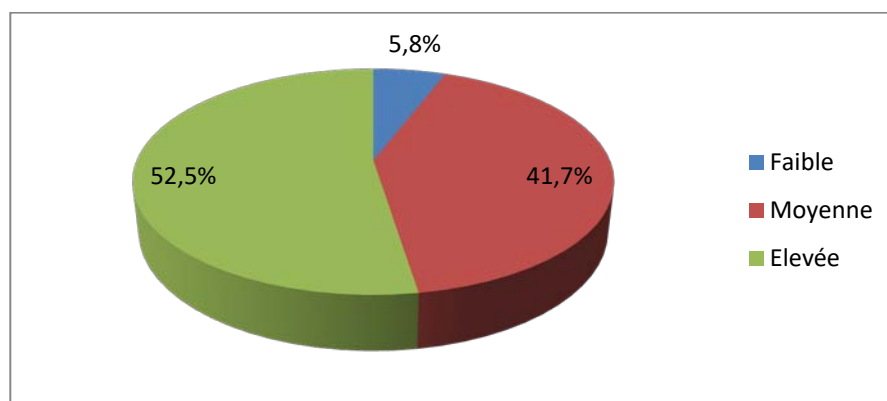


Figure 34: Répartition des patients selon l'intentionnalité suicidaire

Tableau récapitulatif III : Caractéristiques de la TS (acte suicidaire) :

Caractéristiques		Effectif	Pourcentage
Motif évoqué	Conflits familiaux/Conjugaux	42	35%
	Hallucination/délire	32	26,7%
	Sentiments négatifs	24	20%
	Difficulté professionnelle/Financière	12	10%
	Deuil	5	4,2%
Moyen utilisé	Phlébotomie	31	25,8%
	Auto-intoxication médicamenteuse	30	25%
	Défenestration	20	16,7%
	Pendaison	19	15,8%
	Autre auto-intoxication	10	8,3%
	Collision intentionnelle	7	5,8%
Auto-intoxication médicamenteuse	Antidépresseurs	11	36,7%
	Neuroleptiques	9	30%
	Anxiolytiques	4	13,3%
	Antiépileptiques	4	13,3%
Intimité	Seul	86	71,7%
	Assisté	34	28,3%
Lieu	Domicile	87	72,5%
	Extérieur	33	27,5%
Heure	Petit matin	14	11,7%
	Matin	27	22,5%
	Après midi	31	25,8%
	Nuit	48	40%
Saison	Hiver	22	18,3%
	Printemps	25	20,8%
	Eté	30	25%
	Automne	43	35,8%
Déroulement	Impulsion	51	42,5%
	Angoisse	44	36,7%
	Prémédité	25	20,8%
Idéation	Oui	103	85,8%
Divulgateion	Oui	49	40,8%
Demande de l'aide	Oui	8	6,7%
Soins médicaux	Soin ambulatoire	82	68,4%
	Hospitalisation	22	18,3%
	Réanimation	11	9,2%
	Chirurgie	5	4,2%
Regret après l'acte	Oui	80	66,7%
Idée de refaire l'acte	Oui	45	37,5%
Intentionnalité suicidaire	Faible	7	5,8%
	Moyenne	50	41,7%
	Elevée	63	52,5%

NB : Il est à noter l'admission de deux adolescents (une fille de 12 ans et un garçon de 14 ans) aux urgences psychiatriques de notre hôpital, qui ont fait une TS à cause du jeu « Défi de la Baleine Bleue ». Les deux patients ont été adressés à l'unité pédopsychiatrique au CHU de Casablanca. Ces deux cas étaient exclus de notre série par ce qu'ils ne répondaient pas à nos critères d'inclusion.

II. Analyse bivariée :

Après les résultats descriptifs, nous avons cherché certaines relations entre les différents variables.

Nous n'avons pas pu étudier le rapport entre d'autres variables car l'effectif minimal requis dans les attributs pour faire les analyses n'était pas atteint, en donnant des tests statistiques invalides.

1. Violence des moyens utilisés :

1.1. Selon l'âge :

Les patients ayant un âge compris entre 20 et 40 ans utilisaient plus des moyens violents ($p=0,430$). (Figure35)

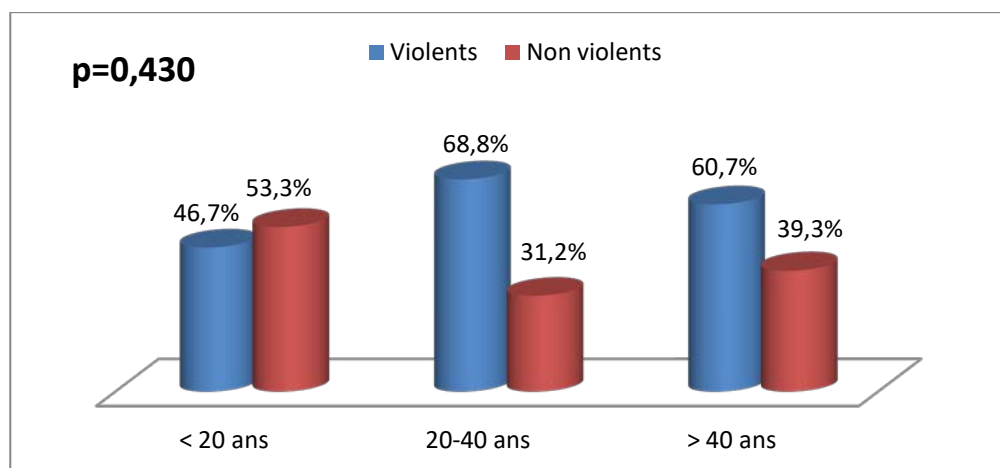


Figure 35: Analyse bivariée de la violence des moyens utilisés en fonction de l'âge

1.2. Selon le sexe :

L'utilisation des moyens violents était très importante chez les patients de sexe masculin ($p=0,076$). (Figure36)

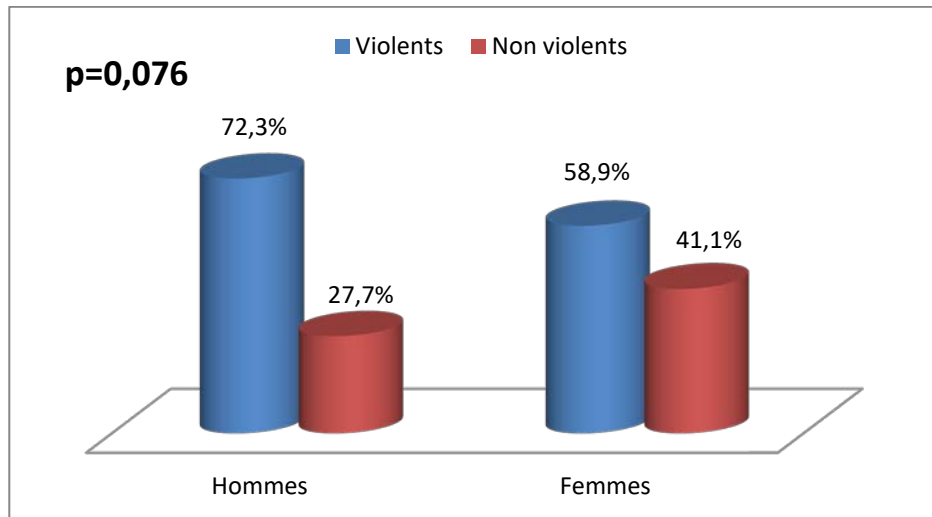


Figure 36: Analyse bivariée de la violence des moyens utilisés en fonction du sexe

1.3. Selon la scolarisation :

La différence entre les patients scolarisés et non scolarisés utilisant des moyens violents n'était pas significative ($p=1$). (Figure37)

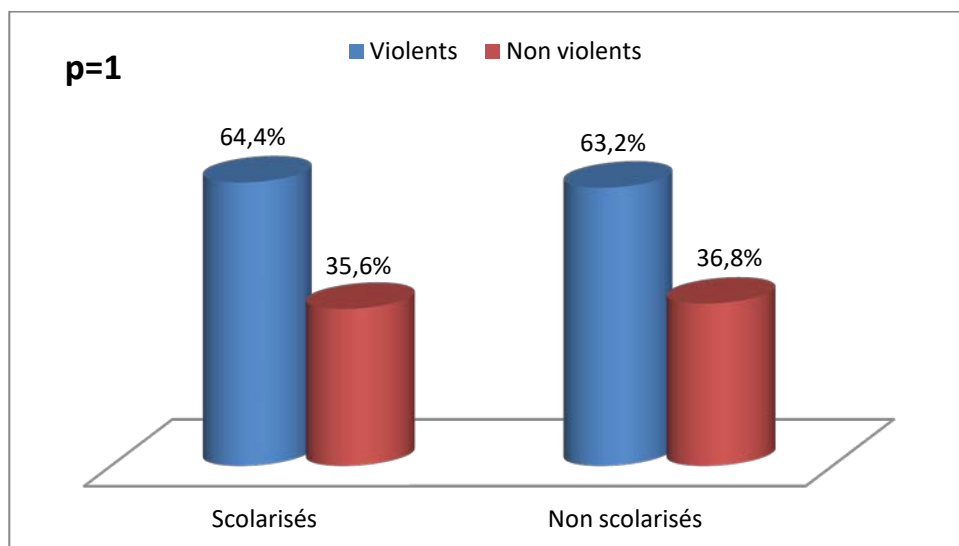


Figure 37: Analyse bivariée de la violence des moyens utilisés en fonction de la scolarisation

1.4. Selon le trouble psychiatrique :

Le recours aux moyens violents était légèrement plus important chez les patients psychotiques ($p=0,734$). (Figure38)

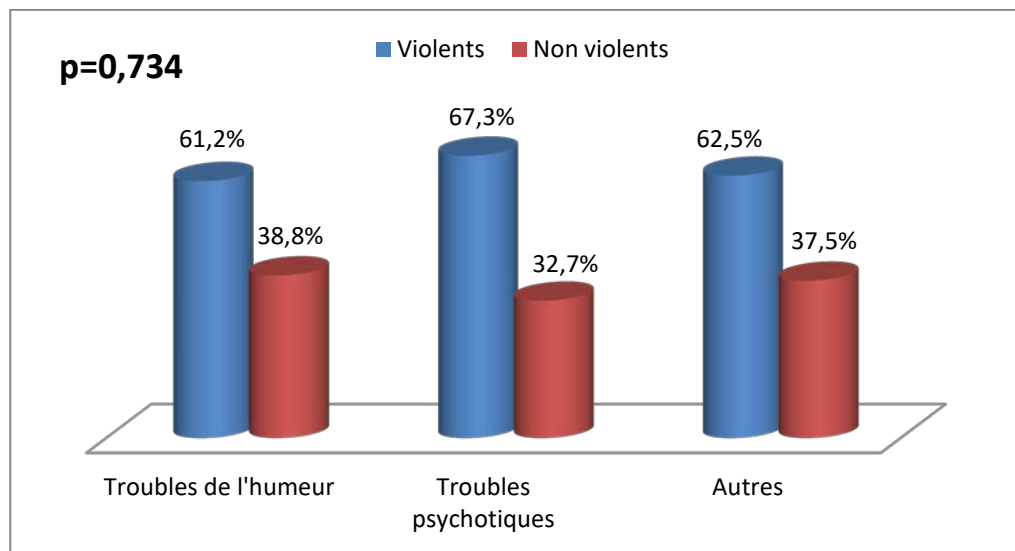


Figure 38: Analyse bivariée de la violence des moyens utilisés en fonction du trouble psychiatrique

1.5. Selon l'intentionnalité suicidaire:

Aucune différence n'a été trouvée entre l'intensité de l'intentionnalité suicidaire et la violence des moyens utilisés ($p=0,846$). (Figure39)

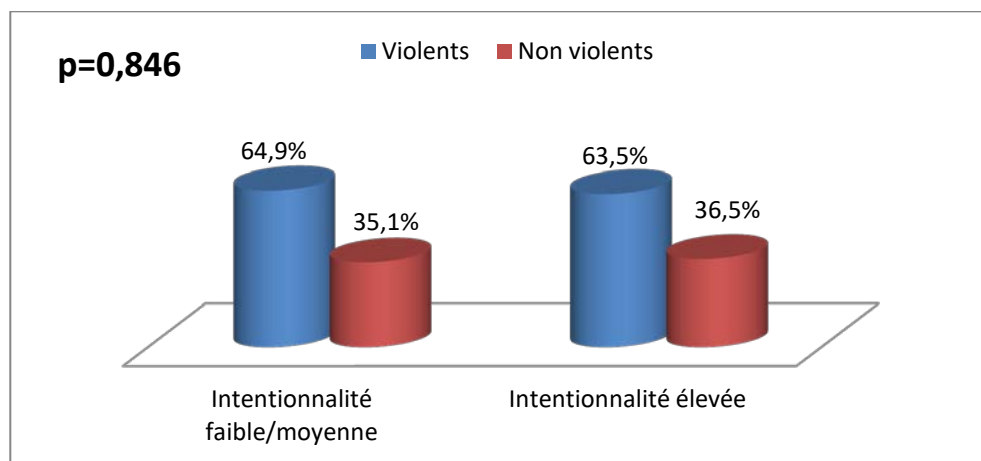


Figure 39: Analyse bivariée de la violence des moyens utilisés en fonction de l'intentionnalité suicidaire

1.6. Selon la planification :

Les patients ayant planifié l'acte suicidaire ont eu le moins recours à des moyens violents ($p=0,097$). (Figure40)

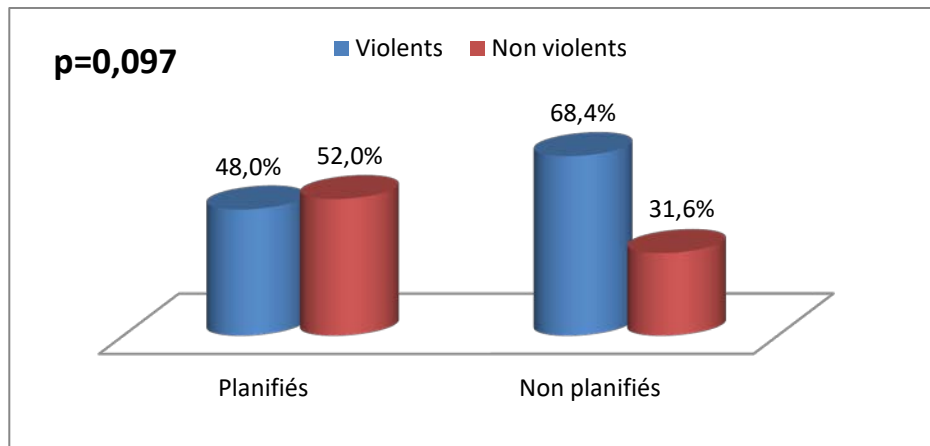


Figure 40: Analyse bivariée de la violence des moyens utilisés en fonction de la planification du geste suicidaire

2. Caractère récidiviste :

2.1. Selon l'âge :

La récurrence de la TS était plus importante chez les patients âgés de plus de 40 ans ($p=0,589$). (Figure41)

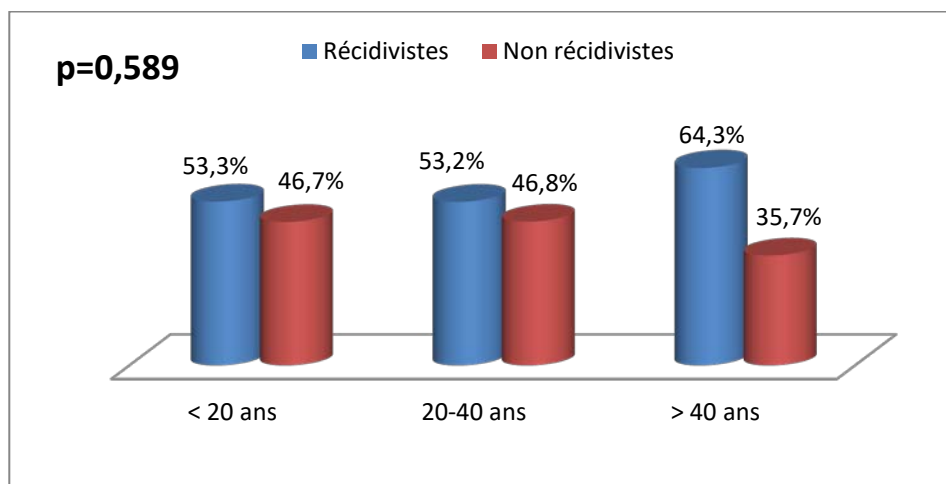


Figure 41: Analyse bivariée du caractère récidiviste en fonction de l'âge

2.2. Selon le sexe :

Le caractère récidiviste était très important chez les patients de sexe féminin ($p=0,024$). (Figure42)

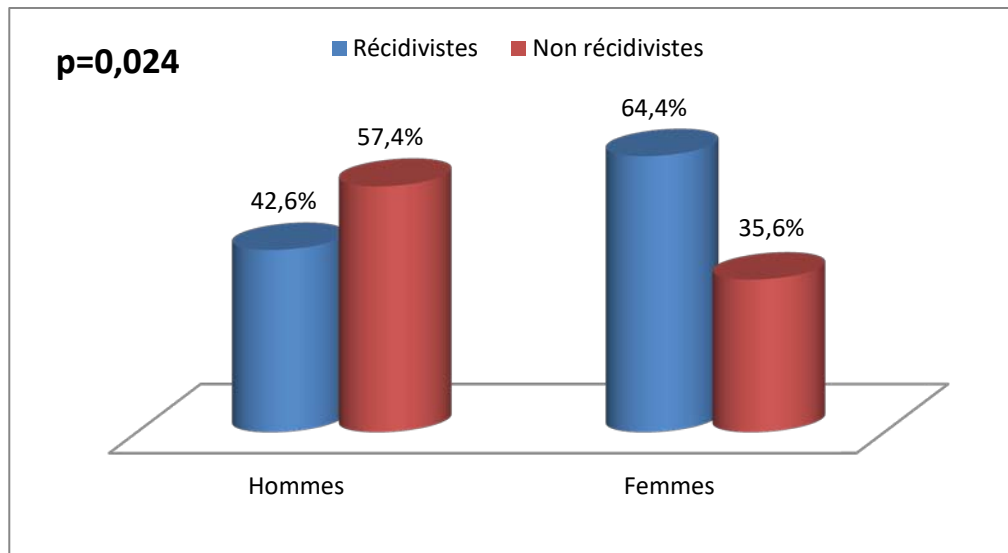


Figure 42: Analyse bivariée du caractère récidiviste en fonction du sexe

2.3. Selon le trouble psychiatrique :

Aucune différence n'a été trouvée entre les patients ayant un trouble de l'humeur et ceux ayant un trouble psychotique en terme de récurrence de la TS ($p=0,954$). (Figure43)

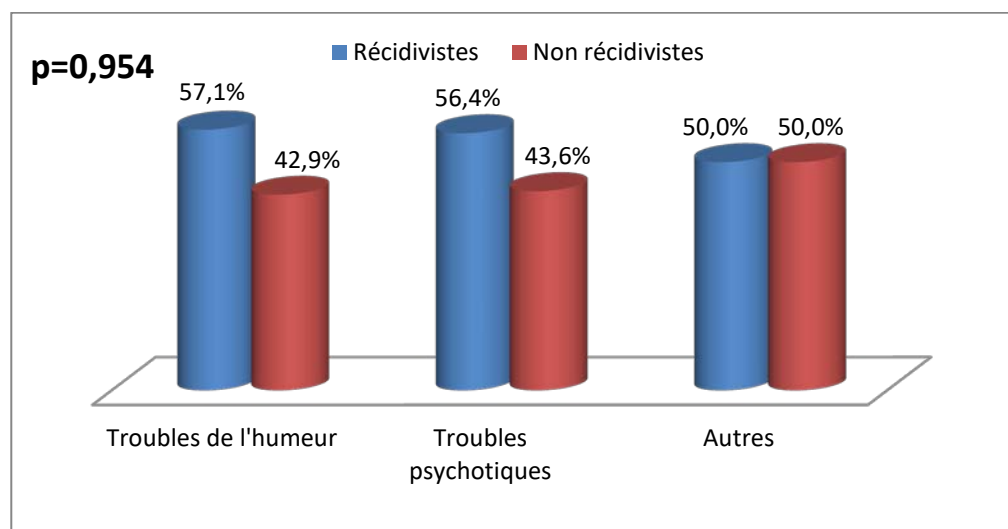


Figure 43: Analyse bivariée du caractère récidiviste en fonction du trouble psychiatrique

3. L'intentionnalité suicidaire selon l'échelle de Beck :

3.1. Selon le sexe :

L'intentionnalité suicidaire était plus élevée chez le sexe féminin ($p=0,193$). (Figure44)

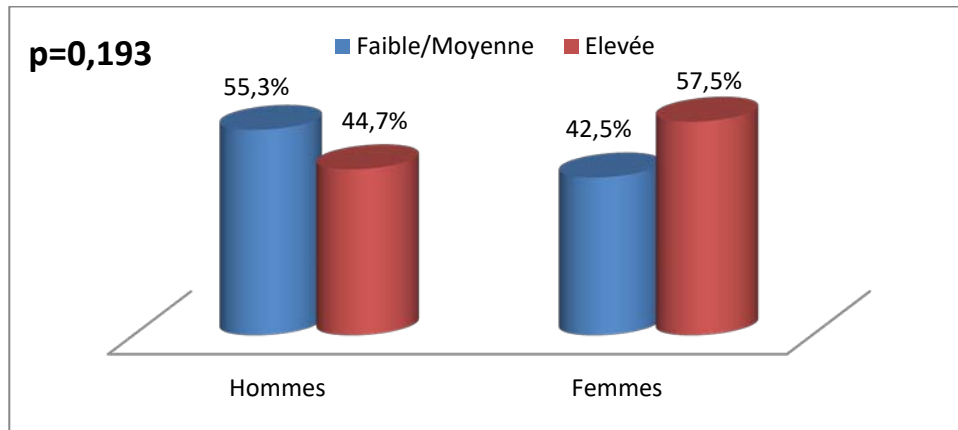


Figure 44: Analyse bivariée de l'intentionnalité suicidaire en fonction du sexe

3.2. Selon le trouble psychiatrique :

En terme de sévérité de l'intentionnalité suicidaire, aucune différence n'a été trouvée entre les patients ayant un trouble de l'humeur et ceux ayant un trouble psychotique ($p=0,850$). (Figure45)

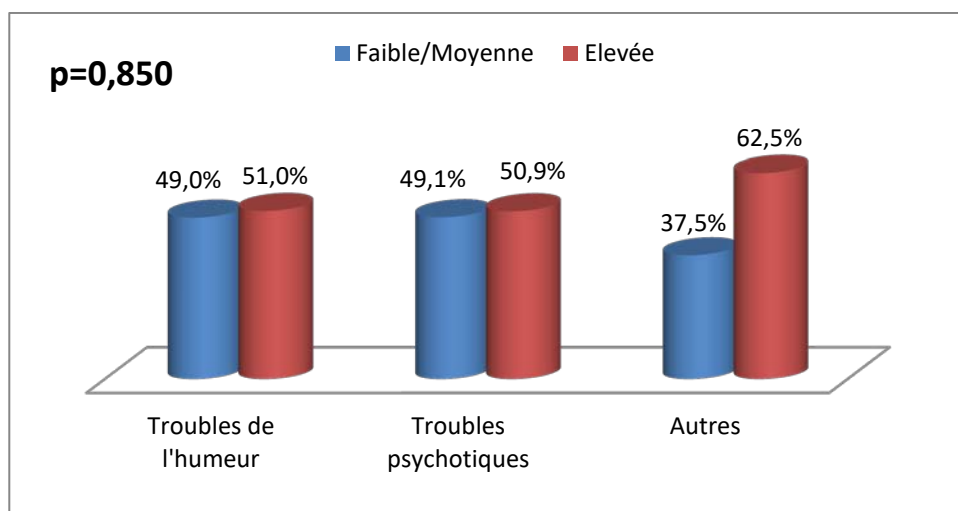


Figure 45: Analyse bivariée de l'intentionnalité suicidaire en fonction du trouble psychiatrique

4. Le regret après la TS selon le trouble psychiatrique :

En terme de regret après la TS, aucune différence n'a été trouvée entre les patients ayant un trouble de l'humeur et ceux ayant un trouble psychotique ($p=0,926$). (Figure46)

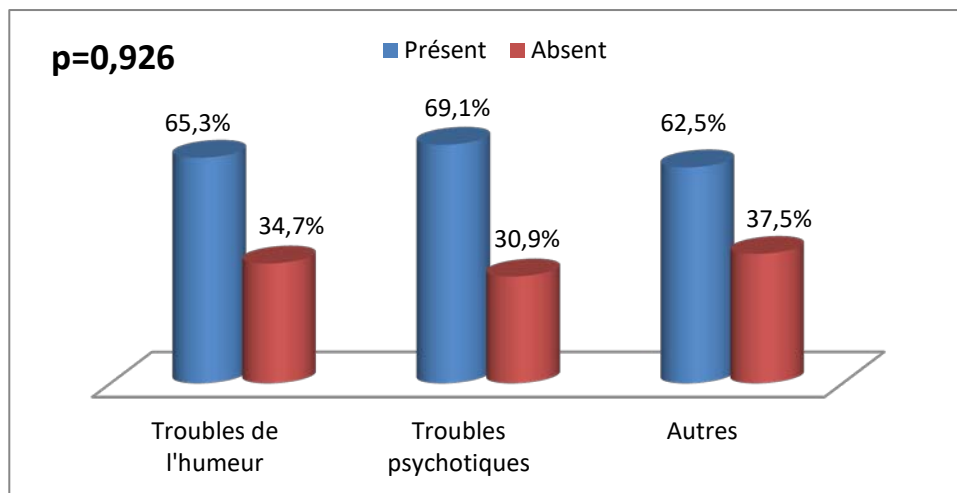


Figure 46: Analyse bivariée du regret après le geste en fonction du trouble psychiatrique

5. La planification de l'acte suicidaire selon le sexe :

La planification de l'acte suicidaire était plus importante chez le sexe féminin ($p=0,107$). (Figure47)

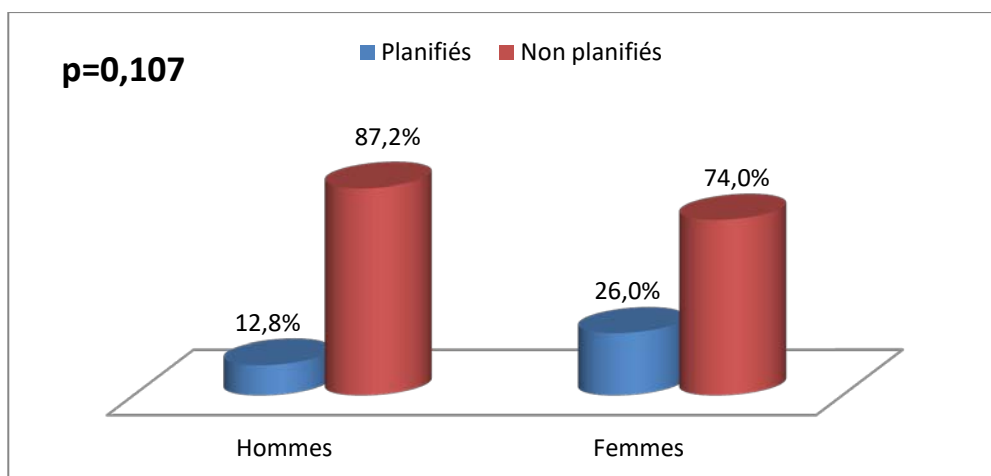


Figure 47: Analyse bivariée de la planification du geste en fonction du sexe

Tableau récapitulatif IV: Rapports importants trouvés dans notre étude :

Rapports	Signification (p)
le caractère récidiviste en fonction du sexe	0,024
la violence des moyens utilisés en fonction du sexe	0,076
la violence des moyens utilisés en fonction de la planification du geste	0,097
la planification du geste en fonction du sexe	0,107
l'intentionnalité suicidaire en fonction du sexe	0,193



DISCUSSION



I. Généralités :

1. Terminologie spécifique aux comportements suicidaires :

Le phénomène suicidaire est un sujet général contenant plusieurs situations de gravité différente allant de l'idée suicidaire, passant par la maturation de cet idée, la préparation d'un plan, l'obtention des moyens nécessaires, l'exécution incomplète de l'acte « tentative de suicide » et arrivant à l'exécution complète « suicide ». D'où l'intérêt, premièrement, de distinguer et définir les différents termes du phénomène suicidaire.

1.1. Le suicide :

Le suicide, identifié par l'Abbé Desfontaines comme le « meurtre de soi-même », témoigne d'une violence faite à soi-même. Or le terme « suicide » est sémantiquement étonnant : composé de « sui » (se, soi) et de « caedere » (tuer). [7] [8]

Durkheim définit le suicide comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ». [9] [10]

D'autre part, Schneidman parle de la notion de « l'autolyse » et « l'autodestruction » en définissant le suicide comme l'action par laquelle l'être humain se donne lui-même la mort. [11]

Malgré cette diversité de définitions, on trouve, en général, que tous ces auteurs ont la même orientation à propos du suicide comme un « meurtre de soi ». [12]

On parle de **mortalité suicidaire** et de **sujets suicidés**. En effet, le suicidé est le sujet qui s'est volontairement donné la mort. [10]

1.2. La tentative de suicide :

Selon la même conception de Durkheim, la tentative de suicide est l'acte ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en soit résultée. [9]

Pour être précis, le terme « suicide » devrait être réservé aux seuls événements qui ont conduit à la mort du sujet, et celui de « tentative de suicide » à ceux qui n'ont pas abouti à la mort (aussi appelé para suicide, par les Anglo-Saxons). Les recherches dans ce domaine se fondent principalement sur ces deux événements majeurs, qualifiés de gestes suicidaires dont l'issue est dramatiquement différente. Le degré de violence des moyens mis en œuvre est souvent avancé pour différencier des tentatives de suicide qualifiées de graves laissant des séquelles invalidantes, de tentatives qualifiées de légères « mineures » sans dommage important sur l'organisme (blessures superficielles...). [9] [13]

Elle est aussi définie comme tout acte fait consciemment par un individu dans le but de se suicider mais n'aboutissant pas à la mort. [14]

L'OMS a défini la tentative de suicide comme « un Acte sans issue fatale, réalisé volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui » [15], et aussi « tout geste ponctuel, auto agressif et volontaire, mettant en œuvre des méthodes pouvant potentiellement entraîner la mort, mais dont les conséquences somatiques effectives restent relativement limitées ». [16]

On parle alors de **morbidité suicidaire** et de **sujets suicidants**. Alors, le suicidant est le sujet qui a commis un geste suicidaire non léthal, ou d'une autre manière qui a effectué une TS.

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 ». [9]

1.3. Les idées suicidaires (ou idéations suicidaires) :

Une idée de se suicider correspond à l'idée de mettre fin à ses jours, plus ou moins intense et élaborée. [17]

Les idéations suicidaires sont les idées selon lesquelles le suicide pourrait constituer une solution à la situation ou bien à la douleur morale et à la détresse dans laquelle la personne se trouve et qu'elle juge insupportables. [18]

Ce sont des pensées de se donner la mort, qui correspondent à des constructions imaginaires de scénario, sans passage à l'acte [16]. Donc, le **suicidaire** est un sujet qui a des idées suicidaires, on peut dire aussi que c'est le sujet qui risque d'attenter à sa propre vie. [18]

1.4. La crise suicidaire :

La crise suicidaire se définit comme un moment de rupture des équilibres psychiques, d'invasion par une angoisse déstructurante, débordant les mécanismes de défenses habituels du sujet. Le passage à l'acte suicidaire constitue dans ce contexte l'un des moyens de réduire la tension, le sujet ne pouvant choisir entre l'identification à une position de victime et celle d'agresseur, et se décidant finalement à être les deux. [9]

C'est une crise psychique qui peut durer 6 à 8 semaines et dont le risque majeur est le suicide. Son repérage est indispensable afin de prévenir le passage à l'acte suicidaire, spécialement chez un sujet "à risque". [4]

1.5. La menace suicidaire :

La menace suicidaire est une volonté de suicide clairement exprimée oralement, par écrit, ou par tout autre moyen de communication. Elle se situe entre les idées suicidaires et le passage à l'acte. [19]

1.6. Les équivalents suicidaires :

Un équivalent suicidaire est une conduite ou un comportement où la prise de risque est importante même sans intention suicidaire exprimée. L'existence d'équivalents suicidaires n'empêche pas une réelle tentative de suicide, et fait même partie des facteurs favorisants. [17]

Les équivalents suicidaires recouvrent différentes situations qu'on peut regrouper en deux catégories :

- Refus alimentaire ou de soins au cours de maladies graves.
- Événements à risque extrême tels que les conduites addictives abusives, les pratiques sexuelles à risque et les conduites de véhicule à risque. [17]

1.7. L'attentat-suicide :

Un attentat-suicide est un type d'attaque dont la réalisation implique la mort intentionnelle de son auteur. Il est le plus souvent organisé par des groupes militaires ou paramilitaires dans le but de déstabiliser ses ennemis. On utilise également le terme de « bombe humaine » ou « kamikaze ». [19]

1.8. Euthanasie :

L'euthanasie est un terme grec ancien : « bonne mort », il désigne le fait d'avoir une mort douce, que cette mort soit naturelle ou provoquée.

L'euthanasie est décrite comme une pratique visant à provoquer par une personne le décès d'un individu atteint d'une maladie incurable qui lui inflige des souffrances morales ou physiques intolérables, particulièrement par un médecin ou sous son contrôle.

Les lois de la plupart des pays du monde l'interdisent avec quelques exceptions. [20]

1.9. Suicide assisté :

Le suicide assisté ou « aide au suicide » désigne l'acte de fournir un environnement et des moyens nécessaires à une personne pour qu'elle se suicide. IL est différent de l'euthanasie puisque c'est le patient lui-même qui déclenche sa mort et non un tiers. Le but de ce suicide est de mettre un terme à des souffrances jugées intolérables.

Un petit nombre de pays ont légalisé certaines formes d'aide au suicide, dans un cadre médicalisé et réglementé. [20]

1.10. La suicidologie :

La suicidologie est définie comme étant la « science » qui étudie le phénomène suicidaire ainsi que les comportements autodestructeurs. Plusieurs domaines et disciplines sont impliqués en suicidologie, les deux principaux étant la psychologie et la sociologie.

Edwin S. Schneidman est considéré comme le père de la suicidologie en tant que science interdisciplinaire ayant pour objectif de comprendre et de prévenir le suicide. [21]

2. Comportement suicidaire selon le DSM-5 :

Le "trouble conduite suicidaire" a finalement fait son apparition dans les catégories DSM-5 « Affections proposées pour des études supplémentaires » nécessitant plus d'études. Il s'agit d'un premier pas vers la reconnaissance d'une spécificité des comportements suicidaires. Ce trouble est défini par l'existence d'une tentative de suicide dans les 2 ans. Il est distingué des idées de suicide, des automutilations réalisées dans le seul but de soulager des émotions négatives et sans intention de mourir, et des actes se déroulant dans un contexte de confusion ou pour des motifs politiques ou religieux. [22]

3. Epidémiologie des tentatives de suicide :

Etant donné que le suicide est un sujet tabou et parfois même considéré comme illégal dans certains pays, il est susceptible de faire l'objet d'une sous-notification. Dans les pays dotés d'un système d'enregistrement de l'état civil efficace, il n'est pas rare que le suicide soit classé à tort dans les catégories « accidents » ou « autres causes de décès ». L'enregistrement du suicide est une procédure complexe impliquant différentes autorités et notamment les services de police. Dans les pays ne disposant pas d'un système d'enregistrement efficace, les suicides sont sous documentés.

3.1. Données nationales :

Le suicide reste un sujet tabou au Maroc, interdit par la religion, désapprouvé par la communauté et peu d'études ont été menées à propos de ce sujet.

En effet le nombre exact des suicides et tentatives de suicide n'est pas disponible officiellement car les statistiques sont difficiles à obtenir.

En attendant que l'État se décide sérieusement à enquêter sur le phénomène suicidaire, à rendre publique les chiffres et à donner des explications plausibles, nous rapportons ici les statistiques de l'OMS.

En 2014, selon le rapport de l'OMS, 1628 Marocains ont mis fin à leurs jours en 2012. Au royaume, le phénomène touche davantage les hommes que les femmes. Selon les estimations de l'OMS, ils ont été 1430 hommes à suicider durant la même année, contre 198 femmes.

Ce rapport, qui vise aussi à intégrer la prévention du suicide dans les priorités mondiales de santé publique, indique que le taux de suicide a augmenté de 97,8% au Maroc entre les années 2000 et 2012. [1]

Au Centre anti-poison et de pharmacovigilance du Maroc (CAPM), entre 2007 et 2012, l'Unité de toxicovigilance a réalisé une étude rétrospective portant sur les cas d'intoxications par les psycholeptiques. Durant cette période d'étude, 636 cas d'intoxications ont été recensés, et les circonstances sont volontaires dans 61 % des cas, dont le suicide et les tentatives de suicide représentant 58,9 % des cas. [23]

3.2. Données internationales :

a. À l'échelle mondiale :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère le suicide comme un problème de santé publique énorme mais en grande partie évitable.

Selon l'OMS : Plus de 800 000 personnes par an meurent en se suicidant et le nombre des tentatives de suicide est encore beaucoup plus élevé. En outre, toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde. Ces décès peuvent intervenir à n'importe quel âge de la vie. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Toutefois, les comportements suicidaires touchent particulièrement les jeunes de 15 à 29 ans, chez qui ils constituent la deuxième cause de mortalité à l'échelle mondiale. [1] [24]

Le rapport de l'OMS 2012 a dégagé les statistiques suivantes :

L'Asie du Sud-est est la région la plus durement touchée, avec un taux de 17,7 pour 100000 habitants.

À l'échelle européenne le taux de décès par suicide se situe à 11,7 pour 100000 habitants.

Dans la Région africaine le taux de suicide était, après les estimations, proche de la moyenne mondiale de 11,4 pour 100 000 habitants. En comparant les chiffres de l'année 2000 avec ceux de l'année 2012, on constate une augmentation de 38% des taux de suicide dans cette Région.

En Amérique et en moyen orient, les taux de suicide sont les plus faibles. En effet, l'Arabie Saoudite est considérée comme le pays le moins touché dans le monde avec un taux de 0,4 pour 100 000 habitants. [1]

Tableau IX : les 10 premiers pays du monde classés suivant le nombre moyen des suicides par rapport à la population générale : Statistiques de l'OMS (septembre 2014) [1]

Rang	Pays	Nombre moyen de suicides pour 100 000 habitants par an	
		L'année 2000	L'année 2012
1	Guyana	48,3	44,2
2	Corée du Nord	47,3	38,5
3	Corée du Sud	13,5	28,9
4	Sri Lanka	52,7	28,8
5	Lituanie	44,9	28,2
6	Suriname	19,8	27,8
7	Mozambique	24,6	27,4
8	Népal	33,5	24,9
9	Tanzanie	23,8	24,9
10	Kazakhstan	37,6	23,8

b. Statistiques en France :

En 2012, 9 715 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 10%, on compterait, après correction, 10 686 décès. [25]

Le taux de décès pour 100 000 habitants est de 16,7 avec un pourcentage de mortalité totale de 1,74%. [25]

Globalement, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps : 17 % entre 2002 et 2012. [25]

En 2013, 78 980 patients ont été hospitalisés en services de médecine, chirurgie et obstétrique après une tentative de suicide. [26]

En 2017, 9033 décès par suicide ont été enregistrés en France entière et 8879 en France métropolitaine ; en moyenne 25 décès par jour en France. [27]

Par ailleurs, parmi 200.000 tentatives de suicide, 91.745 ont été hospitalisées en médecine et chirurgie, cela correspond à un taux d'hospitalisation de 159 pour 100.000 habitants. [28]

4. Aspects historiques, socioculturels et religieux :

4.1. Profil historique :

Le phénomène suicidaire a toujours existé, mais, notre compréhension de ce phénomène n'était pas la même à travers les âges, on note une évolution concernant le concept du suicide dans le temps et selon les civilisations.

En Chine, le suicide survint dans deux circonstances : la recherche de la perfection ou la fuite devant l'ennemi. Parfois, les réactions suicidaires étaient massives. Par exemple, après la mort de Confucius, 500 de ses disciples se précipitèrent dans la mer pour protester contre la destruction de ses livres. [29]

Les hindous et les jaïns utilisèrent une pratique appelée «prayopavesha». Il s'agit d'une résolution de mourir par le jeûne. Ce suicide fut permis dans le cas de maladies en phase terminale ou chez les sujets souffrant d'un lourd handicap. [29]

Au Japon, le seppuku, littéralement « coupure au ventre » ou hara-kiri est une forme rituelle de suicide masculin par éviscération dans la classe des samouraïs pour rendre hommage à leur maître. Ainsi, les femmes nobles ou épouses de samouraïs pratiquaient le jigai, une forme de suicide consistant à se trancher la gorge avec un poignard. [30]

En Égypte, on décrivait la délivrance à la mort. Les partisans allaient jusqu'à se grouper pour se suicider collectivement avec les moyens les plus agréables. Ainsi, la reine Cléopâtre VII, la dernière des Ptolémées, s'est suicidée pour ne pas être humiliée en public lors du triomphe d'Octave à Rome, après qu'elle eut échoué sa tentative de maintenir l'Égypte indépendante. [29]

En France en 1838, le médecin Jean-Étienne Esquirol considère que la réaction suicidaire est tellement répandue chez les personnes souffrant de maladies mentales, qu'elle peut être considérée comme un symptôme psychopathologique. L'instinct de conservation est considéré comme normal et son altération est considérée comme un signe d'une pathologie. Cette théorie est reprise par la grande majorité des psychiatres. Pour certains auteurs, les suicidants ne sont pas forcément tous des malades, néanmoins, lors de l'acte suicidaire, ils se trouvent dans un état émotionnel ou affectif pathologique. [31]

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. [32]

L'acte de suicide en lui-même a été l'objet d'une évolution des idées en terme «d'acceptation » ou « de condamnation ». [32]

En Grèce, Aristote condamna le geste suicidaire, qualifié d'acte de lâcheté face aux difficultés de la vie, assimilant le suicide à un soldat déserteur. [32]

Ainsi, Platon avait une position plus nuancée, admettant des exceptions comme le cas de la maladie douloureuse et incurable. [32]

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. [32]

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. [31]

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

4.2. Approche sociologique (Durkheim et Halbwachs) :

En 1897, Durkheim (fondateur de la sociologie française) a instauré une méthodologie opposée à l'approche psychiatrique. Il défend l'idée que la désintégration sociale est la cause première véritable du suicide. Il a cherché à montrer que le suicide pouvait se comprendre sociologiquement, c'est-à-dire détaché de l'individu. Il montre ainsi que c'est en comprenant une société que l'on comprend le suicide. Son hypothèse sociologique affirmerait que c'est la société qui contraint les individus à se suicider: « Chaque société est prédisposée à livrer un contingent déterminé de morts volontaires ». [10]

En effet, le suicide est une conséquence possible d'un échec du processus de socialisation. Cette défaillance peut résulter d'un excès (l'individu se sacrifie pour son groupe) ou d'un défaut (isolement, perte des repères) de la socialisation. Sont protégés du suicide ceux qui sont intégrés dans des liens sociaux issus notamment de leurs groupes d'appartenance (leur famille, leur communauté religieuse, leurs amis), tout comme ceux qui ne poursuivent pas des buts inaccessibles (parce que disproportionnés aux moyens dont ils disposent). [10] [33]

Inspiré des travaux de Durkheim, le sociologue Maurice Halbwachs interprète également les taux de suicide dans le contexte général des sociétés et civilisations, parlant de «courants collectifs suicidogènes» qui agissent de plusieurs façons :

- suicide égoïste : par une désintégration du groupe social, une carence de liens sociaux et une individualisation trop poussée.
- suicide altruiste : par une sur-intégration sociale et une intégration sociale forte au point de méconnaître l'individualité (Le militaire qui se donne la mort à l'issue d'une bataille perdue en constitue un exemple).
- suicide anémique : par une dislocation du groupe social, insuffisance de cohésion sociale et un manque de régulation (en cas de crises politiques ou économiques).

- **suicide fataliste** : par un excès de réglementation sociale et une régulation excessive (chez les esclaves en particulier). [10]

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

4.3. Profil religieux

Le suicide est traditionnellement un acte condamné dans le cadre des religions monothéistes. En effet, si le fait de se suicider est d'abord un acte qui va contre soi-même, l'« appartenance » de la destinée de l'homme à Dieu fait que cet acte devient une rupture de la relation spécifique entre l'homme et Dieu et un acte allant contre la souveraineté de Dieu. [34]

a. Islam et suicide :

L'islam interdit le suicide, car il n'est pas permis au croyant musulman de porter atteinte à son corps ni de penser qu'il peut décider lui-même de la fin de sa vie, car la mort survient à une date prédéfinie divinement pour chacun. [35]

On retrouve, dans le coran le verset suivant: «Ne tuez pas vos personne ! Dieu vous est Miséricordieux ! Qui par agressivité et iniquité commettrait ce crime, Nous le ferons bruler au feu. C'est pour Dieu bien facile» (Coran, 4 :29-30). [35]

Celui qui se suicide a commis un crime horrible et un grand péché, il est rapporté dans les deux recueils de hadiths authentiques, d'après ABOU HOUREIRAH (qu'Allah soit satisfait de son âme) que le prophète (q' Allah prie sur lui et le salue) dit: «Quiconque se précipite du haut d'une montagne et se tue sera jeté dans la géhenne où il ne cessera de dégringoler éternellement. Quiconque se tue à l'aide d'un poison gardera ce poison éternellement en enfer. Quiconque se tue à l'aide d'une lame, celle-ci restera da sa main et plongée dans son ventre en enfer où il restera éternellement». (Rapporté par Boukhari, 5778) [36]

b. Christianisme et le suicide :

Dans les dix commandements de la Bible il est dit : «tu ne tueras point » (Exode 20 :13). Le suicide est gravement contraire à la justice à l'espérance et à la charité. Il constitue un meurtre.

- Chez les protestants : la particularité du suicide est qu'il n'y a évidemment pas de possibilité de repentir et de foi. La grâce de Dieu n'a plus de moyen d'agir.

Le suicide est donc un déni de la grâce de dieu, un refus de la possibilité que l'amour de Dieu puisse réparer une vie.

- Chez les catholiques : le suicide est considéré comme un péché grave sauf chez les «fous» ou les victimes d'un « grand chagrin » selon le premier concile Baraga qui s'est tenu vers 561. [37]

c. Judaïsme et le suicide :

L'homme n'est pas habilité à porter atteinte à soi-même, la vie étant un don divin sacré dont on ne dispose pas. La Tora proclame : « Votre sang, partie de vous-même, j'en demanderai compte » (La Genèse, chapitre 9). « Tu ne tueras point » est l'une des dix paroles de Yahvé à Moïse. Le judaïsme interdit donc le suicide et les rites mortuaires aux suicidés. [37]

4.4. Aspect culturel :

Le suicide est perçu assez différemment selon les cultures ; si dans les sociétés occidentales, il a longtemps été considéré comme immoral et déshonorant, il est dans d'autres sociétés justement le moyen de recouvrer un honneur perdu. Les facteurs culturels jouent un rôle très important dans les variations nationales et régionales du taux de suicide.

Beachler, s'attache essentiellement au motif du geste, à savoir le scénario liant le sujet à la société dans laquelle il vit. Il décrit ainsi différents types de suicide : Le suicide oblatif ou sacrificiel, le suicide ludique, dans lequel la vie se joue comme à la roulette russe, et le suicide escapist, ou la notion de fuite est essentielle pour échapper à la perte d'un être cher (situation de veuvage), où à une douleur physique ou psychique. [38]

En Chine : le suicide n'a jamais été strictement interdit ou stigmatisé. Il est au contraire considéré comme une tradition respectable pour protéger sa dignité. Seuls les suicides réalisés par des personnes indemnes de troubles psychiques sont des suicides typiques. Une personne souffrant de troubles psychiques qui se tue ne suicide pas : C'est un « accident ». [38]

Au Japon : Dans le Japon traditionnel, la religion, le « shinto » a une position plutôt ambivalente face au suicide. Tout en le condamnant, car cette religion prône le respect de la vie transmise par les ancêtres et donnée par la nature. Les traditionnels suicides pour l'honneur sont bien ancrés dans la culture japonaise, tel le Seppuku des Samouraïs (suicide rituel par éviscération pour mourir dans l'honneur et éviter de tomber dans les mains de l'ennemi). Le suicide pratiqué à la mort de son supérieur est appelé Junshi. Actuellement les méthodes de suicide utilisées au Japon sont très proches de celles utilisées dans les pays occidentaux. [38]

En Afrique : Le mode de vie traditionnel fondé plus sur la communauté que sur l'individu et la dimension pragmatique de la religion a une influence protectrice considérable sur ce continent. [38]

5. Neurobiologie des conduites suicidaires :

En neurochimie, les recherches ont montré un ensemble d'anomalies du système de la sérotonine ayant été associées à la vulnérabilité suicidaire. Le dysfonctionnement sérotoninergique a été initialement mis en cause dans la physiopathologie de la dépression. Puis les études des marqueurs biologiques de la dépression ont abouti à l'observation que ce dysfonctionnement serait en fait lié à l'existence d'antécédents de tentative de suicide chez les patients déprimés. En effet, des taux abaissés dans le liquide céphalorachidien du principal métabolite de la sérotonine, l'acide 5-hydroxy-indole acétique (5-HIAA), ont été mis en évidence chez les patients déprimés ayant fait une TS par rapport aux déprimés sans antécédent de TS. Les taux bas de 5-HIAA pourraient constituer un marqueur biochimique prédictif de la survenue de future tentative de suicide ou également de suicide. [30]

Un autre indice du fonctionnement sérotoninergique est fourni par le dosage des taux de la prolactine en réponse à une administration de la fenfluramine. Chez les sujets ayant des antécédents de TS, la réponse à ce test est diminuée par rapport aux sujets sans antécédent de TS. [30]

Le dysfonctionnement sérotoninergique est associé aux traits de personnalité tels que l'agressivité et l'impulsivité (l'insuffisance du contrôle des impulsions et des comportements violents) ainsi qu'aux tentatives de suicide violentes ou létales. Ces résultats ont été solidarisés par des données venant de plusieurs domaines en neurochimie et en neurobiologie sur l'Homme et sur des modèles animaux. [39]

Les auteurs concluent donc qu'il est possible que les personnes avec une activité sérotoninergique moins importante au niveau du cortex préfrontal soient plus enclines à agir de manière impulsive et auto agressive lorsqu'elles sont exposées à des événements stressants, ce qui pourrait aboutir à un passage à l'acte suicidaire. [30]

D'une autre part, les études post-mortem de cerveau de sujets décédés par suicide ont permis d'observer une diminution du nombre de transporteurs de la sérotonine et une augmentation des récepteurs post-synaptiques tout particulièrement au niveau de la partie ventromédiane du cortex préfrontal. Les anomalies retrouvées au niveau de cette région indiquent un rôle clé du cerveau dans la vulnérabilité suicidaire. Les auteurs ont évoqué également que cette région du cerveau est impliquée dans l'inhibition comportementale et cognitive et que les lésions situées à ce niveau entraînant une désinhibition. [30]

Les systèmes noradrénergique et dopaminergique, bien que largement moins étudiés, sont également perturbés dans les conduites suicidaires. Les indices évocateurs d'un dysfonctionnement du système noradrénergique pourraient refléter l'effet du stress. Ainsi, l'hyperactivité corticale occasionnant une libération de noradrénaline en réponse au stress entraînerait une déplétion noradrénergique induisant en retour une augmentation du nombre de récepteurs alpha2 et de l'activité de la tyrosine-hydroxylase, enzyme de synthèse de la noradrénaline. [30]

Par ailleurs, des études ont montré la présence de quelques anomalies en IRM structurale qui pourraient être associées à l'histoire de tentative de suicide chez les sujets déprimés unipolaires : des hyper signaux dans les substances blanches et grises, une réduction de la substance grise au niveau du cortex orbitofrontal et une augmentation de volume de l'amygdale droite. [40]

En effet, le développement de la neuropsychologie permet de mieux appréhender les mécanismes cérébraux mis en cause dans la vulnérabilité suicidaire, indépendamment de la dépression. Par exemple, il a été montré récemment que les sujets suicidants présentaient des anomalies de « prise de décision », renforçant l'hypothèse de l'existence d'un dysfonctionnement du cortex préfrontal ventromédian chez ces sujets. Les progrès de l'imagerie cérébrale et de ses applications en psychiatrie tentent actuellement d'objectiver les modes d'activation des différentes régions cérébrales mises en jeu dans les processus suicidaires, ainsi que le rôle des différents systèmes de neurotransmission in vivo. [30]

6. Approche génétique, environnement et réactivité au stress :

Les études de génétique épidémiologique suggèrent l'existence d'un facteur de vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires. Cette vulnérabilité est commune aux tentatives de suicide et au suicide qui représentent un même phénotype (passage à l'acte) contrairement à l'idéation suicidaire qui représente un autre processus. Elle est spécifique et indépendante de la vulnérabilité aux troubles psychiatriques. Cela renforce l'idée selon laquelle l'existence d'un trouble psychiatrique est une condition nécessaire mais non suffisante à la survenue d'une conduite suicidaire et que la présence d'une vulnérabilité spécifique à ces conduites soit nécessaire pour sa survenue. [30]

L'importance du rôle de l'activité sérotoninergique dans la vulnérabilité suicidaire et son contrôle génétique justifient d'étudier en priorité les gènes codant pour des protéines impliquées dans son métabolisme, spécifiquement le gène codant pour son enzyme de synthèse (la tryptophane-hydroxylase) et du gène codant pour son transport, en particulier dans les conduites suicidaires violentes et répétées. [30]

La composante génétique ne représente qu'une part de la vulnérabilité aux conduites suicidaires dans laquelle interviennent aussi de nombreux facteurs environnementaux. Ainsi, la maltraitance pendant l'enfance, qu'il s'agisse d'abus physiques, d'abus sexuels ou de

négligences, entraîne de façon persistante une diminution de l'activité sérotoninergique et une plus grande impulsivité, contribuant au risque suicidaire accru à l'âge adulte. [30]

Ainsi, tous les sujets victimes de maltraitance dans l'enfance ou bien soumis à des événements de vie négatifs ne sont pas à risque suicidaire, et seuls ceux qui portent un génotype particulier du gène du transporteur de la sérotonine auront un risque augmenté. En effet, les facteurs génétiques se combinent aux facteurs environnementaux pour conférer une vulnérabilité suicidaire. [30]

En pratique, les cliniciens doivent rechercher systématiquement les antécédents familiaux de tentatives de suicide et de suicides, ainsi que l'existence de traits de personnalité impulsifs et/ou agressifs et considérer l'ensemble de l'histoire d'un sujet pour évaluer soigneusement le risque suicidaire et pour promouvoir des actions de prévention. [30]

Le développement de l'épigénétique, qui étudie comment l'environnement et l'histoire individuelle ont une influence sur l'expression des gènes du suicide, a démontré une modification de l'expression des gènes à cause des événements environnementaux, en particulier, qui surviennent à l'enfance comme les abus ou maltraitance infantile. [40]

Ces données seront très utiles en psychopharmacologie, puisque de nombreuses études ont permis de montrer un effet sur la prévention des passages à l'acte impulsifs-agressifs, des conduites suicidaires et des comportements violents avec l'utilisation de différentes molécules à impact sérotoninergique. [30]

D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre et évaluer cette approche.

7. Psychopathologie des patients suicidaires :

7.1. Approche psychologique (S.FREUD, Schneidman, Menninger, Vedrinne et Soubier):

Selon Freud, notamment dans ses deux écrits 'Deuil et Mélancolie' (1917) et 'psychopathologie de la vie quotidienne' (1901), il existe chez certains malades une tendance à s'infliger des mutilations volontaires qui sont des compromis entre l'inclination à

l'autodestruction oscillant entre l'instinct de mort et l'instinct de vie. Ainsi, si les forces de vie cèdent, la tendance à se détruire, existant déjà depuis longtemps à l'état inconscient et réprimé se libère et la mort l'emporte sur la vie. [41]

Le deuil et la mélancolie sont une réaction à la perte d'un objet aimé qui se traduisent par une dépression, une absence d'intérêt pour le monde extérieur, une incapacité d'aimer et l'inhibition de toute activité en donnant une perte de la fonction protectrice du surmoi et la réalisation d'une violence et agression contre le moi. [41]

La perte de l'objet devient une perte de soi dans le sens où la personne s'était identifiée entièrement à cet objet par son investissement narcissique. Si l'objet disparaît, la personne peut vouloir disparaître à son tour. Pour Freud, la volonté suicidaire est le résultat d'un retournement de soi contre autrui. Ainsi le « moi » tue en tuant le « moi modifié » devenu autre par indentification à son objet. [41]

Il 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 ». Freud définit cette dernière comme la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique. A partir de cette notion, s'enrichira la réflexion sur le suicide. [41]

Ainsi, Freud considère que la qualité des relations externes de l'enfant va dépendre de la qualité de son monde interne. Il trouve un équilibre quand les bonnes expériences dominent sur les mauvaises car le monde extérieur va permettre à l'enfant de vérifier les repères de son mode interne pour se sécuriser. [42]

Le psychiatre allemand K. Menninger a réuni les trois points impliqués par la formule freudienne : le suicide comme désir de mourir, de tuer et de se tuer. [42]

Pour Vedrinne et Soubier, le comportement suicidaire est le résultat d'un vécu de culpabilité chez le sujet mélancolique où la mort apparaît comme une solution logique à l'auto-accusation dont on fait l'objet. Ce geste apparaît comme un moyen d'échappement à un vécu persécuteur trop angoissant. [43]

Pour E. Schneidman, fondateur de la suicidologie et du centre de prévention du suicide aux Etats Unis (Los Angeles), le comportement suicidaire correspondrait à une douleur psychique insupportable. Cet auteur avait donné un modèle théorique associant la vulnérabilité et les événements stressants : « Paradigme diathèse–stress–désespoir » en se basant sur les éléments suivants :

- Des stresseurs du type pertes diverses et problèmes de santé.
- Un trouble psychiatrique (type trouble de l'humeur, abus de substance et schizophrénie).
- Une personnalité pathologique.
- Des perturbations émotionnelles : colère, dépression, désespoir, impuissance, culpabilité, anxiété, anhédonie, insomnie et altération d'attention et de concentration.
- Une rigidité cognitive, déficit pour la résolution de problèmes et le coping (faire face).
- Un isolement relationnel et limitation du support social.
- Un trouble du contrôle des impulsions (abus de substance, agressivité, prise de risques vitaux et sexuels)
- Des ruminations d'idées suicidaires et de comportements associés. [30]

En conclusion, Freud a insisté sur l'importance des facteurs individuels inconscients au lieu des enjeux sociaux comme le cas de Durkheim. Donc les facteurs de stress, qu'il s'agisse de dépression ou d'événements de vie stressants, aboutissent à un geste suicidaire seulement chez les individus vulnérables. Cette vulnérabilité peut être due à plusieurs facteurs cliniques:

- Les traits de personnalité comme l'impulsivité agressive qui s'expriment par la colère ou la violence, ainsi que le pessimisme et le désespoir.
- Les antécédents personnels de tentative de suicide.
- Les antécédents familiaux de conduites suicidaires. [30]

7.2. Approche neurocognitive :

La neuroscience a pour but de déterminer les facteurs psychologiques de vulnérabilité et de dysfonctionnement cognitifs liés au phénomène suicidaire.

Des recherches basées sur la neuroimagerie rapportent le rôle de plusieurs zones du cortex cérébral, surtout du cortex préfrontal, dans la réduction de la connectivité fonctionnelle neurologique et la dysrégulation de l'humeur. Ainsi, ces dysfonctionnements cérébraux conduiraient à une surévaluation des signaux de rejet social, une moindre perception du soutien social, un moindre contrôle des réponses émotionnelles favorisant l'émergence d'une douleur psychologique et une restriction des choix lors de la prise de décisions. Plus spécifiquement, il y a des processus dysfonctionnels neurocognitifs qui seraient responsables de trois étapes de la crise suicidaire : émergence d'émotions négatives, survenue d'idées suicidaires et passage à l'acte. [12]

L'incapacité des suicidants à attribuer une valeur adéquate à un événement extérieur peut expliquer leur sensibilité accrue à l'exclusion sociale. Ainsi, face à des situations sociales particulières, les sujets vulnérables pourraient réagir avec colère et anxiété. Ces émotions, associées à un déficit de prise de décision, conduiraient alors ces sujets à considérer le suicide comme la seule solution pour mettre fin à une douleur psychologique intense. [12]

Ainsi, le déficit de régulation de l'état émotionnel, serait associé à des déficits de résolution de problèmes, à une réduction de la fluence verbale et corrélées au désespoir. Ceci peut expliquer l'aggravation des états émotionnels négatifs et de la douleur psychologique ainsi que l'apparition d'idées de suicide. Une fois les idées suicidaires envisagées comme solution ; le cerveau modulerait l'intentionnalité suicidaire. [44] [45]

Enfin, le dysfonctionnement du système de connexions neurologiques serait associé à un défaut d'inhibition de la réponse dans un contexte émotionnel et une plus grande sensibilité à l'exclusion sociale, facilitant alors le passage à l'acte suicidaire. [44] [45]

Dans les études plus anciennes, les auteurs ont parlé de la notion de «pensée dichotomique» qui revenait de la part du sujet à n'envisager que deux solutions extrêmes face à

un problème. Ils ont évoqué également la notion de «rigidité cognitive» selon laquelle le sujet avait des difficultés à changer de stratégie pour résoudre un problème. Ces deux notions étaient plus souvent retrouvées chez les patients suicidants. [46]

Dans d'autres travaux on trouve une place plus grande à l'autocritique chez les sujets suicidants se traduisant par un perfectionnisme dans lequel le sujet a le sentiment de ne jamais parvenir à ses buts. Ce perfectionnisme engendrerait des comportements suicidaires à cause de l'impossibilité pour le sujet de trouver des solutions efficaces associées à la difficulté à répondre de façon positive aux situations imprévues et stressantes. [46]

Wenzel et Beck aussi, ont proposé un modèle basé sur la théorie cognitive, selon lequel les patients suicidaires présentent des phénotypes différents liés à des schémas qui doivent être activés sous la dépendance de trois types de facteurs :

- les facteurs de vulnérabilité
- le degré des troubles psychiatriques
- le stress engendré par les événements de vie. [47]

Une fois activés, ces schémas sont associés à des processus cognitifs liés à un mauvais traitement de l'information, une présence des pensées négatives et une instabilité de l'humeur et des comportements. Ainsi chaque phénotype est sous-tendu par des schémas développés dans l'enfance et l'adolescence qui donnent des repères et qui peuvent être activés face à un stress ou lors d'un désespoir. [47]

Ainsi, Williams et Pollock, dans leur modèle du «Cry of pain», ont proposé que le processus suicidaire se basait sur une succession de trois étapes :

- L'hypersensibilité à des signaux de défaite : liée à une dysrégulation émotionnelle et une exagération de la négativité des événements de vie.
- La propension à se sentir piégé (no escape) : ceci se manifestant par de moins bonnes capacités de résolution de problèmes.
- Le sentiment d'impuissance (no-rescue) : qui repose sur un déficit de fluence verbale corrélé au désespoir. [12]

En conclusion, les résultats de la neuroscience et de la psychologie permettent d'entrevoir des pistes innovantes pour de nouvelles psychothérapies et des programmes de remédiation cognitive et émotionnelle personnelle, familiale et sociale. Ainsi, il serait pertinent de développer des stratégies visant à améliorer les performances de prise de décision, à diminuer la sensibilité au rejet social et à la douleur psychologique et à favoriser l'attention aux stimuli environnementaux positifs.

8. Facteurs de risque des tentatives de suicide :

Les conduites suicidaires font partie des phénomènes dites « complexes » au sens qu'elles ne sont pas attribuables à une seule cause mais à l'interaction et/ou l'addition de nombreux facteurs de risques. Leur prédiction est plus difficile nécessitant de longues investigations.

En revanche, les différents travaux scientifiques ont permis d'identifier plusieurs facteurs de risque et de repérer parmi la population générale les groupes à risque suicidaire. [48]

On appelle « facteur de risque » un facteur qui a été mis en relation statistique avec la survenue d'un suicide, au niveau d'une population donnée. Les facteurs de risque sont en interaction les uns avec les autres et l'importance de leur effet va dépendre de la présence ou de l'absence d'autres facteurs. [9]

On a pu identifier un nombre important de facteurs de risque inhérents aux conduites suicidaires, les uns sont en lien avec la vulnérabilité individuelle, les autres sont d'ordre socioculturel, interpersonnel ou conjoncturel.

8.1. Facteurs sociodémographiques et événements de vie :

a. Le sexe :

Les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les femmes que les hommes. Par contre, le suicide est plus masculin que féminin. Le rapport homme femme varie selon les pays. [49]

b. L'âge :

Les taux ont tendance à augmenter avec l'âge, mais on a récemment constaté un accroissement alarmant des comportements suicidaires chez les jeunes de 15 à 25 ans. Dans 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. [50]

Concernant la population très jeune, en particulier les enfants, les idéations et les comportements suicidaires sont souvent méconnus, mais ils peuvent se manifester de façon indirecte comme : dessins ou conversation à propos la mort, blessures à répétition, troubles de sommeil, troubles d'apprentissage, tendance à l'isolement (de la famille et des amis), fatigue extrême, tristesse ou dépréciation constante, perte d'intérêt pour les activités ou les objets aimés auparavant. [51] [52]

c. Le milieu familial :

Le milieu familial des suicidants est fréquemment caractérisé par des familles dissociées ou éclatées avec une violence intrafamiliale et l'existence d'une relation conflictuelle entre les parents et le patient. De même, la séparation ou le divorce parental ont une valeur péjorative.

Par ailleurs la présence de conflits conjugaux majeurs avec ou sans séparation et les ruptures sentimentales sont des facteurs de risque important qui mènent à des comportements suicidaires. [4]

Le risque de suicide est plus élevé chez les sujets ayant une solitude affective (divorcés, veufs et célibataires). Par contre le mariage serait plus protecteur chez les hommes que chez les femmes. [49]

d. Le milieu socioprofessionnel :

Le risque relatif de suicide ou de TS est plus élevé chez les personnes de catégorie socioprofessionnelle peu élevée, disposant d'un faible revenu, d'un faible niveau d'éducation, inactifs et pour les personnes sans emplois. Le rôle spécifique de la pauvreté et les difficultés professionnelles sont parfois mentionnées surtout en cas de l'association de plusieurs facteurs de risque. [25]

Certaines catégories professionnelles comme les vétérinaires, les pharmaciens, les dentistes, les médecins et les fermiers, sont reconnues comme ayant un risque élevé de suicide. Les explications invoquées sont l'accès aux moyens létaux et la pression professionnelle. [49]

La présence de difficultés juridiques et économiques persistantes, la présence de problèmes d'intégration sociale, la faible capacité à la communication et la présence d'isolement social sont également des facteurs de risque des comportements suicidaires. [4]

Les difficultés scolaires, les échecs scolaires, les ruptures avec la scolarité, sont aussi décrits comme des facteurs de risque. [4]

La spiritualité et la religiosité, malgré leur diversité, sont dans la majorité des cas des facteurs protecteurs vis-à-vis des comportements suicidaires. On considère alors l'éloignement de la religion et l'incroyance comme un facteur de risque péjoratif. [53]

e. Les antécédents traumatiques :

Les antécédents traumatiques sont plus nombreux chez les multisuicidants.

L'importance des antécédents traumatiques tels que les traumatismes sexuels, la violence physique ou psychique, mais aussi les séparations en particulier liées à des décès, et aux problématiques d'abandon, sont fréquemment retrouvés chez les adolescents récidivant, et souvent associées à d'autres troubles psychiques. [54]

Pour Vajda et al les antécédents d'abus sexuels ou de violences sont également considérés comme un facteur majeur dans les récives suicidaires. [55]

Cependant, nous retrouvons certains désaccords selon les auteurs ; ainsi, Mechri et al, ne notent pas de différence significative pour les antécédents d'abus sexuels et de perte parentale précoce entre primosuicidants et multisuicidants. [56]

Forman et al, soulignent l'importance de la maltraitance psychologique et d'abus sexuels pendant l'enfance chez les sujets récidivant. [57]

Par ailleurs la survenue d'une perte, une séparation, un deuil, un échec ou un événement humiliant sont des facteurs de risque important qui favorisent les comportements suicidaires. [58]

8.2. Les troubles psychiatriques :

a. Les antécédents de tentative de suicide :

Le meilleur facteur prédictif d'une future tentative de suicide demeure, pour la majorité des auteurs, l'existence d'un antécédent de tentative de suicide.

Il faut savoir que le nombre total de tentatives de suicide antérieures augmente le risque de récurrence de façon quasi exponentielle, ce risque peut être multiplié par 30. [55]

Par ailleurs, les antécédents familiaux de suicide ou de TS sont également un facteur de risque. Ce risque est alors multiplié par 5 en cas de décès de la mère et par 2 en cas de décès du père par suicide. Même en dehors du milieu familial, l'exposition au suicide ou à une TS constitue un phénomène de groupe et une contagiosité. Il semble assez spécifique surtout pour les jeunes. Le risque de passage à l'acte augmente avec la proximité affective préexistante entre le sujet et la victime. [55]

b. La présence de problèmes de santé mentale :

Pour d'autres auteurs, le meilleur facteur prédictif de suicide est la maladie psychiatrique, mais on peut considérer que les deux principaux facteurs de risque suicidaire sont la présence d'une maladie mentale et l'existence d'antécédent de TS chez l'individu. [9]

Certains ont considéré que le suicide est un symptôme et que tout suicidant est un malade mental. [9]

Les études effectuées aussi bien dans les pays développés que dans ceux en cours de développement révèlent la prévalence de 80 à 100 % de troubles mentaux dans les cas de mort par suicide. [49]

Le risque relatif le plus important est d'abord constaté pour les troubles de l'humeur, puis pour les troubles psychotiques, les troubles liés à l'abus de substances et enfin, les troubles de personnalité. [25]

b.1. Les troubles de l'humeur :

L'ensemble des troubles de l'humeur a été associé au suicide. Ceci comprend les troubles bipolaires, la dépression majeure unipolaire, les dépressions récurrentes et les troubles chroniques que sont les cyclothymies et les dysthymies. [59]

Le trouble dépressif majeur est le premier trouble psychiatrique diagnostiqué et plusieurs études montrent qu'entre 50% à 60% des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de l'humeur. [60]

Le risque suicidaire peut être présent à tout moment de l'évolution de la dépression. Ainsi, certains auteurs ont évoqué une majoration du risque suicidaire (surtout chez les jeunes et les sujets âgés) : au début d'un trouble dépressif, en cas de dépression masquée ou non traitée et en cas de levée d'inhibition après l'instauration d'un traitement antidépresseur. [61]

Pour le trouble bipolaire, on sait que 20 à 56% des malades feront une tentative de suicide dans leur vie, et 10 à 15% mourront par suicide. Ces taux sont 15 à 30 fois supérieurs à ceux de la population générale. Le risque suicidaire varie selon l'évolution de la maladie. Il est très élevé au début du trouble, lors de l'installation des épisodes thymiques et des périodes de transition (le retour à l'euthymie). En ce qui concerne le type d'épisode, il s'avère que c'est surtout lors des phases dépressives qu'ont lieu la grande majorité des TS. La mixité de l'humeur et la rapidité des cycles thymiques augmentent considérablement le risque de passage à l'acte suicidaire. [62] [63]

b.2. La schizophrénie :

Le suicide est la principale cause de mort précoce chez le schizophrène. Entre 20% et 40% des malades schizophrènes font une tentative de suicide au cours de leur vie, et 10% à 15% d'entre eux décèdent par suicide. Ce risque est 50 fois plus élevé par rapport à la population générale. Dans la schizophrénie, l'acte suicidaire est associé aux périodes dépressives, aux épisodes de décompensation psychotique aiguë et aux événements de vie stressants. [64]

Le risque suicidaire est corrélé à la dépression chez les patients schizophrènes et la plupart des patients avec des antécédents de tentatives de suicide présentaient des symptômes dépressifs avant le passage à l'acte. Le risque suicidaire chez les patients schizophrènes est aussi corrélé à la dépendance à l'alcool. [65]

b.3. Les troubles des conduites addictives :

Les conduites addictives constituent un facteur de risque et de récurrence des comportements suicidaires, fréquemment retrouvé surtout chez les jeunes. Certains auteurs associent l'addiction aux substances à des troubles psychiatriques plus fréquents, comme la dépression ou les troubles de personnalité, ce qui expliquerait alors le risque accru de comportements suicidaires. Pour d'autres, ces consommations de toxiques associées au risque de récurrence suicidaire pourraient être indépendantes de la dépression et rentreraient dans le cadre de comportements addictifs au sens large, incluant une «addiction au suicide». [55] [66]

Les études indiquent que, quel que soient l'âge et le sexe, entre 15% et 61% des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble lié à la consommation d'alcool. Le diagnostic de l'addiction à l'alcool est présent pour 27 à 54% des personnes ayant fait une tentative de suicide.

Ces études montrent également que le risque de suicide est élevé pour l'addiction à l'alcool : 11 fois plus élevé par rapport à la population générale. [67]

L'alcool joue certainement un rôle à travers une désinhibition qui facilite les passages à l'acte impulsif, caractérisant le plus souvent les récurrences suicidaires. [61]

Il existe une comorbidité importante entre l'addiction à l'alcool et la dépression en tant que facteur de risque des comportements suicidaires. L'alcool augmente le risque suicidaire tant par l'aggravation du trouble dépressif lors d'une consommation chronique, que par la facilitation du passage à l'acte lors de la prise aiguë en raison de son effet désinhibiteur. [61]

L'alcool peut être utilisé par les patients à visée « antidépressive », mais à long terme les effets dépressogènes entraînent des idées suicidaires et facilitent le passage à l'acte. [61]

Par ailleurs, selon les auteurs, la consommation de substances psychoactives et d'alcool favorisent la récurrence suicidaire, avec un risque plus important dans l'année qui suit la TS. [68]

D'un autre côté les auteurs ont démontré le rôle des antécédents familiaux d'addiction aux toxiques particulièrement à l'alcool comme facteur de risque du comportement suicidaire de l'individu. [57]

b.4. Les troubles de la personnalité :

Des études récentes ont montré la fréquence (20 à 25 %) des troubles de la personnalité chez les jeunes suicidants. Les troubles les plus fréquents associés au suicide concernent les états limites (borderline) et les personnalités psychopathiques. [49]

Le trouble de la personnalité borderline est caractérisé par des comportements destructeurs qui peuvent se traduire sous plusieurs formes : des comportements impulsifs entraînant des conduites à risque, des comportements d'automutilation dirigés contre soi-même (se couper ou se brûler), des tentatives de suicide ou des suicides. [69]

b.5. Les troubles anxieux :

- Trouble de Stress Post-traumatique :

L'exposition aux événements traumatiques peut avoir des conséquences négatives sur la vie psychique des individus. Des études ont rapporté que, dans la population générale, plus de 60% des hommes et 51% des femmes seront confrontés à ces événements, entraînant un trouble de stress post-traumatique en 2 à 7 % des cas. Le TSPT peut s'aggraver en présence des comorbidités psychiatriques. Cela entraîne des conséquences graves sur le fonctionnement et la vie émotionnelle de l'individu et a un impact sur les comportements suicidaires : risque suicidaire 4 fois plus élevé par rapport à la population générale. [70] [71]

C'est le cas dans des populations exposées à des événements traumatiques tels que rencontrés pendant les guerres et chez les enfants ayant vécu des traumatismes, des maltraitances et des abus. [55]

- Autres troubles anxieux :

Les études ont suggéré un lien entre les comportements suicidaires et les autres troubles anxieux comme les troubles de panique. Ces études s'accordent plutôt à décrire les troubles anxieux comme des facteurs aggravant en lien avec d'autres pathologies psychiatriques, comme la dépression et la dépendance aux substances psychactives, plutôt que des facteurs isolés du risque suicidaire. [72]

b.6. Autres :

- Troubles du sommeil :

Il existe des troubles du sommeil liés aux comportements suicidaires comme l'insomnie, l'hypersomnie, les anomalies qualitatives du sommeil, et les attaques de panique nocturnes.

Les anomalies du sommeil, et particulièrement les changements des habitudes de sommeil, font partie des 10 signes d'alerte de risque suicidaire de la SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). [73]

Les troubles du sommeil corréler positivement avec la présence des comportements suicidaires et des troubles dépressifs. Une récente métaanalyse a révélé que tous les types de perturbations du sommeil, surtout l'insomnie, étaient associés à une majoration du risque suicidaire : risque 3 fois plus élevé par rapport à la population générale. [59] [73]

En effet, des anomalies électroencéphalographiques ont été mises en évidence lors de la polysomnographie chez les patients suicidaires. Ainsi que, certaines thérapies, centrées sur le sommeil et les rythmes circadiens dans la suicidalité, ont montré leur efficacité. [73]

- Rythme circadien et saisonnalité :

Les données démontrent l'existence de variations saisonnières des taux des idéations et de comportements suicidaires avec un pic principal de suicides au printemps et un second pic en automne probablement corrélé avec les symptômes dépressifs. Cette saisonnalité du suicide subit l'influence de facteurs climatiques et biologiques ; dont des anomalies de sécrétion de la

mélatonine, du cortisol et de la sérotonine. Une distribution journalière de tentatives de suicides et de suicides suggère l'implication de certains gènes et biomarqueurs circadiens dans la vulnérabilité suicidaire. [73]

- **Psychotropes :**

Les psychotropes peuvent entraîner de nombreux effets secondaires graves. L'agressivité, la violence, les pensées et les comportements suicidaires en font partie surtout en cas de la mauvaise utilisation. [74]

Par ailleurs, les antidépresseurs induisent au début du traitement une désinhibition favorisant le passage à l'acte suicidaire. Aussi, les anxiolytiques peuvent causer une dépendance qui peut entraîner la survenue des idées suicidaires. [74]

D'un autre côté, les psychotropes constituent les médicaments les plus utilisés comme moyens d'auto intoxication médicamenteuse dans le cadre de suicide ou de tentative de suicide. [74]

- **Antécédents familiaux des troubles psychiatriques :**

Plusieurs auteurs ont montré l'importance des antécédents psychiatriques familiaux, particulièrement les antécédents de maladie mentale dans le comportement suicidaire de l'individu primo et multisuicidants. [55] [57]

- c. L'estime de soi :**

On peut évaluer l'estime de soi en fonction de plusieurs dimensions, dont les plus explorées sont le niveau (haute et basse) et la stabilité (stable et instable). Plus l'estime de soi est basse et instable, plus la personne, a une tendance à porter un regard défavorable sur elle, se focalise sur ses défauts et limites, a du mal à admettre ses qualités et forces, présente une vulnérabilité à l'adversité, et trouve des difficultés à résoudre ses problèmes. [75]

En effet, la faible estime de soi serait probablement corrélée au risque suicidaire, ainsi que certains troubles psychiatriques, notamment les troubles affectifs, les troubles addictifs, la

dépression et l'anxiété. D'où vient l'importance de travailler sur les capacités d'autorégulation de l'estime de soi chez les patients. [75]

d. La vulnérabilité cognitive :

Les facteurs cognitifs liés à l'analyse et à l'adaptation à une situation nouvelle constituent un lien intermédiaire important entre les événements de vie et la probabilité de suicide. Les déficits cognitifs spécifiques comme la rigidité, les pensées dichotomiques, l'inaptitude à concevoir des solutions alternatives, empêchent les suicidants de résoudre correctement des problèmes quand ils sont confrontés à des événements défavorables. [4] [76]

e. Le trouble de la régulation émotionnelle :

Les auteurs ont constaté que les personnes qui se mutilent ou ayant un comportement suicidaire affichaient des traits de caractère tels que la colère, l'hostilité, l'impulsivité et l'agressivité avec des comportements antisociaux causés par une dysrégulation émotionnelle, une sensibilité au rejet social et une absence de perception du soutien social. En outre l'agressivité serait un facteur de risque de récurrence. [77]

8.3. Pathologies somatiques :

Le risque de suicide s'accroît dans la pathologie organique chronique. De plus, il existe généralement un nombre plus élevé de troubles psychiatriques associés, notamment les dépressions, chez les patients atteints de troubles somatiques. Une maladie chronique, un handicap et toute pathologie à pronostic engagé sont associables à un risque de suicide.

a. Troubles neurologiques :

L'épilepsie a été associée à un risque élevé de suicide. Ceci a été attribué à une augmentation de l'impulsivité, de l'agressivité ainsi qu'à l'handicap chronique que peut présenter cette maladie. Chez les patients atteints d'épilepsie, les comportements suicidaires peuvent précéder l'apparition des crises ou être une conséquence du traitement antiépileptique. [78]

Les traumatismes crâniens et médullaires augmentent le risque de suicide. Des études récentes ont démontré que dans les suites d'un accident vasculaire cérébral, on a pu évaluer à 19 % le nombre des patients dépressifs et suicidaires, notamment en cas des lésions postérieures étant responsables d'un handicap majeur et d'une détérioration physique. [49]

On peut ajouter comme maladies neurologiques la sclérose en plaques et la migraine dont la douleur est le facteur prédictif de suicide. [49]

b. Cancers :

Le risque de suicide se situe au moment de la confirmation du diagnostic, lors des deux premières années de la maladie terminale ou encore lors de la progression du processus malin. La douleur est un facteur significatif de ce risque. [49]

c. Sida :

Cette infection présente un risque de suicide élevé chez le jeune. Il est également élevé lors de la découverte de l'atteinte infectieuse et dans les premiers temps de la maladie. Le risque est majeur chez les usagers des substances psychoactives par voie intraveineuse. [49]

d. Autres pathologies :

D'autres pathologies seraient responsables de l'élévation du risque suicidaire. On peut citer Les maladies respiratoires telles que les troubles pulmonaires obstructifs chroniques et l'asthme, les néphrites chroniques (sous dialyse), les maladies ostéo-articulaires, cardiovasculaires et digestives.

A cette liste on ajoutera tout handicap locomoteur, la cécité et la surdité. [49]

8.4. L'impact de la technologie sur le comportement suicidaire :

Récemment, on a vécu une immense utilisation de téléphones mobiles et ses équivalents, ainsi que les réseaux sociaux, en particulier par les enfants, les adolescents et les jeunes. Cette technologie a engendré, chez cette population en cours de développement psychoactif et cognitif, des changements de comportement, des addictions, des tentatives de suicide et même

des suicides, surtout lors de l'usage de jeux et d'applications morbides. Parmi ces jeux on trouve le jeu nommé « Blue Whale Challenge » ou « Défi de la Baleine Bleue ». [79]

Le « Blue Whale Challenge » consiste en une liste de défis à réaliser, avec une gradation qui peut pousser certains adolescents à se tuer. Le nom vient d'une légende russe autour de la baleine bleue. Ce majestueux animal aux allures tristes se donnerait volontairement la mort en s'échouant sur le sable. Ce jeu est apparu la première fois sur les réseaux sociaux russes, puis il a fait des ravages dans le monde. [79]

Il semble que le jeu a été élaboré par des psychologues expérimentés, se basant sur la manipulation mentale et la relation de dominant/soumis. Les injonctions sont de plus en plus difficiles à réaliser mais l'adolescent est de plus en plus sous l'influence du jeu. A chaque challenge effectué, la personne doit le prouver sur les réseaux sociaux, avec une photo, une vidéo, ou un post. [79]

Le jeu est composé de 50 défis allant des plus simples (dessiner, écouter de la musique, ne plus parler...) aux plus morbides (se frapper, se scarifier, regarder des vidéos lugubres, monter sur une grue...). Les joueurs doivent relever un défi par jour jusqu'à l'ultime épreuve: le suicide. Plusieurs joueurs se sont suicidés, ou au moins ont fait une TS, au 50^e jour.

Le jeu a été signalé dans plusieurs pays dans le monde, poussant les autorités à émettre des mises en garde aux parents et activer des stratégies en plusieurs approches: familiale, éducative, sanitaire et judiciaire. [79]

Au Maroc, ce jeu a mené à des comportements suicidaires chez les adolescents, dont les statistiques ne sont pas disponibles. D'une autre part, il est important de mentionner l'admission de deux cas (une fille de 12 ans et un garçon de 14 ans) aux urgences psychiatriques à l'hôpital IBN NAFIS de Marrakech, qui ont fait une TS à cause de ce jeu.

9. Prise en charge :

Les modalités d'intervention proposées doivent être adaptées aux différents contextes dans lesquels se situe le sujet :

- La famille et l'entourage proche.
- Le milieu socioprofessionnel, le milieu scolaire, la prison, le milieu militaire.
- Le milieu hospitalier.
- Le terrain et les comorbidités.

La prise en charge doit être globale, basée sur l'établissement d'un lien de confiance avec le patient, sur le non jugement et la compréhension de son comportement suicidaire. L'implication active du sujet et de son entourage est un élément important dans la gestion et la prévention des comportements suicidaires. [4] [80]

9.1. Accueil :

La qualité de l'accueil aux urgences et du premier contact, et en particulier le respect de la confidentialité paraissent essentiels à la bonne continuité des soins et à l'adhésion du suicidant. [81]

Aux urgences, il faut tout d'abord prendre en charge **l'urgence vitale** :

- Des mesures nécessaires de réanimation : 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 du type de TS.
- Un examen clinique complet du suicidant afin de :
 - Evaluer la gravité somatique du geste suicidaire,
 - Définir le traitement et la surveillance adaptés,
 - Tenir compte du contexte et des comorbidités du patient. [81]

Une prise en charge somatique a pour **conséquence psychologique** de :

- Permettre au patient de mesurer l'importance et la gravité de son geste.
- Ne pas banaliser son acte et par conséquent ne pas banaliser la souffrance qu'il traduit. [82]

Après l'évaluation et la prise en charge de l'urgence somatique, commence déjà la prise en charge psychiatrique.

Le premier entretien permet de :

- Établir un lien de confiance avec le patient.
- Évaluer rapidement et efficacement le risque, la dangerosité et l'urgence en six points selon la conférence de consensus : [4]
 - Le niveau de souffrance,
 - Le degré d'intentionnalité suicidaire,
 - La présence d'éléments d'impulsivité,
 - L'existence d'un éventuel facteur favorisant,
 - La présence de moyens létaux à disposition,
 - La qualité de soutien de l'entourage proche.

L'indication d'une prise en charge en ambulatoire ou en milieu hospitalier va être posée à partir d'une évaluation attentive de :

- L'état clinique, somatique et psychique du sujet,
- Sa capacité à s'interroger sur le sens de sa souffrance,
- Sa capacité à regretter son acte,
- La qualité de l'entourage. [82]

9.2. L'hospitalisation :

Les indications d'une prise en charge en milieu hospitalier sont :

- Décompensation d'une pathologie psychiatrique sévère (dépression, trouble grave de la personnalité, psychose),
- Présence d'idéation suicidaire active s'accompagnant de symptômes anxieux et/ou dépressifs,
- Présence de ruminations suicidaires envahissantes,
- Récidive de passages à l'acte (TS, conduites à risque, violences auto-infligées...),
- Une disponibilité de moyens mortels,
- Un refus de toute coopération,
- Un environnement extérieur jugé défavorable (maltraitance, abus sexuels...),
- Un réseau ambulatoire incapable de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré,
- Un désir du suicidant d'être hospitalisé. [83]

L'hospitalisation est pour intérêt de :

- Protéger le patient,
- Mettre le patient à distance des facteurs précipitant,
- Réévaluer l'état psychiatrique du patient,
- Différencier :
 - La crise de nature psychosociale où la TS est due à un facteur social ou un environnemental négatif.
 - La crise de nature psychiatrique due à la décompensation d'une pathologie psychiatrique. [83]

Au cours de l'hospitalisation, un patient suicidant doit être surveillé de façon rigoureuse. En effet, le suicide en milieu hospitalier est décrit par les auteurs depuis longtemps et représente

5 % des suicides. Il paraît alors nécessaire de prendre certaines précautions pour limiter l'accès aux moyens mortels ; en particulier la défenestration et la pendaison :

- Suppression des moyens d'appui résistant au poids du sujet et permettant une pendaison (crochets, triangles, poignées...).
- Fenêtres étroites et protégées.
- Éloignement de certains moyens (couteaux, ceintures, médicaments...). [83]

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. [83]

9.3. 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 :

a. Les Antidépresseurs :

Dans le cadre de la dépression sévère caractérisée par un risque suicidaire élevé, le choix d'un antidépresseur peut s'avérer complexe ; vu l'implication des antidépresseurs comme facteur pouvant favoriser le suicide (le bénéfice des antidépresseurs reste en faveur de la prescription pour les dépressions sévères, sachant que l'association à des molécules sédatives en début de traitement réduit le risque de passage à l'acte), et vu la question de la létalité des molécules prescrites. En effet, la létalité est supérieure pour les tricycliques, tandis que pour les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, elle est surtout liée à l'association avec des substances psychoactives comme l'alcool ou les opiacés. Ces données soulignent l'importance du suivi en début de traitement, et le dépistage d'autres facteurs de risque, tels que l'abus de substances psychoactives, qui augmentent la létalité de tous les antidépresseurs en cas de surdosage. [84]

Nous savons que les antidépresseurs diminuent les idées suicidaires en rapport avec la présence d'un épisode dépressif, mais rares sont les études portées sur la suicidalité elle-même. [82]

b. Les neuroleptiques :

La plupart des études de suicidalité, rapportent d'un effet spécifiquement « anti- suicide » des neuroleptiques, et particulièrement la clozapine. En effet, dans le trouble schizophrénique, Hennen et Baldessarini ont recensé 6 études de prescription de clozapine comparée à d'autres neuroleptiques, dans le cadre d'une méta-analyse évaluant le risque suicidaire ; ils concluent que la suicidalité est 2,38 fois plus importante avec les neuroleptiques prescrits (de première ou de deuxième génération) qu'avec la clozapine. [85]

Une autre étude menée par Meltzer, compare la clozapine et l'olanzapine chez 980 patients souffrant de troubles schizo-affectifs ou de schizophrénie, l'ensemble étant repéré par des tentatives de suicide antérieures : il en ressort que la clozapine est significativement supérieure à l'olanzapine dans la prévention des tentatives de suicide. [85]

c. Thymorégulateurs :

Le lithium est la substance de référence dans la prévention des récives suicidaires. En effet, les méta-analyses regroupant des études à long terme portant sur le lithium et le risque suicidaire ont témoigné d'une réduction des actes suicidaires de 80 % chez les patients traités depuis plus de 18 mois. Dans ces études, une diminution du ratio tentative de suicide/suicide a été observée, indiquant une baisse de létalité des passages à l'acte. [86] [87]

d. Anxiolytiques :

Durant l'hospitalisation, en particulier au début de cette période, la sédation est nécessaire pour les suicidants ; d'où l'intérêt de l'utilisation des anxiolytiques (souvent, ce sont les benzodiazépines qui sont prescrites). [88]

Plusieurs arguments indiquent l'utilité de l'association d'un anxiolytique et un antidépresseur. Le risque de levée d'inhibition chez les patients déprimés présente l'une des indications de cette association. Ce risque est très élevé pendant les premiers jours après l'instauration du traitement antidépresseur. La prévention en est la mise en place d'un traitement anxiolytique sédatif (benzodiazépine ou neuroleptique) à posologie minimale, efficace, et de courte durée. Aussi, la coexistence de troubles dépressifs et de symptômes anxieux, chez les suicidants, nécessite un traitement spécifique pour chaque entité. [88]

9.4. Psychothérapie :

La psychothérapie a une place cruciale dans le traitement des sujets ayant des comportements suicidaires. La psychothérapie peut s'intéresser aux multiples facettes du phénomène suicidaire tel que l'estime de soi, le comportement, la famille, les relations interpersonnelles...

Nous allons relater dans ce paragraphe les psychothérapies les plus utilisées lors des TS, et ce indépendamment du trouble psychiatrique associé.

La thérapie cognitivo-comportementale fait décomposer aux patients les ressentis, les pensées et les actions au moment du geste. Ainsi, elle leur permet une prise de conscience des failles dans le raisonnement qui pouvait les conduire au suicide. Plusieurs techniques peuvent s'avérer utiles, notamment la technique de résolution des problèmes, qui se concentre sur la recherche des solutions aux problèmes spécifiques rencontrés par le patient dans sa vie quotidienne. Ici elle aurait pour but de modifier la perception du suicide, par le patient, comme « solution ». Les patients sont sensibilisés au fait que l'idéation suicidaire ou le geste suicidaire est un problème. En effet les patients en crise suicidaire décrivent un processus cognitif qui les éloigne des processus suicidaires. [83]

De façon pratique, on procède comme suit :

1. Définir le problème,

2. Inventorier toutes les solutions possibles,
3. Evaluer les solutions :
 - a) Avantages et les désavantages.
 - b) Conséquences à court terme, à moyen, à long terme pour soi et pour les autres.
 - c) Implications concrètes.
4. Prendre une décision,
5. Exécution de la décision. [89]

D'autres techniques de la TCC semblent importantes, notamment :

- Le renforcement les comportements non suicidaires (Ex: demande d'aide),
 - Les arguments pour le suicide/ arguments contre le suicide, basée sur une discussion socratique sur le suicide:
 - Conséquence à court, moyen, et long terme.
 - Conséquences interpersonnelles.
 - Les techniques d'affirmation de soi chez les patients ayant une faible estime de soi.
- [90]

En outre, Brown, en 2005, a élaboré une modalité de traitement **TCC brève**, qui se déroule en 10 séances :

- Identifier les pensées et les images activées avant la TS,
- Elaborer des stratégies cognitives et comportementales pour faire face,
- Elaborer des stratégies d'adaptation pour composer avec les facteurs de stress,
- Cibler le désespoir, la résolution de problèmes, le contrôle des impulsions, la non observance au traitement et l'isolement social,
- Prévenir la rechute: déclencher les pensées, images et émotions associées aux TS et y répondre de façon adaptée. [90]

Quant à **la thérapie dialectique comportementale** ; elle est basée sur le principe suivant "Ce que le patient fait peut être indépendant de ce qu'il ressent. Les émotions ne doivent pas commander notre comportement.". En effet, les patients apprennent à repérer le moment où leurs émotions deviennent trop fortes. Cette auto-observation, inspirée de techniques utilisées dans le « bouddhisme zen » permet, au lieu d'éviter les émotions négatives, de les ressentir puis de les supporter. S'ajoute à cela la classique technique de résolution de problèmes. [91]

La thérapie familiale a aussi une place cruciale dans la prise en charge de ces patients, surtout en cas de dysfonctionnements relationnels intrafamiliaux. Ce genre de thérapie a deux intérêts :

- Une meilleure compréhension du contexte familial avec lequel interagit le patient suicidant.
- L'implication des familles dans le processus de résolution des problèmes grâce à l'utilisation de leurs propres compétences. [83]

9.5. Sortie de l'hôpital :

La sortie de l'hôpital représente un enjeu clinique important. Laisser sortir le patient peut être vécu dans un climat d'insécurité pour le patient lui même, pour son entourage et même pour les soignants. La sortie doit être préparée afin de se dérouler dans les meilleures conditions, après avoir disposé d'un temps suffisant pour dépasser la crise suicidaire, et après des évaluations fréquentes de l'état du patient.

9.6. Suivi :

La mise en place de modalités de suivi se fait déjà lors de l'hospitalisation. En effet, il existe un risque important de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte : environ 10 à 20 % des patients, et même plus. Néanmoins, le problème est que les suicidants n'adhèrent pas facilement au suivi, en particulier après un passage aux urgences ou une hospitalisation de courte durée. Un suivi étroit doit être proposé à tout patient ayant un risque élevé de la récurrence.

Le suivi est essentiel dans tous les cas. Les modalités de suivi proposées seront adaptées en fonction de l'état et le contexte du patient, ainsi que la pratique et la disponibilité de l'équipe soignante. [92]

Du côté administratif, il est recommandé d'envisager et d'organiser la continuité des soins dès le début de la prise en charge de la crise. Cela implique avant l'orientation :

- d'évaluer les recours à disposition et les différents intervenants impliqués : le patient est-il déjà suivi, comment et par qui ?
- de favoriser l'établissement d'un lien entre ces intervenants, le patient et son entourage : prise de contact, compte rendu rapide, prise du rendez-vous par les intervenants, accompagnement dans les démarches administratives.

Du côté médical, il est recommandé que :

- le suivi soit assuré par une personne déjà impliquée dans la prise en charge ou connue du patient (médecin traitant),
- l'attention et la mobilisation soutenues durant l'année qui suit le début de la crise,
- le rendez-vous doit être obtenu rapidement après le traitement de la crise. [4] [93]

9.7. Rôle de la famille :

De nombreuses études ont mis en évidence l'importance fondamentale de la structure familiale dans le processus suicidaire ; soit c'est un facteur favorisant, soit c'est un facteur protecteur. Le travail avec les familles s'impose ; comme une nécessité incontournable lors des TS. [4]

Un entretien avec la famille ou le conjoint doit être réalisé. Il permettra d'évaluer l'impact de la tentative de suicide sur la famille, de préciser les circonstances et les facteurs déclenchant, et enfin d'évaluer la qualité de la prise en charge familiale à la sortie de l'hôpital. [4]

Il paraît important de soutenir et d'impliquer autant que possible l'entourage afin d'aider le sujet à renouer des liens avec son environnement familial et social, de favoriser la

reconnaissance de sa détresse par ses proches et d'envisager ultérieurement des aménagements dans les modalités relationnelles. [4]

La famille doit rester attentive aux signes évolutifs de la crise et rester en contact avec les soignants. [4]

9.8. Difficultés et limites de la prise en charge :

Le savoir médical et les lois qui statuent sur les soins aux suicidants ne permettent pas toujours de prendre une décision objective. D'ailleurs, les textes qui codifient l'intervention médicale en situation de crise sont souvent ambigus. Par exemple, le code pénal sanctionne la non-assistance à personne en danger et sanctionne aussi l'hospitalisation arbitraire. Le code déontologique, lui, stipule que le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine, ce qui peut être interprété comme à la fois empêcher la mort et laisser la personne libre. Face à certains patients suicidants, le médecin devra gérer son indécision, son inquiétude et ses doutes.

10. Prévention :

Le suicide est un grave problème de santé publique; or il peut être évité moyennant des interventions menées en temps opportun, fondées sur des données factuelles et souvent peu coûteuses. Pour que l'action nationale soit efficace, une stratégie globale multisectorielle de prévention du suicide s'impose. En 2014, seuls 28 pays possédaient des stratégies nationales de prévention du suicide (le Maroc n'en faisait pas partie). [1]

Dans le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, les États Membres de l'OMS s'engagent à une réduction du taux de suicide de 10% d'ici 2020. La prévention du suicide compte parmi les priorités du programme d'action de l'OMS, qui a été lancé en 2008 sous le thème : « Comblent les lacunes en santé mentale ». [24]

Ces stratégies sont basées sur la restriction et le contrôle de l'accessibilité aux moyens de suicide (pesticides, médicaments, armes...), l'incorporation de la prévention du suicide aux

services de soins de santé en tant que composante essentielle et la prévention des addictions. Ces stratégies se sont axées aussi sur la mise en place de lignes d'écoute téléphonique et aux programmes globaux de sensibilisation (médias, écoles...). Une importance particulière a été donnée à la postvention suite à un suicide (ensemble des actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assuré les secours, ceux qui avaient noué une relation d'attachement avec cette personne) afin de limiter le phénomène de contagion et d'imitation, en particulier chez des personnes vulnérables. [24]

L'OMS a aussi insisté sur la place centrale de la psychiatrie (psychiatres, médicaments psychotropes, psychothérapies, mesures psychosociales...) dans la prévention du suicide, ainsi que le rôle important des médecins généralistes. [24]

Une étude suédoise de l'île de Gotland a montré que la formation psychiatrique des médecins généralistes, en particulier pour le dépistage et le traitement des états dépressifs, permettait de diminuer de moitié le nombre des suicides. [92]

Par ailleurs, la faible estime de soi joue un rôle important dans le phénomène suicidaire surtout chez les jeunes. Plusieurs programmes ont été élaborés, nous en illustrons un exemple, pendant lequel des jeunes étudiants apprennent par des activités et des moments d'écoute en groupe à :

- travailler ensemble en équipe.
- écouter sans jugement les préoccupations des autres.
- reconnaître les signes d'une éventuelle dépression ou d'un risque suicidaire chez une autre personne.
- demander de l'aide à un professionnel ou à un autre adulte si nécessaire.

Cela permettait à ces jeunes d'éprouver un sentiment accru de cohésion sociale et de promouvoir un affect positif global. [94]

D'un autre côté, l'OMS insiste sur l'approfondissement des études et des recherches spécifiques aux comportements suicidaires. Et ce dans le but d'améliorer la qualité des données et du suivi des tentatives de suicide au sein de la population. [24]

Concernant l'enfant de moins de 13 ans, la mise en place de mesures de prévention est probablement limitée par la crainte d'induire des idées suicidaires en interrogeant un enfant sur le suicide. Même si, l'OMS et la HAS encouragent à interroger les enfants sur ce sujet afin de ne pas mésestimer les idées suicidaires. Chez cette population, malgré que la représentation de la mort est immature, des études ont montré que dès 6 ans, un enfant est capable de décrire précisément un moyen de se suicider. [95]

Il apparaît donc nécessaire d'informer les intervenants scolaires et de former les professionnels médicaux et paramédicaux à propos de la problématique suicidaire chez l'enfant. La formation des éducateurs au terme du repérage des enfants en souffrance psychique est notamment une voie de recherche de la prévention des conduites suicidaires. [95]

Les parents ont par ailleurs une place importante dans la prévention et l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant. Il est indispensable de les informer que le comportement suicidaire peut exister chez un enfant, et les encourager à construire un lien d'attachement solide avec leurs enfants, basé sur l'attention bienveillante et la communication positive. [95] [96]

Enfin, pour être efficace, une stratégie de prévention doit prévoir la collaboration entre les secteurs sanitaires et les autres secteurs aux niveaux gouvernemental et non gouvernemental. Les communautés doivent apporter un soutien social aux personnes vulnérables, s'impliquer dans les soins de suivi, lutter contre la stigmatisation et venir en aide aux personnes endeuillées suite à un suicide. La prévention précoce doit être une composante essentielle de toute stratégie.

11. Principes de prise en charge des suicidants au service de psychiatrie à l'hôpital IBN NAFIS :

La prise en charge des suicidants au niveau du service de psychiatrie à l'hôpital IBN NAFIS se fait en plusieurs étapes ; de l'accueil aux urgences, au suivi ambulatoire, passant par la période d'hospitalisation.

11.1. Accueil :

Les urgences psychiatriques constituent le lieu du premier contact de l'équipe médicale et paramédicale avec le suicidant ; d'où l'intérêt d'établir un lien de confiance en assurant la sécurité du patient.

On trouve deux situations :

- Le patient est adressé aux urgences psychiatriques par un autre service (urgences générales, service de réanimation, service de traumatologie, service de chirurgie viscérale ...). Ce cas de figure illustre l'importance de la collaboration entre les différents services au sein du CHU (psychiatrie, réanimation, urgences, chirurgie, médecine, SAMU...). Cela se manifeste dans nos résultats indiquant que :
 - ✓ Tous les suicidants ont bénéficié d'une consultation aux urgences médicochirurgicales,
 - ✓ 18,3% des suicidants ont été hospitalisés aux services de médecine et/ou de chirurgie,
 - ✓ 9,2% des suicidants ont été hospitalisés en réanimation.
- Le patient est amené par sa famille ou par une autre personne directement aux urgences psychiatriques sans passer par les urgences générales. Dans ce cas, la famille doit être sensibilisée aux risques de cette conduite (perte de temps, engagement du pronostic vital et fonctionnel...). Le patient sera adressé aux urgences médicochirurgicales pour évaluer le risque vital et fonctionnel, chercher les complications et demander les avis spécialisés en fonction du geste suicidaire. Par la suite, le patient sera réadmis aux urgences psychiatriques une fois l'urgence organique est éliminée.

L'entretien avec le patient et sa famille est un moment crucial pour déterminer la présence d'une maladie psychiatrique sous jacente et connaître les antécédents du patient en particulier l'usage de toxiques et les comorbidités, ainsi que les circonstances de la TS.

A la fin de cet entretien, il sera possible de prescrire un traitement étiologique selon la pathologie psychiatrique, un traitement sédatif et anxiolytique de courte durée et demander d'autres examens complémentaires en fonction des indications.

En général, l'hospitalisation des suicidants au service de psychiatrie sera le cas.

11.2. Hospitalisation :

Pendant l'hospitalisation du patient au service de psychiatrie la prise en charge est globale intéressant plusieurs aspects et ayant différents objectifs :

- L'évaluation de l'état organique des patients par le médecin somaticien de l'hôpital.
- L'évaluation et l'ajustement du traitement étant déjà prescrit selon la symptomatologie.
- Le recours à l'isolement et la contention si nécessaire, pour protéger et mieux surveiller le patient.
- La réduction du risque suicidaire par la surveillance et l'évitement des moyens pouvant être utilisés dans l'acte suicidaire.
- L'évaluation journalière de l'évolution des symptômes : l'intentionnalité suicidaire, l'état du sommeil (le risque suicidaire est augmenté pendant la nuit et le petit matin en cas d'insomnie), le syndrome d'influence (la présence d'hallucinations augmente le risque suicidaire)...
- L'évaluation de l'usage et l'addiction aux substances toxiques en particulier à l'alcool et au cannabis (augmentent le risque suicidaire) pour une éventuelle prise en charge addictologique après la sortie du patient.
- L'initiation de la thérapie cognitivo-comportementale des comportements suicidaires en utilisant la technique du pour (se suicider) et du contre (rester en vie), ainsi que l'entraînement à la planification des actions pour gérer l'impulsivité chez les patients.
- L'application de l'ergothérapie (activités sportives, culturelles et artistiques...) dans le but d'une réadaptation personnelle des suicidants.

La sortie vient après une durée d'hospitalisation plus ou moins prolongée après un nettoyage complet des idées suicidaires.

11.3. Suivi :

Le suivi des patients se fait en consultation externe et à rythmes rapprochés dans le but de :

- Chercher la réapparition des idées suicidaire et évaluer le recours à une autre hospitalisation.
- Adapter la posologie des médicaments en fonction de la symptomatologie.
- Continuer la TCC de dépression et/ou de suicide et de planification des actions.
- Améliorer les relations intrafamiliales et la réintégration socioprofessionnelle.

II. Discussion des résultats :

Au cours de ce chapitre, nous allons discuter les différentes caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients, ainsi que des tentatives de suicide, étudiées dans notre travail en faisant la comparaison avec les études de la littérature.

1. Données sociodémographiques :

1.1. Age :

Dans notre étude, il y a une prédominance des patients suicidants ayant un âge compris entre 20 et 40 ans (64,2%), ainsi que dans la majorité des études, notamment, de R. Taghlaoui [97], de Y. Oumetjar [98], de D. Bentamra [99], et de N. Perroud [72]. (Tableau IX)

Tableau IX: Pourcentage des suicidants selon l'âge

Age	N. Perroud N=164 2007 (France) [72]	D. Bentamra N=100 2012 (Algérie) [99]	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
<20 ans	37,3%	26%	10,7%	19,5%	12,5%
20-40 ans	56,5%	59%	69%	61%	64,2%
>40 ans	6,2%	14%	20,7%	19,5%	23,3%

1.2. Sexe :

Dans notre série, on a trouvé une prédominance du sexe féminin (60,8%). Ce résultat est similaire à celui de D. Bentamra [99], de R. Taghlaoui [97], de G. Reidi [100], de l'INPES [101] et de l'ORS [102]. (Tableau X)

Tableau X: Pourcentage des suicidants selon le sexe

Sexe	ORS N=1791 2013 (France) [102]	INPES N=25771 2010 (France) [101]	G. Riedi N=606 2012 (France) [100]	D. Bentamra N=100 2012 (Algérie) [99]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Homme	37,9%	45,3%	31%	40%	36%	39,2%
Femme	62,1%	54,7%	69%	60%	64%	60,8%

1.3. Milieu de vie :

Dans notre étude, ainsi que dans la plupart des études : R. Taghlaoui [97], Y. Oumetjar [98], L. Pennognon et al [103], C. Esquivel et al [104] et M. Kim et al [05], les sujets qui vivent au milieu urbain sont nettement prédominants. (Tableau XI)

Tableau XI: Pourcentage des suicidants selon le milieu de vie

Milieu de vie	M.Kim et al N=795 2013 (Corée du Sud) [105]	C.Esquivel et al N=276 2014 (Mexique) [104]	L.Pennognon et al N=440 2013 (France) [103]	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R.Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Rural	40,8%	20%	25%	17,8%	20%	34,2%
Urbain	59,2%	80%	75%	82,2%	80%	65,8%

1.4. Statut marital :

Dans notre série, les célibataires représentent 43,3%. Ce résultat est proche à ce de L. Pennognon et al [103]. (Tableau XII)

Tableau XII: Pourcentage des suicidants selon le statut marital

Statut marital	K.Hajji et al N=77 2015 [107] (Tunisie)	C.Perrot N=132 2015 [106] (France)	L.Pennognon et al N=440 2013 [103] (France)	D.Bentamra N=100 2012 [99] (Algérie)	R.Taghlaoui N=92 2009 [97] (Fès)	Notre étude (Marrakech)
Célibataire	74%	62,9%	39%	86%	61%	43,3%
Marié	23,4%	28,8%	39%	10%	25,5%	40,0%
Divorcé	2,6%	7,6%	17%	3%	13,5%	13,3%
Veuf	-	0,8%	5%	1%		3,3%

1.5. Nombre d'enfants :

Dans notre étude, 48,3% des patients n'ont pas d'enfant. Ce résultat est proche de celui de R. Taghlaoui [97], et inférieur à celui de N. Mansouri [108] et G. Riedi [100]. Cette différence peut être expliquée par la taille d'échantillon (petite dans la première étude et grande dans la deuxième) et la spécificité de la population (jeune militaire dont la majorité n'est pas encore mariée dans la première étude et population occidentale dans la deuxième). (Tableau XIII)

Tableau XIII: Pourcentage des suicidants selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	G. Riedi N=606 2012 (France) [100]	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie) [108]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Pas d'enfant	71,1%	90%	50,9%	48,3%
1-2 enfants	28,9%	10%	30,2%	35%
≥3 enfants		0%	18,9%	16,7%

1.6. Niveau scolaire :

Presque la moitié des suicidants dans notre étude avait un faible niveau de scolarité (non scolarisé ou niveau primaire), ce résultat rejoint des études faites au Maroc (Fès et Rabat), en Algérie et en Tunisie. (Tableau XIV)

Tableau XIV: Pourcentage des suicidants selon le niveau scolaire

Niveau scolaire	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	D. Bentamra N=100 2012 (Algérie) [99]	K. Hajji et al N=77 2016 (Tunisie) [107]	Notre étude (Marrakech)
Faible (\leq primaire)	56%	31%	32%	37,7%	42,5%
Secondaire	32%	38%	64%	53,2%	43,4%
Universitaire	12%	31%	4%	9,1%	14,2%

1.7. Activité professionnelle :

Dans notre étude ainsi que dans la plupart des études maghrébines : R. Taghlaoui [97], Y. Oumetjar [98], D. Bentamra [99], presque les deux tiers des suicidants sont inactifs. A l'inverse, dans les études faites en France : G. Riedi [100], INPES [101], on trouve une nette prédominance des suicidants actifs. Cela peut être expliqué par l'élévation du taux de chômage dans ces pays maghrébins. (Tableau XV)

Tableau XV: Pourcentage des suicidants selon l'activité professionnelle

Profession	INPES N=25771 2010 (France) [101]	G. Riedi N=606 2012 (France) [100]	D. Bentamra N=100 2012 (Algérie) [99]	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Inactif (> 1 an)	35,4%	25,5%	73%	75,1%	60%	60%
Actif	64,6%	74,5%	27%	24,9%	40%	40%

1.8. Niveau socio-économique :

Dans notre étude, on trouve une prédominance des suicidants ayant un niveau économique moyen et bas, ainsi que dans la majorité des études antérieures :

- R. Taghlaoui [97],
- Y. Oumetjar [98],
- C. Esquivel et al [104],
- M. Kim et al [105],
- INPES [101]. (Tableau XVI)

Tableau XVI: Pourcentage des suicidants selon le niveau socio-économique

Niveau socioéconomique	INPES N=25771 2010 (France) [101]	M. Kim et al N=795 2013[105] (Corée du Sud)	C. Esquivel et al N=276 2014 [104] (Mexique)	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Bas	28,3%	42,6%	36,9%	48,3%	61%	28,3%
Moyen	42%	45,1%	60,8%	43,3%	31%	65%
Elevé	29,7%	12,3%	2,3%	13,8%	8%	6,7%

1.9. Vie :

Dans notre série, les suicidants qui habitent seuls ont représenté 11,7% ; résultat proche de celui de Y. Oumetjar [98] et de R. Taghlaoui [97]. Ce résultat est inférieur à celui trouvé dans les séries qui ont été faites en France : G. Riedi [100], INPES [101], L. Pennognon et al [103]. Cela peut être expliqué par la structure familiale encore traditionnelle au Maroc. (Tableau XVII)

Tableau XVII: Pourcentage des suicidants selon la vie

Vie	INPES N=25771 2010 (France) [101]	L. Pennognon et al N=440 2013 (France) [103]	G. Riedi N=606 2012 (France) [100]	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Seul	23,5%	28,7%	56%	7,1%	18%	11,7%
Accompagné	76,5%	71,3%	44%	92,9%	82%	88,3%

1.10. Nombre de fratrie :

Les deux tiers (65%) des suicidants, dans notre étude, avaient une fratrie de plus de 3. Ce résultat est proche à celui de A. Mechri et al (57,8%) faite en Tunisie en 2004 (N=90) [56]. Il est supérieur à celui de M. Kim et al (7,4%) en Corée du Sud en 2013 (N=795) [105], probablement, du fait des caractéristiques démographiques de la population coréenne.

1.11. Perte de parents :

Dans notre étude, 47,5% des suicidants ont au moins une perte d'un des parents. Ce résultat est proche de celui de R. Taghlaoui : 60,4% (Fès 2009, N=92) [97], de S. Halayem et al : 35,2% (Tunisie 2017, N=159) [109] et de A. Mechri et al : 30% (Tunisie 2004, N=90) [56]. Il est

supérieur à celui de M. Kurzenne : 8% (France 2014, N=374) [110], probablement, à cause de la réalisation de cette étude sur un échantillon d'adolescents.

1.12. Divorce de parents :

Les résultats de notre série indiquent que 15% des suicidants ont des parents divorcés. Cela rejoint les résultats de L. E. Fried et al : 18,6% (Etats Unis 2012, N=127) [111] et inférieur à ceux de N. C. Rigbini et al : 39% (Suisse 2005, N=186) [68] et M. Kurzenne : 52% (France 2014, N=374) [110].

1.13. Intégration familiale :

Dans notre étude, les deux tiers des patients (60%) ont une faible intégration familiale. Ce résultat est similaire à celui de S. Halayem et al [109] et supérieur à celui de Y. Oumetjar [98], de D. Bentamra [99] et de M. Kim et al [105]. Cela peut être expliqué par le fait que la taille d'échantillon est réduite dans l'étude de Y. Oumetjar, et que notre échantillon est constitué de patients hospitalisés en psychiatrie, contrairement aux autres études qui ont été réalisées aux urgences générales (M. Kim et al, D. Bentamra). (Tableau XVIII)

Tableau XVIII: Pourcentage des suicidants selon l'intégration familiale

Intégration familiale	M. Kim et al N=795 2013 (Corée du Sud) [105]	D. Bentamra N=100 2012 (Algérie) [99]	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	S. Halayem et al N=159 2017 (Tunisie) [109]	Notre étude (Marrakech)
Bonne	67%	29%	31%	42,1%	12,5%
Moyenne		49%	31%		27,5%
Faible	33%	22%	28%	57,9%	60%

1.14. Pratique religieuse :

Dans notre série ainsi que dans la plupart des études antérieures : O. Mandhouj [112], K. Dervic et al [113] et K. Dervic et al [114], on trouve une prédominance des sujets croyants. La présence de quelques différences est liée, probablement, aux caractéristiques sociales et spirituelles de ces différentes populations. (Tableau XIX)

Tableau XIX: Pourcentage des suicidants selon la pratique religieuse

	Pratique religieuse	O. Mandhouj N=88 2015 (France) [112]	K. Dervic et al N=200 2011 (Etats Unis) [114]	K. Dervic et al N=371 2004 (Etats Unis) [113]	Notre étude (Marrakech)
Croyant	Pratiquant	35,2%	74,5%	82,2%	58,3%
	Non pratiquant	20,5%			35%
Non croyant		44,3%	25,5%	17,8%	6,7%

1.15. Estime de soi :

Dans notre série, il y a une prédominance des suicidants ayant une faible estime de soi dans 60,8% des cas. Ce résultat rejoint celui de C. Perrot [106] et de M. Kim et al [105]. (Tableau XX)

Tableau XX: Pourcentage des suicidants selon l'estime de soi

Estime de soi	M. Kim et al N=795 2013 (Corée du Sud) [105]	C. Perrot N=132 2015 (France) [106]	Notre étude (Marrakech)
Bonne	15,1%	45%	8,3%
Moyenne	30,4%		30,8%
Faible	54,5%	55%	60,8%

2. Antécédents :

2.1. Antécédents de TS :

- Dans notre étude 55,8% des patients sont des récidivistes. Ces caractéristiques sont :
 - Similaires à celles de R. Taghlaoui 54% (Fès 2009, N=92) [97] et de L. Pennognon 55% (France 2013, N=440) [103],
 - Supérieurs à celles de D. Bentamra 23% (Algérie 2012, N=100) [99] et de G. Riedi 43,3% (France 2012, N=606) [100],
 - Inférieurs à ceux de Y. Oumetjar 69% (Rabat 2013, N=30) [98].

- Selon L. Pennognon (France 2013, N=440) [103], 67% des récidivistes, ont fait moins de 4 TS, ce qui est inférieur au résultat trouvé dans notre étude (75,8%).
- Selon l'InVS, en France métropolitaine [115], 68,8% des récidivistes avaient une durée inférieure à 12 mois entre les deux dernières TS, ce qui est inférieur au résultat trouvé dans notre étude (84,8%).

Ces chiffres élevés sont dus au type de notre échantillon composé de patients suivis pour troubles psychiatriques.

2.2. Antécédents de consultation psychiatrique :

Dans notre étude 84,2% des patients ont déjà consulté un psychiatre. Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés dans l'étude de A. Mechri 37% (Tunisie 2004, N=90) [56], de R. Taghlaoui 49% (Fès 2009, N=92) [97] et de G. Riedi 56,3% (France 2012, N=606) [100], probablement à cause de la réalisation de ces études aux urgences.

2.3. Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie :

- Dans notre étude 55% des patients ont au moins une hospitalisation au service de psychiatrie. Nos résultats sont :
 - Proches de ceux de Y. Oumetjar 69% (Rabat 2013, N=30) [98], G. Riedi 41% (France 2012, N=606) [100] et R. Taghlaoui 32% (Fès 2009, N=92) [97].
 - Supérieurs à ceux et de A. Mechri 25% (Tunisie 2004, N=90) [56], probablement, due à la réalisation de cette étude aux urgences générales.
- Selon l'InVS, en France métropolitaine [115], durant la période 2004–2011, 96,6% des suicidants avaient moins de 4 hospitalisations, ce qui est proche au résultat trouvé dans notre étude (83,3%).

2.4. Troubles psychiatriques :

Dans notre série, 45,8% des patients ont un trouble psychotique contre 40,9% qui ont un trouble de l'humeur. Nos résultats sont :

- Proches à ceux de R. Taghlaoui [97] et de Y. Oumetjar [98].
- Supérieurs à ceux de D. Bentamra [99] et de A. Mechri et al [56], ainsi que de l'étude réalisée par l'InVS [115].

Cette différence est liée, probablement, au type d'échantillon (consultant aux urgences générales), chez qui les troubles d'adaptation et de l'humeur sont les plus fréquents. (TableauXXI)

Tableau XXI: Pourcentage des suicidants selon le trouble psychiatrique

Trouble psychiatrique	InVS 2004-2011 (France) [115]	A. Mechri et al N=90 2004 (Tunisie) [56]	D. Bentamra N=100 2012 (Algérie) [99]	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Tr. psychotiques	2,6%	5,6%	5%	54,2%	30%	45,8%
Tr. de l'humeur	36,7%	19%	26%	29,2%	35%	40,9%
Tr. anxieux	8,9%	-	4%	-	10%	5,8%
Tr. addictifs	21,2%	-	6%	-	2%	2,5%
Tr. de personnalité	-	-	-	16,6%	22%	3,3%
Autres (tr. d'adaptation+++)	41,1%	75,4%	59%	-	1%	1,7%

2.5. Consommation de toxiques :

a. Présence de consommation de toxiques :

Nos résultats indiquent que 44,2% des suicidants ont consommé au moins une substance toxique. Ces résultats sont inférieurs à ceux de E.M. Forman et al 70,3% (Etats Unis 2004, N=153) [57] et de Y. Oumetjar 69% (Rabat 2013, N=30) [98]. Cela peut être lié à la disponibilité des produits toxiques, dans l'étude de E.M Forman et al, et à la taille réduite de l'échantillon dans l'étude Y. Oumetjar.

A l'exclusion de la consommation du tabac, 27,5% des patients de notre étude ont utilisé au moins une substance psychoactive, ce résultat rejoint celui de R. Taghlaoui 32% (Fès 2009, N=92) [97]. En outre, il est nettement inférieur à celui de N. Mansouri 50% (Algérie 2015, N=60) [108], probablement par ce que l'étude a été faite uniquement chez des hommes militaires.

NB : Le tabagisme était inclus dans notre étude ainsi que dans celle de E.M. Forman et al [57] et de Y. Oumetjar [98], et non inclus dans celle de R. Taghlaoui [97] et de N. Mansouri [108].

b. Types de toxiques :

Dans notre étude, 86,8% des usagers sont tabagiques, 47,2% consomment l'alcool et 39,6% consomment du cannabis. Nos résultats sont :

- Proches de ceux trouvés dans les études qui ont été faites en France [110-112].
- Inférieurs à ceux de N. Mansouri [108], probablement, en raison de la réalisation de cette étude uniquement chez des hommes militaires. (Tableau XXII)

Tableau XXII: Pourcentage des usagers selon la substance toxique

Substances toxiques	O. Mandhouj N=88 2015 [112] (France)	M. Kurzenne N=374 2014 [110] (France)	N. Mansouri N=60 2015 [108] (Algérie)	R. Taghlaoui N=92 2009 [97] (Fès)	Notre étude (Marrakech)
Tabac	64,8%	69%	-	-	86,8%
Alcool	52%	59%	80%	21,1%	47,2%
Cannabis	22,8%	25%	80%	22,9%	39,6%
Autres	6,8%	11%	20%	15,1%	7,5%

c. Addiction à la substance toxique la plus utilisée :

Nos résultats, ainsi que ceux de Y. Oumetjar (Rabat, N=30) [98], indiquent qu'il y a une prédominance d'addiction modérée ou sévère. A l'inverse, on trouve une prédominance d'addiction légère, dans la majorité des études :

- R. Taghlaoui [97],
- N. Mansouri [108],
- G. Riedi [100],
- O. Mandhouj [112].

Ce résultat peut être expliqué par le fait que nous avons utilisé les critères récents DSM-5.

(TableauXXIII)

Tableau XXIII: Pourcentage des usagers selon l'addiction

Addiction	O. Mandhouj N=88 2015 (France) [112]	G. Riedi N=606 2012 (France) [100]	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie) [108]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	Notre étude (Marrakech)
Absente	70,5%	64,4%	60%	24%	15%	11,3%
Légère	3,4%			32%	20%	13,2%
Modérée	3,4%	3,9%	23,3%	16%	65%	32,1%
Sévère	22,7%	31,7%	16,7%	28%		43,4%

2.6. Evénements de vie :

Dans notre série, nous avons trouvé que 57,5% des suicidants ont des traumatismes psychiques, 39,2% ont subi une violence physique, 26,7% ont subi une violence sexuelle et 20% ont des antécédents judiciaires. Nos résultats sont proches des résultats trouvés dans la majorité des séries antérieures :

- J. Vajda et al [55],
- E.M. Forman et al [57],
- S. Halayem [109],
- L. Fried et al [111]. (Tableau XXIV)

Tableau XXIV: Pourcentage des suicidants selon les événements de vie

Evénements	INPES N=25771 2010 (France) [101]	J. Vajda et al N=112 2000 (Australie) [55]	E.M Forman et al N=153 2004 (Etats Unis) [57]	L. Fried et al N=127 2012 (Etats Unis) [111]	S. Halayem N=159 2017 (Tunisie) [109]	Notre étude (Marrakech)
Traumatisme psychique	-	50%	-	55,2%	-	57,5%
Violence physique	25,3%	44%	54%	43,3%	37,1%	39,2%
Violence sexuelle	9,6%	27,7%	30%	17,4%	16,4%	26,7%
Judiciaire	-	-	25,2%	16,6%	20,1%	20%

2.7. Antécédents familiaux :

Concernant les antécédents familiaux, Les résultats de notre étude indiquent un trouble psychiatrique dans 41,7%, une hospitalisation au service de psychiatrie dans 27,5%, une TS dans 20%, un suicide dans 14,2% et une consommation de toxiques dans 66,7% des cas (le tabagisme est inclus).

Nos résultats sont proches à ceux trouvés dans l'étude de R. Taghlaoui [97], de L. Wexler et al [116] et de E. Forman et al [57]. (Tableau XXV)

Tableau XXV: Pourcentage des suicidants selon les antécédents familiaux

Antécédents familiaux	E.Forman et al N=153 2004 [57] (Etats Unis)	L.Wexler et al N=510 2012 [116] (Etats Unis)	A.Mechri et al N=90 2004 [56] (Tunisie)	R.Taghlaoui N=92 2009 [97] (Fès)	Notre étude (Marrakech)
Maladie psychiatrique	47%	49%	15,6%	34,4%	41,7%
Hospitalisation en psychiatrie	36%	38,6%	11,5%	15,6%	27,5%
TS	34%	44,3%	14,4%	13,5%	20%
Suicide	20,3%			6,7%	14,2%
Consommation de toxiques	-	73,8%	-	54%	66,7%

3. Caractéristiques des tentatives de suicide :

3.1. Motif évoqué :

Dans notre série, les suicidants ont évoqué comme motif de TS, un conflit familial ou conjugal dans 35% des cas, une hallucination ou un délire dans 26,7% et un sentiment négatif dans 20,1%. Nos résultats sont similaires à ceux indiqués dans l'étude de R. Taghlaoui [97]. Par contre, on trouve une nette prédominance des conflits familiaux et conjugaux et une absence des hallucinations et des délires, dans les autres études : A. Mechri [56], D. Bentamra [99] et L. Pennognon [103]. Cette différence des résultats est probablement à cause de la réalisation de notre étude, ainsi que celle de R. Taghlaoui, en service de psychiatrie. (Tableau XXVI)

Tableau XXVI: Pourcentage des suicidants selon le motif évoqué de la TS

Motif de TS	L.Pennognon et al N=440 2013 (France) [103]	A.Mechriet al N=90 2004 (Tunisie) [56]	D.Bentamra N=100 2012 (Algérie) [99]	R.Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Conflits familiaux ou conjugaux	48,5%	72,2%	74%	37,3%	35%
Hallucination et délire	-	-	-	27%	26,7%
Sentiments négatifs	19%	15,6%	-	17,6%	20,1%
Difficultés professionnelles	5,5%	1,2%	17%	5,1%	6,7%
Difficultés financières	4,5%	-	-	-	3,3%
Autres	23%	11,2%	9%	13%	8,4%

3.2. Moyen utilisé :

Dans notre étude, les suicidants ont utilisé l'auto-intoxication dans le tiers (33,3%) des cas, la phlébotomie dans le quart (25,8%), la défenestration dans 16,7% et la pendaison dans 15,8%.

Ces résultats sont proches de ceux des études qui ont été faites en service de psychiatrie : R. Taghlaoui [97] et de Y. Oumetjar [98].

A l'inverse, dans la majorité des études antérieures qui ont été faites au niveau des urgences médico-chirurgicales, on trouve une nette prédominance des auto-intoxications :

- L'étude de A. Mechri et al [56],
- L'étude de D. Bentamra [99],
- L'étude de L. Pennognon [103],
- L'étude de O. Mandhouj [112],
- L'étude réalisée par l'InVS [115].

Cette différence peut être due aux types de pathologies rencontrées dans notre échantillon (troubles psychotiques, troubles de l'humeur : troubles bipolaires) dans lesquelles les moyens utilisés sont plus violents. (Tableau XXVII)

Tableau XXVII: Pourcentage des suicidants selon le moyen utilisé dans la TS

Moyens	InVS 2004– 2011 (France) [115]	O.Mandhouj N=88 2015 (France) [112]	L.Pennognon et al N=440 2013 (France) [103]	A.Mechri et al N=90 2004 (Tunisie) [64]	D.Bentamra N=100 2012 (Algérie) [99]	Y.Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R.Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Auto-intoxication	90%	84%	87%	83,3%	90%	13,7%	38,4%	33,3%
Phlébotomie	10%	6,8%	6%	–	5%	27,6%	7%	25,8%
Défenestration		1,2%	1%	–	1%	17,2%	22%	16,7%
Pendaison		3,4%	4%	–	3%	37,9%	12,6%	15,8%
Autres		4,6%	2%	16,7%	1%	3,4%	20%	8,3%

a. Médicaments utilisés :

Dans notre étude ainsi que dans la plupart des études antérieures, on trouve une nette prédominance des auto-intoxications aux psychotropes. Les antidépresseurs sont les plus utilisés (36,7%) dans notre étude, suivis des neuroleptiques (30,3%). Tandis que, dans les autres études, les anxiolytiques sont les plus utilisés : R. Taghlaoui [97], D. Bentamra [99] et C. Lallemand [116].

Cette différence est liée probablement aux types de troubles psychiatriques rencontrés chez les suicidants (troubles psychotiques et troubles de l'humeur), rendant ces médicaments à la portée des patients. (TableauXXVIII)

Tableau XXVIII: Pourcentage des auto-intoxications selon le médicament

Médicaments	C. Lallemand N=1535 2010 [116] (France)	D. Bentamra N=100 2012 [99] (Algérie)	R. Taghlaoui N=92 2009 [97] (Fès)	Notre étude (Marakech)
Anxiolytiques	56,5%	29,4%	50%	13,3%
Antidépresseurs	12%	23,5%	10%	36,7%
Neuroleptiques	7%	13,8%	10%	30,0%
Antiépileptiques	2%	9,8%	5%	13,3%
Autres	22,5%	23,5%	25%	6,7%

3.3. Intimité lors de TS:

Dans notre série, 71,7% des suicidants ont effectué la TS quand ils étaient seuls. Ce résultat est similaire à ce qui trouvé dans l'étude de R. Taghlaoui 71,3% (Fès 2009, N=92) [97], de Y. Oumetjar 69% (Rabat 2013, N=30) [98] et de L. Wexler et al 85,1% (Etats Unis 2012, N=510) [117].

3.4. Lieu de TS :

Dans notre étude, ainsi que dans la majorité des études, on trouve une prédominance nette de la réalisation des TS à domicile :

- A. Mechri et al [56],
- R. Taghlaoui [97],
- Y. Oumetjar [98],
- N. Mansouri [108],
- L. Wexler et al [117]. (Tableau XXIX)

Tableau XXIX: Pourcentage des TS selon le lieu

Lieux de TS	L. Wexler et al N=510 2012 (Etats Unis) [117]	A. Mechri et al N=90 2004 (Tunisie) [56]	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie) [108]	Y.Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Domicile	62,6%	84,4%	80%	79%	81%	72,5%
Extérieur	37,4%	15,6%	20%	21%	19%	27,5%

3.5. Heure de TS :

Nos résultats indiquent que 51,7% des TS se sont passées pendant la nuit ou le petit matin : période où les patients sont seuls et ont plus d'intimité. Ces résultats sont proches de ceux de N. Mansouri [108], et supérieurs à ceux de R. Taghlaoui [97], où il y a une prédominance des TS pendant l'après-midi. (Tableau XXX)

Tableau XXX: Pourcentage des TS selon l'heure

Heure de TS	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie) [108]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Nuit et petit matin	50%	28,1%	51,7%
Matin	10%	32,6%	22,5%
Après midi	40%	39,3%	25,8%

3.6. Saison de TS :

Les résultats de notre série indiquent qu'il y a une prédominance des TS qui ont été réalisées en automne (35,8%). Ce résultat est supérieur à celui de N. Mansouri [108] et de H. Jung [118], où il y a une prédominance des TS au printemps. Cette disparité de résultats est due au fait que notre étude a duré un an, et a couvert toutes les saisons, contrairement aux autres séries. (Tableau XXXI)

Tableau XXXI: Pourcentage des TS selon la saison

Saison de TS	H. Jung N=273 2009 (Romanie) [118]	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie) [108]	Notre étude (Marrakech)
Hiver	14%	13,3%	18,3%
Printemps	39,7%	46,7%	20,8%
Eté	33,3%	10%	25,0%
Automne	23%	30%	35,8%

3.7. Cadre de déroulement de l'acte suicidaire :

Nos résultats, concernant l'impulsivité (42,5%) et la planification (20,8%) de l'acte suicidaire, sont similaires à ceux de R. Taghlaoui [97], de D. Bentamra [99] et de N. Mansouri [108].

Dans notre étude, ainsi que dans les autres séries (R. Taghlaoui, D. Bentamra, N. Mansouri), on trouve une prédominance de l'impulsivité. Tandis que, dans l'étude de R. Taghlaoui l'angoisse a prédominé, probablement, par ce qu'il y a plus de suicidants ayant un trouble anxieux.

A l'inverse, l'étude de Y. Oumetjar [98] indique que la planification de l'acte suicidaire a été évoquée dans 86% des cas. Ce résultat peut être dû à la taille réduite de l'échantillon et aux types de troubles psychiatriques rencontrés chez les suicidants. (Tableau XXXII)

Tableau XXXII: Pourcentage des TS selon le cadre de déroulement

Déroulement	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie) [108]	D. Bentamra N=100 2012 (Algérie) [99]	Y.Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Prémédité	20%	18%	86%	7,9%	20,8%
Impulsion	45%	44,5%	14%	42,7%	42,5%
Angoisse	35%	37,5%		49,4%	36,6%

3.8. Autres caractéristique de TS :

Nos résultats sont globalement proches aux résultats des études de R. Tghlaoui [97], de Y. Oumetjar [98] et de N. Mansouri [108], concernant l'idéation suicidaire avant l'acte, la divulgation de l'intention suicidaire et la demande de l'aide de l'entourage. (Tableau XXXIII)

Tableau XXXIII: Pourcentage des suicidants selon d'autres caractéristiques des TS

Caractéristiques	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie) [108]	Y.Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Idéation suicidaire avant l'acte	60%	69%	66%	85,8%
Divulgation de l'intention suicidaire	10%	52%	35%	40,8%
Demande de l'aide de l'entourage	16,7%	52%	24%	6,7%

3.9. Soins médicaux :

Dans notre étude, les soins médicaux ont été faits en ambulatoire dans 68,4% des cas, et en intra hospitalier dans 31,6% (hospitalisation : 18,3%, réanimation : 9,2%, actes chirurgicaux : 4,2%). Ces résultats sont proches de ceux trouvés dans l'étude de R. Taghlaoui [97], de G. Riedi [100]. (Tableau XXXIV)

Tableau XXXIV: Pourcentage des suicidants selon les soins médicaux suite à la TS

Soins médicaux	G. Riedi N=606 2012 (France) [100]	Y.Oumetjar N=30 2013 (Rabat) [98]	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès) [97]	Notre étude (Marrakech)
Soin ambulatoire	70,2%	38,2%	66%	68,4%
Hospitalisation	29,8%	41,4%	24%	18,3%
Réanimation		17,2%	10%	9,2%
Chirurgie		3,4%		4,2%

A savoir qu'en France, 89 072 patients ont totalisé 134 051 séjours hospitaliers suite à une TS en 2012. Parmi ces patients, 56,6% des patients ont été hospitalisés exclusivement aux services médico-chirurgicaux, 6,6% uniquement aux services psychiatriques et 36,8% aux services médico-chirurgicaux puis aux services psychiatriques. [119]

Cela donne une idée globale sur l'insuffisance de la prise en charge psychiatrique et somatique des suicidants à travers le monde.

3.10. Intentionnalité suicidaire selon l'échelle de Beck :

Les résultats de notre série indiquent que 52,5% des suicidants avaient une intentionnalité suicidaire élevée. Ce résultat élevé est probablement dû au fait que ces patients étaient évalués dans la semaine qui a suivi l'admission aux urgences. (Tableau XXXV)

Tableau XXXV: Pourcentage des suicidants selon l'intentionnalité suicidaire

Intentionnalité suicidaire	G. Riedi N=606 2012 (France) [100]	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie) [108]	Notre étude (Marrakech)
Faible	37,6%	75%	5,8%
Moyenne		20%	41,7%
Elevée	62,4%	5%	52,5%

En résumé, l'analyse comparative de nos résultats aux données de la littérature fait ressortir que les TS sont fréquemment liées :

- Au sexe féminin,

- A la tranche d'âge comprise entre 20 et 40 ans,
- Au milieu urbain,
- Au dysfonctionnement du système familial (conflits, faible intégration...),
- A la faible estime de soi,
- Aux troubles psychiatriques,
- A l'usage des substances psychoactives,
- A certains traits de personnalité (impulsivité).

III. Limites de notre étude :

Les objectifs de notre travail sont :

- Décrire le profil sociodémographique et clinique des suicidants.
- Décrire les caractéristiques des tentatives de suicide.
- Etudier le rapport entre les différentes caractéristiques des TS.
- Etudier l'intentionnalité suicidaire chez les patients.

Les limites de notre étude sont :

- La multiplicité des facteurs de risque des TS, ainsi que leurs innombrables caractéristiques nous ont limités à l'étude des paramètres qui nous ont semblés les plus pertinents.
- Nous avons étudié l'estime de soi, le sentiment d'intégration familiale et la satisfaction professionnelle, de façon subjective pour ne pas alourdir le questionnaire de notre étude.
- Les échelles utilisées sont en langue française, non encore traduites.
- Le manque de statistiques officielles et d'études dans notre pays sur ce sujet.



PERSPECTIVES
&
RECOMMENDATIONS



Au terme de cette étude, nous avons déduit certaines recommandations dans le but d'améliorer la prise en charge et la prévention des TS ; en nous inspirant des expériences d'autres pays [1] [24].

I. Volet « prise en charge » :

- Intégration des interventions dans un projet global de santé dont la participation intéresse tous les intervenants : psychiatres, somaticiens, assistants sociaux, familles, autorités...
- Amélioration de l'offre et de la qualité des soins en santé mentale.
- Création des réseaux de collaboration entre les équipes médicales des différentes structures sanitaires (urgences, réanimation, psychiatrie...) pour une prise de charge adéquate des suicidants.
- Création des centres multidisciplinaires de prise en charge des sujets avec conduites suicidaires. Il s'agit de centres répondant à la nature clinique et évolutive du processus suicidaire où sera intégrée l'unité d'accueil médico-psychologique. Ces centres doivent participer :
 - Au repérage et la prise en charge des sujets à risque.
 - A la prise en charge des patients venant de faire une TS et de leurs familles.
 - A la prise en charge des proches endeuillés par le suicide.
 - A l'intégration des suicidants dans des programmes psychothérapeutiques, de réhabilitation psychosociale et de psychoéducation.
 - A la pratique de l'ergothérapie et la réintégration socioprofessionnelle.
- Organisation des projets de recherche sur le phénomène suicidaire au **Maroc** :
 - La collecte des statistiques, de façon régulière et continue, au niveau des structures sanitaires afin de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et les facteurs de risque associés aux conduites suicidaires.

- La création d'équipes multidisciplinaires au niveau national dans le but d'élaborer des protocoles communs de prévention et de prise en charge des comportements suicidaires.
- Envisager, dans l'avenir, des études scientifiques plus approfondies en rapport avec la recherche biologique, radiologique et génétique en suicidologie.

II. Volet « Famille » :

- Impliquer la famille dans la prise en charge thérapeutique car elle est souvent au centre de la problématique suicidaire.
- Proposer des programmes de psychoéducation, d'entraide et de soutien aux familles des patients ayant un comportement suicidaire.

III. Volet « Société » :

- Création des associations nationales pour la prévention du suicide et la réinsertion socioprofessionnelle des suicidants.
- Utilisation des réseaux sociaux et les médias dans la sensibilisation contre les comportements suicidaires.
- Insistance sur le rôle de l'école en termes de repérage des élèves suicidaires, d'éducation basée sur l'estime de soi, le développement relationnel et la résolution des problèmes.
- Sensibilisation des parents (écoles, associations, médias) contre les dangers éventuels des réseaux sociaux, des jeux et des applications qui mènent leurs enfants aux comportements suicidaires.

IV. Volet « Formation »:

- L'organisation de réunions nationales de façon périodique où les différents intervenants et les experts locaux, peuvent rédiger un consensus sur la prise en charge des suicidants sous forme de recommandations adaptées à notre réalité.
- Organisation de journées scientifiques locales et nationales sur les conduites suicidaires.
- Formation continue des psychiatres sur les modalités de prise en charge de la crise suicidaire.
- Formation des médecins généralistes et les médecins urgentistes en matière de la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires, ainsi que les patients ayant des troubles psychiatriques en particulier les troubles dépressifs.
- Formation des équipes paramédicales (infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux...) en termes de prévention et de repérage des comportements suicidaires.



CONCLUSION



De nos jours, les tentatives de suicide représentent un vrai problème de santé publique, de plus en plus croissant, à l'échelle mondiale et nationale. Elles présentent des situations fréquentes au niveau des urgences générales et psychiatriques.

La population jeune, féminine et vulnérable est la plus touchée. Le dysfonctionnement du système socio-familial est incriminé de façon importante dans ce processus.

Les études, traitant les tentatives de suicide, sont nombreuses mais, restent toujours insuffisantes devant l'importance de ce sujet. Ces études s'intéressent plus à la caractérisation du profil des suicidants de manière globale, donc, aux facteurs prédictifs au comportement suicidaire.

La prise en charge et la prévention en particulier doivent être multidisciplinaires basées sur plusieurs approches, médicale, psychologique, religieuse, sociale et familiale. D'où l'intérêt de l'implication de la famille, des médias, du système sociopolitique et du système éducatif dans l'objectif de prévenir les tentatives de suicide, de prendre en charge les suicidants, et les intégrer sur le plan socio-professionnel.

Le rôle du médecin, en collaboration avec ces différents intervenants, sera de connaître les facteurs de risque liés aux tentatives de suicide et repérer les sujets à risque du passage à l'acte suicidaire dans le but de proposer une offre thérapeutique adéquate et opportune à ces sujets.

Par ailleurs, dans notre pays, le sujet de suicide reste encore « tabou » et les programmes nationaux, malgré tous les efforts, restent malheureusement timides en ce qui concerne la santé mentale en général et les tentatives de suicide en particulier. Cela nécessite plus d'efforts et de stratégies, tel que le rapprochement des soins psychiatriques au sein même des services des urgences, la formation de professionnels de santé surtout les médecins généraliste, le renforcement et la simplification de la collaboration entre les différents services de soins, création de cellule de repérage et de prévention dans les systèmes et les établissements nationaux et l'activation des médias et les composants de la société civile au plan de la sensibilisation.

Enfin, il serait intéressant, en se basant sur les résultats de notre étude, de continuer à étudier les facteurs de risque des TS à l'aide des études (cas témoins, cohorte) en utilisant une méthodologie plus spécifique.



Résumé

Le suicide est un phénomène antique ayant connu une croissance actuelle. Il est devenu un vrai problème de santé mondiale qui nécessite une intervention globale, adéquate et urgente.

L'objectif de notre travail est de décrire le profil sociodémographique et clinique, des suicidants hospitalisés au service de psychiatrie à l'hôpital IBN NAFIS au CHU MOHAMED VI de Marrakech, ainsi que la caractérisation des circonstances des tentatives de suicide. Il s'agit d'une étude descriptive analytique à recrutement prospectif pendant un an portant sur un échantillon de 120 patients.

Nous avons trouvé que 64,2% des patients ont un âge compris entre 20 et 40 ans, 60,8% sont de sexe féminin, 43,3% sont célibataires, 65,8% résident en milieu urbain, 42,5% sont non scolarisés ou ayant un niveau primaire, 60% sont professionnellement inactifs, 70,8% vivent dans une famille ayant un revenu mensuel inférieur à 5000 Dh, 47,5% ont une perte parentale, 60% ont une faible intégration familiale et 60,8% ont une faible estime de soi.

Les patients étaient des récidivistes dans 55% des cas, 75,8% ont fait moins de 4 tentatives et 84,2% ont fait la TS durant l'année qui précède la TS actuelle.

Les troubles psychiatriques les plus représentés sont la schizophrénie (28,3%), le trouble dépressif (21,7%), le trouble bipolaire (19,2%) et le trouble schizoaffectif (14,2%).

La consommation de substances toxiques est rapportée dans 44,2% des cas, dont l'usage du tabac est dans 86,8%, l'alcool dans 47,2% et le cannabis dans 39,6% des cas, avec une addiction sévère à la substance la plus utilisée dans 43,4% des cas.

Nous avons objectivé aussi que 57,5% des patients ont un traumatisme psychique, 45,8% ont subi une violence physique et/ou sexuelle, 20% ont un antécédent judiciaire et 41,7% ont un antécédent psychiatrique familial.

Les patients ont évoqué, comme motif, un conflit familial ou conjugal dans 35% des cas, dans 26,7% des cas une hallucination ou un délire et dans 20% des cas un sentiment négatif.

La phlébotomie et l'auto-intoxication médicamenteuse, en particulier par les psychotropes, sont successivement utilisées dans 25,8% et 25% des cas, suivie par la défenestration (16,7%) et la pendaison (15,8%).

Nous avons retrouvé que 85,8% des patients avaient déjà des idées suicidaires avant le passage à l'acte suicidaire, et que 72,5% des TS sont faites à domicile, 86% ne sont pas assistées, 40% sont passées pendant la nuit, 31,6% ont nécessité des soins en intra hospitalier.

Après l'acte suicidaire, les patients ont exprimé le regret dans 66,7% des cas et des idées de refaire une autre TS dans 37,5% des cas.

L'intentionnalité suicidaire, chez les patients, selon l'échelle de Beck est élevée dans 52,5% et moyenne dans 41,7% des cas.

Le caractère récidiviste est significativement prédominant chez le sexe féminin. Les patients de sexe masculin avaient plus recours à des moyens violents, ainsi que chez les patients qui n'ont pas planifié leur TS. Enfin, la planification du geste et l'intentionnalité suicidaire élevée sont plus intéressantes chez le sexe féminin.

Nos résultats sont proches de la littérature avec quelques différences qui sont dues probablement aux caractéristiques des échantillons (population générale, taille, caractéristiques cliniques...).

En conclusion, en termes des comportements suicidaires, la prévention est incontournable et la prise en charge doit être multidisciplinaire.

ABSTRACT

Suicide is an ancient phenomenon that has experienced current growth. It has become a real global health problem that requires a comprehensive, adequate and urgent response.

The aim of our work is to describe the sociodemographic and clinical profile, as well as the characterization of the circumstances of recent suicide attempts, among patients hospitalized in the psychiatric ward at IBN NAFIS UHC Marrakech Hospital following a suicide attempt. This is a one-year prospective analytic descriptive study of a sample of 120 patients. We found out that 64,2% of patients are between the ages of 20 and 40 years, 60,8% of them are female, 43,3% are single, 65,8% live in urban areas, 42,5% are out of school or at primary level, 60% are professionally inactive, 70,8% live in a family where the monthly income is less than 5000 Dh, 47,5% have a parental loss, 60% have a weak family integration and 60,8% have low self-esteem.

55% of patients are recidivists, 75,8% have less than 4 attempts and 84,2% have attempted in the year prior to the current suicide attempt.

The most common psychiatric disorders are schizophrenia (28,3 %), depressive disorder (21,7%), bipolar disorder (19,2%) and schizoaffective disorder (14,2%). The consumption of toxic drugs is reported in 44,2% of cases, of which tobacco smoking is about 86,8%, alcohol 47,2% and cannabis at 39,6%, with 43,4% of cases are severely addicted to the most used substance .

We also reported that 57,5% of the patients had a psychic trauma, 45,8% had physical and/or sexual violence, 20% had a criminal history and 41,7% had a family psychiatric history. In 35% of cases, patients reported a family or marital conflict, 26,7% a hallucination or delirium, and 20% a negative feeling.

Phlebotomy and drug self-poisoning, in particular by psychotropic drugs, are successively used in 25,8% and 25% of cases, followed by defenestration (16,7%) and hanging (15,8%).

We found that 85,8% of patients already have suicidal idea before acting out, and that 72,5% of suicide attempts are made at home, 86% are not assisted, 40% are at night, 42,5% were impulsive, 31,6% required intra-hospital care.

After the suicidal act, the patients expressed regret in 66,7% of cases and ideas to repeat another attempt in 37,5%.

Suicidal intention among patients according to the Beck scale is high in 52,5% and average in 41,7% of cases.

Recidivism is significantly predominant in female patients. The violence of the means used is more remarkable in male patients, as well as in patients who have not planned their suicidal act. Finally, action planning and high suicidal intentionality are more interesting in female patients.

Our results are close to the literature with some differences that are probably due to the characteristics of the samples (general population, size, clinical characteristics ...).

In conclusion, in terms of suicidal behavior, prevention is unavoidable and care must be multidisciplinary.

ملخص:

ظاهرة الانتحار، ظاهرة قديمة تشهد نموًا متزايدًا، وأصبحت مشكلة صحية عالمية حقيقية تتطلب تدخلا شاملا، ملائما وعاجلا.

الهدف من هذا العمل هو تحديد الخصائص الإجتماعية، الديموغرافية و السريرية لدى المرضى الذين أقدموا على محاولات الانتحار، و دراسة ظروف و ملابسات هذه الأخيرة.

يتعلق الأمر بدراسة وصفية تحليلية ل 120 شخص قاموا بمحاولات انتحار، خلال فترة استشفائها بمصلحة الأمراض النفسية بالمركز الجامعي محمد السادس بمراكش، حيث حصلنا على النتائج التالية :

نسبة المرضى المتراحة أعمارهم بين 20 و 40 سنة هي 64,8%، نسبة النساء تقدر ب 60,8%، يشكل العازبون 43,3% من العينة المدروسة، يشكل القاطنون بالمدن الأغلبية ب 65,8%، الأشخاص غير المتمدرسين أو ذوي مستوى تعليم ابتدائي يشكلون 42,8%. أغلبية الذين أقدموا على محاولات انتحار كانوا من العاطلين بنسبة 60%، و 70,8% من الحالات كانوا ينتمون لعائلات يقل دخلها الشهري على 5000 درهم. الأشخاص الفاقدين لأحد الوالدين أو كليهما يشكلون 49,5%. الأشخاص ذوي اندماج عائلي ضعيف يمثلون 60%، و الذين لديهم تقدير ذاتي منخفض يشكلون 60,8%.

نسبة المرضى ذوي محاولات انتحار سابقة هي 55%، منهم 75,8% لديهم أقل من 4 محاولات و 84,2% قاموا بأخر محاولة في السنة السابقة للمحاولة الحالية.

الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا نجد مرض الفصام 28,3%، الإكتئاب 21,7%، الاضطراب ثنائي القطب 19,2% و الفصام العاطفي 14,2%.

نسبة تعاطي المخدرات بين المرضى كانت 44,2%، و يعتبر التدخين الأكثر استعمالا بنسبة 86,8%، يليه الكحول بنسبة 47,2%، ثم الحشيش بنسبة 39,8%، حيث كان لدى المرضى 43,4% من حالات الإدمان الشديد.

وجدنا أيضا أن 57,5% عاشوا صدمات عاطفية، 45,3% تعرضوا لاعتداء جسدي أو جنسي، 20% لديهم سوابق عدلية و 41,7% لدى أحد أفراد عائلاتهم اضطرابات نفسية.

صرح المرضى بأن النزاعات العائلية او الزوجية دفعتهم للقيام بمحاولات الانتحار في 35% من الحالات، في حين كان السبب في 26,7% من الحالات هو الهلوسة و الهذيان وفي 20% من الحالات كان الدافع هو المشاعر السلبية.

شكلت محاولة قطع الأوعية الدموية 25,8% من الحالات، التسمم الذاتي بالأدوية ، خصوصا عن طريق الأدوية ذات التأثير العقلي في 25%، الإرتماء من مكان مرتفع وقع في 16,7% و الشنق في 15,8% من الحالات.

توصلنا الى أن نسبة المرضى الذين كان لديهم أفكار انتحارية مسبقة هي 85,8%، أن المحاولات المرتكبة في المنزل مثلت 72,5%، أن 86% من المرضى كانوا منعزلين أثناء القيام بمحاولات الانتحار، 40% من المحاولات تم القيام بها ليلا، أن 44,5% كانت في حالة اندفاع و أن 31,6% كانوا بحاجة الى علاجات طبية استشفائية (مصالح الإنعاش، الجراحة...).

بعد محاولة الانتحار، 66,7% من المرضى انتابهم الندم و 37,5% كانوا يفكرون في اعادة المحاولة. النية الانتحارية عند المرضى كانت عالية في 52,5% ومتوسطة في 41,7% من الحالات. النساء كن الأكثر تخطيطا لانتحار، الأكثرنية انتحارية، و الأكثر تكرارا لمحاولات الانتحار. و أخيرا، استعمال العنف ميز محاولات الانتحار لدى الرجال بالاضافة الى المرضى غير المخططين لمحاولات انتحارهم.

نتائج دراستنا قريبة من النتائج المحصل عليها في الدراسات السابقة مع وجود بعض الاختلافات التي ربما ترجع إلى خصائص العينات (الساكنة العامة ، الحجم ، والخصائص السريرية...).

في الختام، يجب إعطاء الأولوية والأهمية للوقاية، كما يجب تطوير أساليب علاجية و مؤسسات متعددة التخصصات، للحد من السلوكات الانتحارية.



ANNEXES



Annexe 1

Questionnaire

A/ DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES :

- 1) NE :
- 2) N° de Télé :
- 3) Adresse :
- 4) Age : 1-<20 ans 2-20-40 ans 3-40-60 ans 4->60 ans
- 5) Sexe : 1-Homme 2-Femme
- 6) Milieu de vie : 1-Rural 2-Urbain
- 7) Statut marital : 1-Célibataire 2-Marié (e) 3-Divorcé(e) 4-Veuf (ve)
- 8) Nombre d'enfants :
- 9) Niveau scolaire : 1-Non scolarisé 2-Primaire 3-Secondaire
4-Baccalauréat 5-Universitaire
- 10) Formation professionnelle : 1-Sans profession 2-Ouvrier 3-Fonctionnaire
4-Cadre supérieur 5-Profession libérale 6-Etudiant 7-Autre :.....
- 11) Activité professionnelle (1an) : 1-Régulière 2-Irrégulière 3-Absente
- 12) Satisfaction professionnelle: 1-Bonne 2-Moyenne 3-Faible
- 13) Niveau socio-économique (revenu mensuel Dh/mois) :
1-<2000 2-[2000-5000] 3-[5000-10000] 4->10000
- 14) Nombre de fratrie :
- 15) Ordre dans la fratrie : 1-Premier 2-Milieu 3-Dernier 4-Unique
- 16) Perte de parents : 1-Oui 2-Non
- 17) Divorce de parents : 1-Oui 2-Non
- Si oui quand :
- 18) Vit : 1-Seul 2-En couple 3-Avec un des parents 4-Avec les deux parents
5-Avec autre membre de la famille 6-En institution 7-Sans abri 8-Autres
- 19) Intégration familiale : 1-Bonne 2-Moyenne 3-Faible
- 20) Pratique religieuse : 1-Pratiquant 2-Non pratiquant 3-Non croyant
- 21) Estime de soi : 1-Bonne 2-Moyenne 3-Faible

B/ ANTECEDENTS :

- Personnels :

- 1) Antécédents de comportement suicidaire (TS) : 1-Oui 2-Non
 • Si oui : Combien de fois : Délai de dernière TS :
- 2) Antécédents de consultation psychiatrique : 1-Oui 2-Non

- 3) Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie : 1-Oui 2-Non
• Si oui nombre de fois :
- 4) Troubles psychiatriques :
1-Tr bipolaire 2-Tr dépressif 3-Schizophrénie
4-Tr Schizoaffectif 5-Tr anxieux 6-Psychose puerpérale
7-Tr de personnalité 8-Tr adectif 9-Autres
- 5) Antécédents médico-chirurgicaux : 1-Oui 2-Non
• Si oui, lesquels :
- 6) Consommation de toxiques : 1-Oui 2-Non
• Si oui, lesquels :
1-Tabac 2-Cannabis 3-Alcool 4-Kala 5-Maajoun
5-Psychotropes 6-Autres
• Si oui, caractériser en fonction des critères TUS (DSM-5) :
1-Absence d'addiction 2-Addiction légère 3-Addiction modérée 4-Addiction sévère
- 7) Antécédent de violence subie au cours de la vie : 1-Oui 2-Non
- 8) Traumatisme subi au cours de la vie : 1-Oui 2-Non
- 9) Antécédent de violence sexuelle subie au cours de la vie : 1-Oui 2-Non
- 10) Antécédent judiciaire : 1-Oui 2-Non

- Familiaux :

- 1) Antécédents de maladie psychiatrique : 1-Oui 2-Non
• Si oui, préciser le diagnostic probable :
- 2) Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie : 1-Oui 2-Non
- 3) Antécédents de TS : 1-Oui 2-Non
- 4) Antécédents de suicide : 1-Oui 2-Non
- 5) Antécédents de consommation de toxiques : 1-Oui 2-Non

C/ LA TENTATIVE DE SUICIDE :

- 1) Motif évoqué :
1-Conflits familiaux 2-Conflits conjugaux 3-Hallucination
4-Délire 5-Difficultés professionnelles
6-Difficultés financières 7-Sentiments négatifs
8-Deuil 9-Insomnie 10-Autres
- 2) Moyen utilisé :
1-Pendaison 2-Défenestration 3-Phlébotomie
4-Auto-intoxication aux médicaments
5-Autre auto-intoxication à :
- 6-Collision intentionnelle 7-Autres

- 3) Si médicament :
- | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|
| 1-Anxiolytiques | 2-Antidépresseurs | 3-Neuroleptiques |
| 4-Antiépileptiques | 5-AINS-antalgique | 6-ATB |
| 7-Autres | | |
- 4) Intimité : 1-Seul 2-Assisté
- 5) Lieu de TS : 1-Domicile 2-Extérieur
- 6) Heure de TS :
- | | | |
|----------------------|----------------|---------------------|
| 1-Petit matin 04à08h | 2-Matin 08à12h | 3-Après midi 12à20h |
| 4-Nuit20à04h | | |
- 7) Saison de TS : 1-Hiver 2-Printemps 3-Eté 4-Automne
- 8) Cadre de l'acte : 1-Impulsion 2-Prémédité 3-Angoisse
- 9) Demande de l'aide de l'entourage : 1-Oui 2-Non
- 10) Idéation suicidaire avant l'acte : 1-Présent 2-Absente
- 11) Divulcation de l'intention suicidaire: 1-Oui 2-Non
- 12) Soins médicaux :
- | | | | |
|--------------------|-------------------|---------------|-------------|
| 1-Soin ambulatoire | 2-Hospitalisation | 4-Réanimation | 5-Chirurgie |
|--------------------|-------------------|---------------|-------------|
- 13) Regrets : 1-Oui 2-Non
- 14) Idée de refaire une autre TS : 1-Oui 2-Non
- 15) Intentionnalité suicidaire selon l'échelle de Beck : 1-Faible 2-Moyenne 3-Elevée

Annexe 2

Le questionnaire d'intentionnalité suicidaire de Beck

I : CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES A LA TENTATIVE DE SUICIDE

- 1 – Isolement
 - Quelqu'un de présent : 0
 - Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple) : 1
 - Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal) : 2
- 2 – Moment choisi
 - Intervention probable : 0
 - Intervention improbable : 1
 - Intervention très improbable : 2
- 3 – Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui
 - Aucune précaution prise : 0
 - Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention, Seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) : 1
 - Précautions actives (porte fermée à clé...) : 2
- 4 – Appel à l'aide pendant ou après la tentative
 - a averti de son geste, une personne pouvant le secourir : 0
 - A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste : 1
 - N'a contacté ou averti personne : 2
- 5 – Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : Testament, cadeaux, assurance vie...)
 - Aucune : 0
 - A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre : 1
 - A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs : 2
- 6 – Lettre d'adieu
 - Pas de lettre : 0
 - Lettre écrite mais déchirée ou jetée : 1
 - Présence d'une lettre : 2

II – PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT

- 1 – Appréciation de la létalité du geste par le patient
 - Pensait que son geste ne le tuerait pas : 0
 - N'était pas sûr que son geste le tuerait : 1
 - Etait sûr que son geste le tuerait : 2
- 2 – Intention de mort
 - Ne voulait pas mourir : 0

- Incertain ou mélange des 2 : 1
- Voulait mourir : 2
- 3 – Préméditation
 - Aucune, geste impulsif : 0
 - Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative : 1
 - Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative : 2
 - Suicide envisagé plus d'un jour après la tentative : 3
- 4 – Position actuelle vis-à-vis de la tentative
 - Patient heureux de s'en être sorti : 0
 - Patient incertain ou mélange des 2 : 1
 - Patient désolé d'avoir survécu : 2

III- DANGEROUSITE

- 1 – Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (Exemple :
Si quelqu'un n'était pas venu lui porter secours ?)
 - Issue favorable certaine : 0
 - Mort improbable : 1
 - Mort probable ou certaine : 2
 - 2 – La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?
 - Non : 0
 - Incertain : 1
 - Oui : 2
- Score de 0 à 3 : Intentionnalité faible
 - Score de 4 à 10 : Intentionnalité moyenne
 - Score de 11 à 25 : Intentionnalité élevée

D.W. PIERCE

The Predictive Validation of a Suicide Intent Scale: A Five Year Follow-up.
The British Journal of Psychiatry 139, 391– 396, 1981

Annexe 3

Echelle d'addiction d'une substance : critères DSM-5:

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :	Oui	Non
1 – La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.		
2 – Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance		
3 – Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets.		
4 – Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance.		
5 – L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.		
6 – Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.		
7 – Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.		
8 – Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9 – L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.		
10 – Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : – besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré. – effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.		
11 – Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : – syndrome de sevrage caractérisé à la substance – la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.		

- Score < 2 : Absence d'addiction
- Score de 2 à 3 : Addiction légère
- Score de 4 à 5 : Addiction modérée
- Score de 6 à 11 : Addiction sévère

Boyer P, Crocq M.A, Guelfi J.D, Pull C, Pull Erpelding M.C
DSM-5.
Elsevier Masson, 5^{ème}



BIBLIOGRAPHIE



1. **Organisation Mondiale de la Santé**
Rapport de l'OMS sur la prévention du suicide 4 septembre 2014, Genève.
2. **Ladame F, Ottino J, Pawlak C**
Adolescence et suicide.
Paris, Masson, coll. « Médecine et Psychothérapie », 1995.
3. **Pierce D.W**
The Predictive Validation of a Suicide Intent Scale: A Five Year Follow-up.
The British Journal of Psychiatry 1981;139:391-396.
4. **Conférence de consensus**
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.
Fédération Française de Psychiatrie, 19-20 octobre 2000.
5. **Christopher Perlman C, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes J.P**
Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé
L'Ontario Hospital Association et l'Institut canadien pour la sécurité des patients.
ISBN no 978-0-88621-335-0, numéro de publication : 332.
6. **Boyer P, Crocq M.A, Guelfi J.D, Pull C, Pull Erpelding M.C**
DSM-5.
Elsevier Masson, 5^{ème} édition, p 571.
7. **Minois G**
History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture.
The Johns Hopkins University Press 1999.
8. **Rouan G, Pedinielli J.L, Gimenez G**
Le suicide est-il le meurtre de soi-même ?
Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 2000;1289-2130.
Disponible sur : (<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01393532>) (consulté le 14.08.2017)
9. **Batt A, Campeon A, Leguay D**
Epidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention.
EMC, Psychiatrie, 37-500-A-20, Elsevier Masson, 2007.

10. **Durkheim E**
Le Suicide, étude de sociologie, par Émile Durkheim 1897.
Bibliothèque nationale de France, (gallica.bnf.fr).
11. **Schneidman E.D**
Edwin S. Schneidman on Suicide.
Suicidology Online 2010;1;5-18.
12. **Courtet P, Castroman J.L, Olié E**
La sémiologie du suicide au XXIe siècle.
Annales Médico-Psychologiques 2016;174:503-508.
13. **Diekstra R.F.W, Gulbinat W**
The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents.
Geneva: WHO 1993:1-46.
14. **Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, Haring C, Lonnqvist J, Michel K, Philippe A, Pommereau X, Querejeta I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, SampaioFaria J**
Parasuicide in Europe: the WHOI/EURO multicentre study on parasuicide. Introduction and preliminary analysis for 1989.
Acta Psychiatr Scand 1992;85:97-104.
15. **Organisation Mondiale de la Santé**
Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
- 10ème révision, édition 2008.
16. **Gatelet R, Hardy P, Bungener C**
Les « fonctions suicidaires » : revue de la littérature et perspectives.
L'Encéphale 2012;38:118-125.
17. **Paykel E.S, Myers J.K, Lindenthal J.J, Tanner J**
Suicidal Feelings in the General Population: A Prevalence Study.
The British Journal of Psychiatry 1974;124:460-469.
18. **Kessler R.C, Borges G, Walters E.E**
Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey.
Archives of General Psychiatry 1999;56:617-626.

19. **Juillet P**
Dictionnaire de psychiatre.
Éditions CILF, Conseil international de la langue française 2000.
20. **Mishana B.L, Tousignant M**
Comprendre le suicide.
Les Presses de l'Université de Montréal 2004, P:172.
21. **HANUS M**
Le deuil après suicide.
Paris : Maloine, 2004.
22. **Boyer P, Crocq M.A, Guelfi J.D, Pull C, Pull Erpelding M.C**
DSM-5.
Elsevier Masson, 5^{ème} édition, p 919.
23. **Nabih Z, Hamia H, Rhalemb N, Soulaymani A, Mokhtari A, Soulaymani-Bencheikh R**
Épidémiologie des intoxications par les psycholeptiques : données du Centre anti-poison
et de pharmacovigilance du Maroc.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2018;66, p 46.
24. **Organisation Mondiale de la Santé**
Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial 2014.
25. **Observatoire national français du suicide**
Suicide connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives 2ème
rapport / février 2016.
26. **République française : Ministère de santé**
L'état de santé de la population en France – Rapport 2015.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
27. **République française : Ministère de santé**
L'état de santé de la population en France – Rapport 2017.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
28. **Robert M, Léon C, du Roscoät E**
Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé
2014.

29. **Danet F**
Généalogie de la problématique suicidaire. Des mythes de la création du monde et de la topographie corporelle à l'approche psychanalytique du suicide.
L'évolution psychiatrique 2008;73:273-294.
30. **Bourgeois M.L**
Comportements suicidaires.
Elsevier 2016, p 547-568.
31. **Masson M., Muirheid-Delacroix B.**
La douleur morale : historique et devenir d'un concept clinique.
Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2014;172:139-145.
32. **Vedrinne J, Sorel P, Weber D**
Sémiologie des conduites suicidaire.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie 1996;37-114-A-80.
33. **Mucchielli L, Renneville M**
Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930).
Déviance et société 1998;22-1:3-36.
Disponible sur : (<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00130224>) (consulté le 13.03.2017)
34. **Programent K.L**
The psychology of religion and coping.
New york: GilfordPress 1997.
35. **Abdou H**
Traduction du Coran et de l'exégèse du Coran selon Ismail Ibn Kathir.
Dar Al-Kutab Al-Ilmiyah, Beyroust-Liban, 1ère édition, 2000.
36. **CheikhAbou Al-Hassan 'Ali Al-Ramly**
Traduction par Abdoul Malik Abou Haroun.
Message au suicidaire ! L'interdiction du suicide dans la sounna du Prophète.
Disponible sur : (<http://www.3ilmchar3i.net/article-message-au-suicidaire-l-interdiction-du-suicide-dans-la-sounna-du-prophete-114755716.html>) (consulté le 10.04.2017)

37. **Courtet P**
Suicides et tentatives de suicide.
Médecine sciences Flammarion 2010; p 223.
38. **Colucci E, Lester D**
Suicide and Culture: Understanding the Context.
Hogrefe Publishing 2013.
39. **Van Heeringen C, Bijttebier S, Godfrin K**
Suicidal brains: A review of functional and structural brain studies in association with suicidal behavior.
Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2011;35:688-698.
40. **Courtet P, Guillaume S, Jollant F, Castelnau D, Malafosse A**
Neurobiologie des conduites suicidaires: voies de recherche actuelles.
EMC, Elsevier Masson 2008;37-500-C-10.
41. **Freud S**
Deuil et Mélancolie In Métapsychologie.
Paris : Gallimard 1968; p 147-174.
42. **Moron P**
Le suicide.
Presses Universitaires de France – PUF 2005;04-02.
43. **Tremel M, Richard-Devantoy S**
Tentatives de suicide et suicides à travers l'œuvre freudienne.
Centre universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) Montréal.
44. **Vederine J, Soubier J.P**
Signification et prévention de suicide.
Revue du praticien 1987;37,13.
45. **Jollant F, Lawrence N.L, Olié E, Guillaume S, Courtet P**
The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies.
The World Journal of Biological Psychiatry 2011;12:319-339.
46. **O'Connor R.C, Noyce R**
Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation.
Behaviour research and therapy 2008;46(3):392-401.

47. **Wenzel A, Beck A.T**
A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment.
Applied and Preventive Psychology 2008;189–201.
48. **Jaussent I, Perroud N**
De l'impossible prédiction à la détection de sujets à risque. In : Suicides et Tentatives de suicide.
Médecine–Sciences Flammarion 2010; p 97.
49. **Organisation Mondiale de la Santé**
La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes.
Département de Santé Mentale et Toxicomanies, Genève 2001.
50. **Anderson R.N**
Deaths: Leading Causes for 1999.
National Vital Statistics Reports, vol 49, no 11. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2001.
51. **MALKA J, Duverger P, Goeb J.L, Jouselme C, Myquel M, Schmit G**
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.
52. **Szumilas M, Kutcher S.P**
Youth and suicide.
Canadian Medical Association Journal 2008;178 (3).
53. **Rasic D.T**
Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample.
Journal of Affective Disorders 2009;114:32–40.
54. **Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har–Even D, vidan G**
Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37.
55. **Vajda J, Steinbeck K**
Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2000;34(3):437–445.

56. **Mechri A, Mrad A, Ajmi F, Zaafrane F, Khiari G, Nouira S, Gaha L**
Les récidives suicidaires : étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primosuicidants admis aux urgences d'un hôpital général tunisien.
L'Encéphale 2005;1:65-71, cahier 1.
57. **Forman E.M, Berck M.S, Henriques G.R, Brown G.K, Beck A.T**
History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology.
American Journal of Psychiatry 2004;161(3):437-43.
58. **Staikowskya F, Chastang F, Pujalte D**
Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008 : Incidence et pronostic.
Réanimation 2008;17:783-789.
59. **Turecki G, Brent D.A**
Suicide and suicidal behavior.
CIHR/IRSC, PMC 2017 February 21.
Disponible sur: ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)) (consulté le 21.06.2017)
60. **McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat c, Lesage a, Turecki G**
An examination of DSM-4 depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study.
Journal of affective disorders 2007;97(1-3):203-9.
61. **Coêlho B.M, Andrade L.H, Guarniero F.B, Wang Y.P**
The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo, Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil.
Revistabrasileira de psiquiatria 2010;32(4):396-408.
62. **Sinclair J.M.A, Hawton K, Gray A**
Six year follow-up of a clinical sample of self-harm patients.
Journal of Affective Disorders 2010;121:247-252.
63. **Kédia M, Fliou Y, Bellivier F**
Conduites suicidaires et troubles bipolaires, Suicidal behaviors and bipolar disorders.
Annales Médico-Psychologiques 2012;170:62-65.
64. **Harkavy-Friedman J.M, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann C.A, Amador X.F, Yale S.A, Gorman J.M,**
Suicidal Behavior in Schizophrenia.
The American Journal of Psychiatry 1999;156(8):1276-8.

65. **Altamura A.C**
Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study.
Schizophrenia Research 2003;60:47-55.
66. **Tullis K**
Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention.
The Journal of Treatment & Prevention 2007;5:4:311-324.
67. **Schneider B, Kölves K, Blettner M, Wetterling T, Schnabel A, Värnik A**
Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main).
Psychiatry research 2007;165(3):263-72.
68. **Camparini-Righini N, Narrin F, Navarro C, Perret-Catipovic M, Ladame F, Jeannin A, Berchtold A, Michaud P.A**
Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt or overwhelming suicidal ideation.
SWISS MED WKLY 2005;135:440-447.
69. **Oldham J.M**
Borderline personality disorder and suicidality.
The American Journal of Psychiatry 2006;163(1):20-6.
70. **Brunet A, Akerib V, Birmes P**
Don't throw out the baby with the bathwater: PTSD is not over-diagnosed.
Canadian Journal of Psychiatry 2007;52:501-502.
71. **Panagioti M, Gooding P, Tarrier N**
Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review.
Clinical psychology review 2011;29(6):471-82.
72. **Perroud N, Baud P, Preisig M, Etain B, Bellivier F, Favre S, Reber N, Ferrero F, Leboyer M, Malafosse A**
Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients.
Bipolar Disorders 2007;9 (7):713-21.
73. **Benard V, Geoffroy P.A, Bellivier F**
Saisons, rythmes circadien, sommeil et vulnérabilité aux conduites suicidaires.
L'Encéphale 2015;41:29-37.

74. **Larsson J**
Psychiatric drugs and suicide in Sweden 2007,
A report based on data from the National Board of Health and Welfare (Swede).
75. **André C**
Où en sommes-nous avec l'estime de soi ?
Santé Mentale 2014;185:22-27.
76. **Askénazy F.L**
Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk
behavior.
Journal of Affective Disorders 2003;74:219-227.
77. **Lopez-Castroman J, Jaussent I, Beziat S, Guillaume S, Baca-Garcia E, Genty C, Olié E,
Courtet P**
Increased severity of suicidal behavior in impulsive aggressive patients exposed to
familial adversities.
Psychological Medicine 2014;44:3059-3068.
78. **Mula M, Kanner A.M, Schmitz B, Schachter S**
Antiepileptic drugs and suicidality : An expert consensus statement from the Task Force
on Therapeutic Strategies of the ILAE Commission on Neuropsychobiology.
Epilepsia 2013;54(1):199-203.
79. **Mukhra R, Baryah N, Krishan K, Kanchan T**
Blue Whale Challenge': A Game or Crime?
Sci Eng Ethics (2017), Disponible sur : (DOI 10.1007/s11948-017-0004-2) (consulté le
28.01.2018)
80. **Jehel L, Simone G**
Critères d'évaluation et de surveillance pour la prise en charge de la crise suicidaire.
Soins Psychiatrie n° 266, janvier/février 2010.
81. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)**
Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.
ANAES/Recommandations professionnelles/Novembre 1998.
82. **Romano H**
Suicide et conduite suicidaire: Repérage et perspectives de prise en charge.
Référence en santé au travail N135, Septembre 2013.

- 83. Caillard V, Chastang F**
Le geste suicidaire.
Edition MASSON, Mars 2010.
- 84. Mouchabac S**
Dépressions sévères : traitements pharmacologiques.
L'Encéphale 2009;7:319-324.
- 85. Hennen J, Baldessarini R.J**
Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis.
Schizophrenia Research 2005;73:139-145.
- 86. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes J.R**
Lithium in the prevention of suicidal behavior and all Cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials.
The American Journal of Psychiatry 2005;162(10):1805-19.
- 87. Baldessarini R.J, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin F.K, Hennen J**
Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review.
Bipolar Disorders 2006;8:625-639.
- 88. Martin P**
L'association antidépresseur et anxiolytique aujourd'hui : bilan et prospective.
L'Encéphale 2006;32:753-66, cahier 1.
- 89. Vera L, Lavoisy G, Khoubila A, Thuile J, Rouillon F**
Application de la résolution de problème dans une unité de suicidants et suicidaires : premiers résultats auprès de 53 patients hospitalisés.
Annales Médico-Psychologiques 2009;167:375-379.
- 90. Cottraux J**
Les psychothérapies cognitives et comportementales.
Elsevier Masson, 6^{ème} Edition 2017; p 434-448.
- 91. Cottraux J**
Thérapie cognitive et émotions.
Elsevier Masson 2014, 2^{ème} Edition, p 151-177.

92. **Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**
Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux 2010.
93. **Ligier F, Guillemin F, Kabuth B**
Prévention de la récurrence suicidaire à l'adolescence par SMS ou autre media.
Annales Médico-Psychologiques 2017;175:446-450.
94. **De Spiegelare M, Wauters I, Haelterman E**
Le suicide en région de Bruxelles-Capitale situation 1998-2000.
Observatoire de la sante et du social Bruxelles 2003/2004.
95. **Baux-Cazal L, Gokalsing E, Amadeo S, Messiah A**
Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature.
L'Encéphale 2016;0013-7006, Paris.
96. **Julien M, Laverdure J**
Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes.
Institut national de santé publique du Québec, Mars 2004, ISBN 2-550-42583-9.
97. **Taghlaoui R**
Tentatives de suicide à l'hôpital Ibn Al Hassan.
Thèse pour l'obtention de Doctorat en Médecine 2006, FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE FES.
98. **Oumetjar Y**
Tentatives de suicide : étude de trente cas l'hôpital Arrazi de Salé.
Thèse pour l'obtention de Doctorat en Médecine 2013, FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE RABAT.
99. **Bentamra D**
Contribution à l'étude des conduites suicidaires.
Thèse pour l'obtention du grade de doctorat en sciences médicales 2012, Faculté de Médecine d'Oran.
100. **Riedi G**
Evaluation aux urgences des facteurs de risque pour la récurrence suicidaire dans l'année.
Thèse pour l'obtention de Doctorat en Médecine 2012, Faculté de Médecine TOULOUSE 3 PAUL SABATIER.

101. **Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saias T**
Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 (INPES, EHES).
BEH 2011;47-48 .
102. **Observatoire Régional de la Santé la Réunion**
Suicides et tentatives de suicides à La Réunion.
ORS La Réunion, France, Décembre 2013.
103. **Observatoire Régional de Santé Bretagne, Conseil Régional, Agence Régionale de Santé Bretagne**
Etude des tentatives de suicide et des récurrences prises en charge dans les services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp, Recueil 2011.
104. **Alvarado-Esquivel C, Sánchez-Anguiano L.F, Arnaud-Gil C.A, Hernández-Tinoco J, Molina-Espinoza L.F, Rábago-Sánchez E**
Socio-Demographic, Clinical and Behavioral Characteristics Associated with a History of Suicide Attempts among Psychiatric Outpatients: A Case Control Study in a Northern Mexican City.
International journal of biomedical science 2014;10(1):61-68.
105. **Kim M, Oh G.J, Lee Y.H**
Gender specific factors associated with suicide attempts among the community dwelling general population with suicidal ideation: the 2013 Korean community health survey.
J Korean Med Sci 2016;31:2010-2019.
106. **Perrot C**
Estime de soi et risque suicidaire.
Thèse pour l'obtention de Doctorat en Médecine 2015, Faculté de Médecine PARIS DESCARTES.
107. **Hajji K, Marrag I, Bouanene I, Ben Mohamed B, Younes S, Hadj Ammar M, Nasr M**
Facteurs associés aux tentatives de suicide.
Toxicologie Analytique & Clinique 2016;28(2):158-163.
108. **Mansouri N**
Tentative de suicide en milieu militaire : à propos d'une étude prospective.
Thèse pour l'obtention du grade de doctorat en sciences médicales 2015, Faculté de Médecine d'Oran.

109. **Halayem S, Ounalli H, Boudali M, Hajri M, Abbes Z, Bouden A**
Évolution des tentatives de suicide en population clinique tunisienne de 2005 à 2015 : de nouvelles modalités de passage à l'acte chez les jeunes ?
L'Encéphale 2017;0013–7006, Paris.
110. **Kurzenne M**
Tentative de suicide et récurrence suicidaire à l'adolescence étude des facteurs de risque de récurrence chez 374 patients hospitalisés au CHU de Nancy.
Thèse pour l'obtention de Doctorat en Médecine 2014, Faculté de Médecine Lorraine.
111. **Fried L.E, Williams S, Cabral H, Hacker K**
Differences in risk factors for suicide attempts among 9th and 11th grade youth: a longitudinal perspective.
The Journal of School Nursing 2012;29(2):113–122.
112. **Mandhouj O**
La place de la spiritualité dans la prise en charge des maladies mentales et des addictions.
Thèse pour l'obtention de Doctorat en Médecine 2015, Faculté de Médecine PARIS Pierre et Marie Curie.
113. **Dervic k, Oquendo M.A, Grunebaum M.F, Ellis S, Burke A.K, Mann JJ**
Religious Affiliation and Suicide Attempt.
Psychiatry 2004;161:2303–2308.
114. **Dervic K, Carballo JJ, Baca–Garcia E, Galfalvy H.C, Mann JJ, Brent D.A, Oquendo M.A**
Moral or Religious Objections to Suicide May Protect Against Suicidal Behavior in Bipolar Disorder.
J Clin Psychiatry 2011;72(10):1390–1396.
115. **Chan Chee C, Jezewski Serra D**
Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI–MCO 2004–2011 et d'Oscour 2007–2011.
Institut de Veille Sanitaire.
116. **Lallemant C**
Comparaison des intoxications médicamenteuses volontaires entre l'île de la réunion et la métropole.
Thèse pour l'obtention de Doctorat en Médecine 2010, Faculté de Médecine de Grenoble.

117. **Wexler L, Silveira M.L, Bertone-Johnson E**
Factors Associated with Alaska Native Fatal and Nonfatal Suicidal Behaviors 2001–2009:
Trends and Implications for Prevention.
Archives of Suicide Research 2012;16:273–286.
118. **Jung H**
Biostatistical study of suicide features in Mures County.
Legal Medicine 2009;11(1):95–97.
119. **Chan Chee C, Paget L.M**
Le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la
surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide.

قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَأْفَةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِ وَسْعِي فِي اسْتِنْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

أطروحة رقم 078

سنة 2018

**الخصائص السوسيوديمغرافية و السريرية للمرضى الذين
حاولوا الإنتحار و تم إستشفائهم في المستشفى الجامعي
للأمراض النفسية ابن النفيس**

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/06/21
من طرف

السيد خالد لعشيري

المزداد في 20 يوليوز 1989 بأولاد تايمة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الإنتحار – محاولة الإنتحار – قصد الإنتحار – العوامل المسببة – الوقاية

اللجنة

الرئيسة

المشرفة

الحكام

السيدة

السيدة

السيدة

السيدة

السيد

ف. عصري

أستاذة في طب النفس

إ. عدلي

أستاذة مبرزة في طب النفس

ف. منودي

أستاذة في طب النفس

ن. لوهاب

أستاذة مبرزة في طب الأعصاب

ع. هاشمي

أستاذ مبرز في الإنعاش الطبي