

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : ETUDE THEORIQUE

I. INTRODUCTION.....	1
II. TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES ARMEES.....	3
III. ETHYMOLOGIE DU MOT SUICIDE.....	6
IV. HISTORIQUE DU PHENOMENE SUICIDAIRE.....	7
1-Profil historique du phénomène suicidaire	7
2- Courant sociologique.....	8
3- Courant psychologique.....	10
V. DEFINITION.....	11
1-le suicide.....	11
2-la tentative de suicide.....	12
3-les idées suicidaires.....	13
4-Autres définitions.....	13
4.1- La crise suicidaire.....	13
4.2-La menace suicidaire.....	13
4.3-Les équivalents suicidaires.....	13
4.4-L'attentat-suicide.....	14

4.5-Euthanasie.....	14
4.6-Suicide assisté.....	14
4.7-La suicidologie.....	15
VI. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES CONCERNANT LES TENTATIVES DE SUICIDE	
1. Dans le monde.....	15
1.1- En milieu civil.....	15
1.2- En milieu militaire.....	18
2. Données nationales.....	19
2.1- en milieu civil.....	19
2.2- en milieu militaire.....	20
VII. LES HYPOTHESE NEUROBIOLOGIQUES DES TENTATIVES DE SUICIDES.....	21
1- Vulnérabilité aux conduites suicidaires.....	22
1.1- La vulnérabilité familiale.....	22
1.2- Une vulnérabilité génétique	22
1.3- Les facteurs biologiques de vulnérabilité au suicide.....	23
2- Gènes, environnement et réactivité au stress.....	30
3- Modification neurobiologiques et adversité environnementale dans l'enfance.....	32
4- L'imagerie cérébrale.....	35
5- Nouvelles techniques et autres voies moléculaires.....	36
VII. ASPECTS RELIGIEUX CULTURELS ET ETHIQUE DU SUICIDE.....	36
1-Aspects religieux.....	36
2-Aspects culturels.....	39
3- Aspect éthique.....	40

IX. TENTATIVE DE SUICIDE ET TROUBLES MENTAUX.....	41
1. Tentatives de suicide et dépression.....	42
2. Tentatives de suicide et Schizophrénie.....	45
3. Tentatives de suicide et Troubles de Personnalité.....	48
4. Tentatives de suicide et Conduites additives.....	51
5. Autres troubles psychiatriques.....	53
6. Maladie somatique.....	54
7. Particularités militaires.....	54
X. TENTATIVE DE SUICIDE ET AGE.....	56
1-Tentatives de suicide chez l'enfant.....	56
2-Tentatives de suicide chez l'Adolescent.....	57
3-Tentatives de suicide chez l'Adultes.....	60
4-Tentatives de suicide chez le sujet âgé.....	61
XI. CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA GRAVITE.....	62
1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck.....	63
2. Échelle d'idéation suicidaire.....	64
XII. LEGISLATION ET TENTATIVE DE SUICIDE.....	65
1. L'antiquité.....	65
2. Du moyen âge à la fin de l'ancien régime en France.....	67
3. Le Révolution française.....	67
4. le suicide et le droit musulman.....	68
5. La responsabilité pénal du suicidant en Algérie.....	69
5.1- Responsabilité dans l'implication de l'entourage.....	69
5.2- La législation en milieu militaire.....	70

XIII. PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE.....	72
1-Accueil.....	72
2-L'hospitalisation.....	73
3-Traitement pharmacologique.....	74
4-Psychothérapie.....	75
5-Suivi.....	76
6-Rôle de la famille.....	77
7-Prévention	77

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE PRATIQUE

I.	Principes de l'étude.....	82
1.	Problématique.....	82
2.	Hypothèse.....	83
II.	Objectifs.....	83
III.	Méthodologie.....	84
IV.	Déroulement de l'enquête.....	85
A.	RESULTATS.....	88
I.	Les Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	88
II.	Les antécédents.....	101
III.	L'observation clinique de la tentative de suicide.....	109
B.	DISCUSSIONS.....	135
	CONCLUSION.....	151
	RECOMMANDATIONS.....	154

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ADN : acide désoxyribonucléique

ANP : armée national et populaire

ACTH: adreno-cortico-trophic-hormone

ARN m: acide ribonucléique messenger

ATCD : antécédents

CCK : cholecystokine

CIM 10 : classification international dixième révision

CRH : corticotropin-releasing hormone

CRASC : centre national de recherche en anthropologie sociale et culturelle

DBI :Diazepam-Binding-Inhibitor

DSM IV: 4^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

DGSN : direction générale de la sureté nationale

EDM: episode dépressif majeur

GH: growth hormone

HMRUO : hôpital militaire régional universitaire d'Oran

HDT : homme de troupe

HPA : axe hypothalamique-pituitaire-adréнал.

HVA : acide homo-vanilique

5-HIAA : 5 hydroxy-indolacétique

5-HT : 5 hydroxytryptamine

LCR : liquide céphalo-rachidien.

MAO A : monoamine oxydase A

IMV : ingestion médicamenteuse volontaire

IRM : imagerie par résonance magnétique

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

OFC : cortex orbito-frontal

OMS : organisation mondiale de la santé

ONS : office national de statistique

POMC : pro-opimélanocortine

RET : tomographie par émission de position.

POMC : pro-opimélanocortine

RM : région militaire

TPH1 : tryptophane hydroxylase 1

TS : tentative de suicide

UMC : urgences médico-chirurgicales

LA LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Titres	Pages
Tableau A	montrant les 10 premiers pays du monde classés suivant le nombre moyen des suicides par rapport à la population générale : Statistiques de l'OMS (décembre 2005)	16-17
Tableau B	Incidence annuelle des tentatives de suicide par période dans la wilaya de Tizi-Ouzou du 01 Juin 2012 au 31 Mai 2014	19
Tableau C	Facteurs de risque de suicide selon l'âge, d'après Klerman GL. (1987)	61
Tableau D	Étude de l'intérêt des médicaments dans le traitement de risque suicidaire	75
Tableau 1	Répartition des patients selon le sexe	88
Tableau 2	Répartition des patients selon l'âge	89
Tableau 3	Répartition des patients selon la tranche d'âge	90
Tableau 4	Répartition des patients selon le statut marital	92
Tableau 5	Répartition des patients selon le facteur de stress psychosocial	93
Tableau 6	Répartition des patients selon la perte des parents	95
Tableau 7	Répartition des patients selon la perte du conjoint	96
Tableau 8	Répartition des patients selon le statut parental	96
Tableau 9	Répartition des patients selon le niveau d'instruction	98
Tableau 10	Répartition des patients selon l'origine géographique	99
Tableau 11	Répartition des patients selon les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie	101
Tableau 12	Répartition des patients selon les antécédents de consultation en psychiatrie	102
Tableau 13	Répartition des patients selon les antécédents personnels de TS	103
Tableau 14	Répartition des patients selon le nombre de TS	104
Tableau 15	Répartition des patients selon l'usage de substances	105
Tableau 16	Répartition des patients selon la nature de la substance psycho-active	106
Tableau 17	Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques familiaux	108

Tableau 18 : Répartition des patients selon les moyens utilisés	109
Tableau 19 : Répartition des patients selon les moyens utilisés et la tranche d'âge	110
Tableau 20 : Répartition des patients selon les moyens utilisés et le sexe	112
Tableau 21 : Répartition des patients selon les moyens utilisés en détail	113
Tableau 22 : Répartition des patients selon le lieu de la TS	114
Tableau 23 : Répartition des patients selon l'heure de la TS	116
Tableau 24 : Répartition des patients selon la saisonnalité de la TS	117
Tableau 25 : Répartition des patients selon le jour de la TS	118
Tableau 26 : Répartition des patients selon le déroulement de l'acte	119
Tableau 27 : Répartition des patients selon la demande de l'aide	120
Tableau 28 : Répartition des patients selon l'idéation suicidaire avant l'acte	121
Tableau 29 : Répartition des patients selon la divulgation de l'intention suicidaire	122
Tableau 30 : Répartition des patients selon le motif invoqué	123
Tableau 31 : Répartition des patients selon le regret par rapport au geste	124
Tableau 32 : Répartition des patients selon la reprise de la TS	125
Tableau 33 : Répartition des patients selon l'hospitalisation	126
Tableau 34 : Répartition des patients selon la DMM	127
Tableau 35 : répartition des patients selon la DMM et la tranche d'âge	128
Tableau 36 : Répartition des patients selon le score de la SIS	129
Tableau 37 : Répartition des patients selon la nature de la maladie	130
Tableau 38 : Répartition des patients selon la nature de la maladie détaillée	132
Tableau 39 : Comparaison avec une étude de l'armée Algérienne faite au niveau de la 5 ^{ème} région militaire 2012-2013	148-149

LISTE DES GRAPHES

Graphiques	Titres	Pages
Graphique 1	: Répartition des patients selon le sexe	88
Graphique 2	: Répartition des patients selon l'âge	90
Graphique 3	: Répartition des patients selon la tranche d'âge	91
Graphique 4	: Répartition des patients selon le statut marital	92
Graphique 5	: Répartition des patients selon le facteur de stress psychosocial	94
Graphique 6	: Répartition des patients selon la perte des parents	95
Graphique 8	: Répartition des patients selon le statut parental	97
Graphique 9	: Répartition des patients selon le niveau d'instruction	98
Graphique 10	: Répartition des patients selon l'origine géographique	100
Graphique 11	: Répartition des patients selon les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie	101
Graphique 12	: Répartition des patients selon les antécédents de consultation en psychiatrie	102
Graphique 13	: Répartition des patients selon les antécédents personnels de TS	103
Graphique 14	: Répartition des patients selon le nombre de TS	104
Graphique 15	: Répartition des patients selon l'usage de substances	105
Graphique 16	: Répartition des patients selon la nature de la substance psycho-active	107
Graphique 17	: Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques familiaux	108
Graphique 18	: Répartition des patients selon les moyens utilisés	109
Graphique 19	: Répartition des patients selon les moyens utilisés et la tranche d'âge	111
Graphique 20	: Répartition des patients selon les moyens utilisés et le sexe	112
Graphique 22	: Répartition des patients selon le lieu de la TS	115
Graphique 23	: Répartition des patients selon l'heure de la TS	116
Graphique 24	: Répartition des patients selon la saisonnalité de la TS	117
Graphique 25	: Répartition des patients selon le jour de la TS	118

Graphique 26 : Répartition des patients selon le déroulement de l'acte	119
Graphique 27 : Répartition des patients selon la demande de l'aide	120
Graphique 28 : Répartition des patients selon l'idéation suicidaire avant l'acte	121
Graphique 29 : Répartition des patients selon la divulgation de l'intention suicidaire	122
Graphique 30 : Répartition des patients selon le motif invoqué	123
Graphique 31 : Répartition des patients selon le regret par rapport au geste	124
Graphique 32 : Répartition des patients selon le désir de reproduire la TS	125
Graphique 33 : Répartition des patients selon l'hospitalisation	126
Graphique 34 : Répartition des patients selon la DMM	127
Graphique 35 : Répartition des patients selon la DMM et la tranche d'âge	128
Graphique 36 : Répartition des patients selon le score de la SIS	129
Graphique 37 : Répartition des patients selon la nature de la maladie	131
Graphique 38 : Répartition des patients selon la nature de la maladie détaillée	133

I-INTRODUCTION :

Le suicide est une question qui a toujours été énigmatique, pourquoi un être humain se donne-t-il la mort ?

Durkheim, dans son ouvrage sur le suicide, publié en 1897 [1] 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 le résultat ». L'intuition durkheimienne, selon laquelle le suicide constitue un phénomène social, a été prolongée par plusieurs sociologues. Cependant, divers reproches, y compris ceux de son disciple M. Halbwachs, ont été adressés à Durkheim notamment son désintérêt pour la personne suicidée au profit du taux du suicide. Halbwachs [2] propose d'étudier le suicide en intégrant les facteurs psychologiques (individuels) et les facteurs sociaux (collectifs). Ces deux précurseurs de la sociologie du suicide ont largement influencé la pensée contemporaine du suicide.

Devant la complexité du suicide, chaque discipline tentait de la réduire à sa propre vision pour le faire entrer dans ses catégories conventionnelles etc... La synthèse devient impossible. Pourtant, à l'évidence, les théories se complètent plus qu'elles ne s'excluent.

Le suicide traduit un comportement autodestructeur qui est l'aboutissement d'une situation de crise, souvent insuffisamment perçue par l'entourage et le corps médical. Il concerne toutes les catégories d'âge et les deux sexes.

Le suicide est une tragédie qui, d'une manière ou d'une autre, touche l'ensemble de la population : les familles et plus largement tout l'entourage, le corps médical, les professionnels de santé et socioéducatifs, les responsables politiques. Après avoir été tour à tour l'objet de condamnation, de réprobation, de tolérance voire de relative acceptation le suicide est déclaré, sur le plan mondial, comme une priorité de santé publique.

Les suicides et tentatives de suicide posent, de nos jours, un important problème de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la Santé [3] il est de nos jours à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes. Il est tout aussi difficile d'établir des comparaisons entre pays. Toutefois, si l'on s'en tient aux données fournies par les pays qui acceptent de se plier au protocole de l'OMS, on observe de grandes différences puisque les taux de suicide varient considérablement d'un pays à l'autre.

Les taux les plus élevés sont observés en Europe orientale (par exemple, en Biélorussie avec 41,5 pour 100 000, en Lituanie avec 51,6 pour 100 000). Inversement, c'est principalement en Amérique latine que sont relevés les taux les plus faibles (Colombie : 4,5 pour 100 000), ou encore dans certains pays d'Asie (2,1 pour 100 000 en Thaïlande). En Europe occidentale, en Amérique du Nord ou encore dans certaines régions d'Asie, les taux se situent entre ces deux extrêmes (France : 20 pour 100 000 ; Canada : 15 pour 100 000, Japon : 19,5 pour 100 000, Allemagne : 14,3 pour 100 000). [3]

Les tentatives de suicide sont quant à elles beaucoup plus fréquentes que les suicides aboutis et sont des gestes souvent réitérés.

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

En Algérie, le manque de données scientifiques et épidémiologiques sur le phénomène du suicide représente une des contraintes que rencontrent les chercheurs universitaires. L'Algérie est l'un des rares pays au monde à ne pas figurer sur la liste des statistiques mondiales sur le sujet. Tout le monde s'accorde à dire que les statistiques disponibles en Algérie sont parcellaires, vu que le sujet reste tabou.

En milieu militaire, les conduites auto-agressives posent de sérieux problèmes de sécurité tant au niveau individuel que collectif. En effet, l'armée est un groupe social issu de la population mais qui adhère à des valeurs de référence telles que le haut respect de la discipline et de la hiérarchie. Le métier de militaire est diversifié, faisant appel à une multitude de fonctions différentes, ce qui en fait aussi son attractivité.

Les militaires doivent posséder de bonnes assises psychologiques répondant aux normes d'aptitude avalisées par le commandement.

Tout ceci nous a amené à réfléchir sur le phénomène suicidaire en milieu militaire, afin de sensibiliser pourquoi pas, l'intérêt général sur des mesures d'ordre prophylactique sachant que l'Algérie est un pays de jeunes où le service militaire est un passage obligatoire dans la vie du citoyen qu'il soit dans un mode choisi ou imposé, ajouter à cela les contraintes de ce dernier, ainsi que l'imprévisibilité parfois même l'impulsivité et l'ampleur de tel acte.

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

- Déterminer les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des tentatives de suicide des patients admis aux urgences médico-chirurgicales (UMC) de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran/ 2° RM,
- évaluer le profil des suicidants militaires,
- Et enfin, proposer une stratégie de prévention en milieu militaire.

Nous allons nous attacher à définir les différents termes du phénomène suicidaire : suicide, tentative de suicide et équivalents suicidaires, puis nous ferons un rappel historique du concept de suicide et des principales données épidémiologiques. L'étude des relations des différentes pathologies avec les tentatives de suicide sera enchaînée par la description des échelles d'évaluation du risque suicidaire, puis nous aborderons les tentatives de suicide en fonction de l'âge, la religion et la culture. La fin de cette étude théorique sera consacrée aux principes de la prise en charge des suicidants et les mesures de prévention possibles.

La seconde partie sera consacrée à notre enquête sur les tentatives de suicide chez les patients consultants ou hospitalisés à l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran. Nous réaliserons par la suite une analyse des résultats que nous discuterons, puis nous terminerons par une conclusion générale sur le sujet et quelques recommandations.

II-TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES ARMEES :

L'armée est riche en emplois à risque et à fortes contraintes qui requièrent une parfaite maîtrise intellectuelle physique et surtout émotionnelle. Nombreuses sont donc les aptitudes qui peuvent être affectées par l'état d'un militaire en risque suicidaire ou ayant réalisé une tentative de suicide. L'aptitude générale au service peut être mise en jeu, en particulier en cas d'affections psychiatriques aiguës ou évolutives incompatibles avec le service armé. Souvent les conditions d'emploi vont devoir être modifiées par des restrictions d'emploi temporaires, voire définitives prises par le médecin psychiatre des hôpitaux militaires et/ou par le médecin psychiatre du centre national d'expertise médical du personnel navigant (CNEMPN/1°RM) (aptitudes du personnel navigant, service à la mer, conduites d'engin, déminage, saut en parachute).

Le processus décisionnel en matière de détermination de l'aptitude s'appuie sur la collaboration du médecin d'unité et du psychiatre militaire. Ce dernier, prend en compte les données cliniques individuelles, leur évolutivité, mais aussi les données sociales et environnementales.

La force de ce système, est l'unité fonctionnelle, à savoir un groupe de quelques militaires. Ce groupe travaille pour une mission donnée, réunissant pour cela un nombre de personnes aux fonctions plus ou moins différentes mais hautement complémentaires. Les personnes appartenant à un même groupe ne s'imitent pas. Elles vont toutes vers une même direction dont l'objectif est d'accomplir une mission bien déterminée. Le groupe ne peut fonctionner que s'il existe une cohésion. Une cohésion faible est un facteur prégnant de déstabilisation et peut provoquer une série de troubles tant individuels que collectifs. Un groupe affaibli, parfois par un seul individu, est beaucoup moins opérationnel et peut mettre en danger gravement la mission. La cohésion est indispensable sans elle, il ne peut y avoir de capacité opérationnelle. Chaque groupe doit reconnaître un chef qui symboliquement possède une fonction paternelle puisque porteur de la loi et du respect. Le groupe en général et l'individu en particulier ont besoin de reconnaissance.

Ces dernières années, l'armée algérienne a connu une féminisation croissante, particulièrement marquée dans le service de santé et la gendarmerie, mais existant dans toutes les armées (la marine, l'aviation ...), apporte un regard nouveau dans bien des domaines, mais est parfois potentiellement source de réduction momentanée en effectifs notamment en cas de grossesse (congé de maternité).

La population militaire peut être évaluée à travers deux grands groupes : d'une part, les réservistes et les contractuels, population jeune dans son ensemble (18- 30 ans, la majorité ayant moins de 23 ans) et de plus en plus attractive pour les femmes ; et d'autre part les militaires de carrière, en moyenne plus âgés mais au statut plus protecteur. Les engagés contractuels conduisent leur carrière avec des contrats renouvelables, tous les quatre ans. Les motivations d'engagement sont variées. Le contexte socio-économique actuel pousse la plupart de ces jeunes gens à désirer faire carrière dans une institution reconnue pour sa rigueur et une certaine sécurité financière associée. Mais il s'agit également d'une idéalisation pour les métiers d'armes, d'une volonté de vouloir « servir sa nation », et d'un désir de travailler « dans l'humanitaire ». Néanmoins, le statut des engagés reste lié aux aléas des renouvellements

de contrat. L'expérience montre que les deux périodes les plus délicates sont les deux premières années du premier engagement, le militaire étant souvent déçu par le décalage existant entre ses idéaux d'engagement et la réalité du terrain, mais aussi le deuxième et le troisième contrat entre quatre et douze ans de carrière où l'on observe volontiers un certain épuisement, en partie due à une multiplication des opérations extérieures. La question de l'adaptation peut par conséquent se poser très tôt au cours du premier contrat, parce qu'un point de rupture est atteint, ou parce qu'un trouble psychiatrique sous-jacent se révèle (trouble grave de la personnalité, troubles psychotiques aigus ou chroniques) dans des moments délicats de déstabilisation.

Des conduites addictives peuvent alors se rencontrer, avec une prédominance pour la consommation de cannabis, souvent associée à des abus répétés d'alcool.

Les militaires de carrière regroupent le corps des sous-officiers et des officiers. La tranche d'âge est supérieure, la majorité se répartissant entre 30 et 55 ans. Cette population se caractérise par les aléas du parcours de la carrière au gré des mutations, des changements de grade et/ou de fonctions. Ce groupe est également plus marqué par des difficultés socio-familiales (célibat géographique, risque élevé de divorces, grands enfants à charge...). Lorsque des troubles psychiatriques sont décelés, ils sont plus volontiers chroniques et/ou intenses, tels les troubles de l'humeur ou une psychose paranoïaque évoluant à bas bruit avec parfois des paroxysmes tout aussi bruyants qu'inquiétants et déstabilisants pour l'entourage tant familial que professionnel. Ce groupe n'est pas épargné par les mésusages de substances psycho actives. La consommation associée de tabac est fréquente aggravant la morbi-mortalité.

Les missions possèdent des spécificités différentes suivant les armes, mais des points communs sont retrouvés. En l'occurrence, les départs en missions extérieures sont souvent répétés au cours de la carrière. La présence de l'arme est une constante, évidente pour les gendarmes, mais tout aussi fréquente lors des manœuvres sur le terrain. Autre facteur fragilisant souvent retrouvé, la promiscuité, qu'il s'agisse d'une promiscuité de circonstance ou lors des sorties en sous-marins, ou d'avantage ancrée dans un mode de vie en gendarmerie rendant la séparation lieu de travail- lieu de vie privée assez floue. Mais en ligne de fond est constamment posée la question de la mort, celle de l'autre devenant traumatisante en ce sens que l'autre peut représenter un alter ego, mais aussi la mort de soi. La mort n'est pas

seulement celle que le militaire risque de recevoir dans cette position sacrificielle qu'il est sensé accepter tout au long de sa carrière, mais aussi celle qu'il peut être amené à donner dans les conditions d'exercice de son métier. Par ailleurs, il peut s'agir d'une mort particulièrement atroce lors de la découverte de charniers ou de visions particulièrement effroyables, visions de guerre, d'autant plus insoutenables qu'elles touchent la population civile et encore plus les enfants, mais aussi visions de suicide ou de mort par accidents de la voie publique, lot quotidien des gendarmes.

Des points plus spécifiques à chaque arme sont également retrouvés. Pour chacune, il existe des postes à risques, comme par exemple l'appartenance aux troupes aéroportés dans l'armée de terre, les pilotes de chasse de l'armée de l'air, les sous-mariniers dans la Marine, le groupe d'intervention de la Gendarmerie.

Ainsi, l'engagement dans l'institution militaire n'est pas seulement de nature contractuelle. Il impose bien d'autres vécus, uniques en leur genre, ce qui en fait sa force mais aussi sa difficulté. Seul un esprit de cohésion, acquis patiemment avec l'entraînement et renforcé par des valeurs militaires fortes, permet d'aller de l'avant. Ceci ne peut se concevoir que grâce à une sélection rigoureuse des personnels, sélection d'abord initiale à l'engagement effectuée par les médecins généralistes des l'unité et des écoles d'applications, puis tout au long de la carrière lors des visites systématiques annuelles et des visites programmées lors d'événements particuliers (changement de statut, renouvellement de contrat, et aussi tout événement pathologique intercurrent).

III-ETHYMOLOGIE DU MOT SUICIDE :

C'est à l'abbé Desfontaines que l'on prête la première utilisation du terme dans le « supplément du dictionnaire de Trévoux » en 1792 [4].

Le terme suicide provient du latin *sui*, qui renvoi à soi et *caedere* qui signifie couper, tuer ou *caedes* qui signifie meurtre.

Donc il conviendrait de dire « suicider » et non pas « se suicider ». Le terme suicider renvoi précisément à se tuer.

IV-APERCU HISTORIQUE :

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

1. Profil historique du phénomène suicidaire :

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

Pour les Epicuriens et les Stoïciens [5], la valeur suprême est l'individu, il prône sa liberté de décision quant à la vie et la mort, ils donc favorables au suicide.

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

Platon avait une position plus nuancée, admettant des exceptions comme le cas de la maladie douloureuse et incurable, le cas d'un condamné à mort, et les situations où l'individu connaît un sort misérable.

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

Dans la Rome antique, même s'il était loué, l'acte suicidaire devait obéir à des critères compatibles avec la morale stoïcienne, sous peine d'être condamné. Il est confié au soin du législateur de décider si tel acte suicidaire est licite ou s'il doit être puni. Les causes légitimes étaient dûment précisées dans le cas du citoyen (douleur physique, perte d'un être cher, fureur, folie...) mais les esclaves et les soldats étaient exclus de ces dispositions et l'acte suicidaire conduisait légalement chez eux à une mesure répressive : confiscation des biens, suppression des rites funéraires. [6]

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. [7]
Nous pouvons donc conclure qu'autrefois le suicide était non seulement interdit mais aussi condamnable.

Durant les deux derniers siècles, le suicide est progressivement devenu un objet d'études scientifiques. Deux types de conception se sont opposés :

- les théories sociologiques Durkheim [1] (Le suicide, 1897) et Halbwachs [2]. (Les causes du suicide, 1930) ;
- les théories psychopathologiques avec S.FREUD ; Menninger ; Vedrinne et Saubier.

2. Courant sociologique :

Le modèle sociologique des conduites suicidaires a été marqué par la pensée d'Emile Durkheim (le suicide, 1897).

Émile Durkheim, le fondateur de l'école française de sociologie, consacra tout un ouvrage à l'étude de ce qu'il considérait comme un phénomène social. Durkheim récuse en premier lieu les explications couramment avancées au XIX siècle : à savoir l'hérédité, l'assimilation du suicide à la folie, le climat... À l'aide de statistiques, Durkheim a pu comparer les variations du taux de suicide dans le temps comme dans l'espace, afin de saisir les facteurs susceptibles d'affecter le phénomène. Durkheim conclut que « chaque société est prédisposée à fournir un contingent de morts volontaires ». [1] Selon cet auteur, « C'est la constitution morale de la société, qui fixe à chaque instant le contingent de mort volontaire, il existe pour chaque peuple une force collective qui pousse les hommes à se tuer » [8].

A partir des concepts d'intégration et de réglementation, il classe les suicides dans les sociétés selon quatre types : altruiste, égoïste, anémique et fataliste : [9].

— Le suicide altruiste : [9] il est déterminé par un excès d'intégration. Procède d'une intégration sociale forte au point de méconnaître l'individualité de ses membres. C'est une forme de suicide particulièrement développée dans les sociétés traditionnelles et qui n'a pas complètement disparu dans les sociétés modernes. On peut avoir en tête le

- Le suicide traditionnel des personnes âgées, devenu un poids pour la famille, au Japon ;

- Le militaire qui se donne la mort à l'issue d'une bataille perdue ;
- Commandant de navire qui ne peut envisager la vie sans son bateau et qui préfère couler avec celui-ci...

__ Le suicide égoïste : provient, à l'inverse du suicide « altruiste », d'un défaut d'intégration. Ainsi, une individualisation trop poussée peut conduire au repli de l'individu sur lui-même, incapable parfois de trouver des motifs d'existence. Le suicide égoïste est le signe d'une société trop déstructurée pour fournir un motif valable d'existence à certains de ses individus [9].

__ Suicide anémique : le mot « anémie » vient du grec « anomia » et signifie « absence de règle, violation de la règle ». Ce type de suicide intervient lors d'un défaut de régulation qui, selon Durkheim, constitue la forme de suicide la plus répandue dans les sociétés modernes vu les changements sociaux rapides qui frappent les normes de conduites classiques. Ce type de suicide progresse en situation de crise économique ou politique et dans les périodes de forte croissance économique, puisque les mutations engendrées sont porteuses d'instabilité sociale. [1]

__ Suicide fataliste : le suicide fataliste, quant à lui, est lié à une régulation sociale excessive, une discipline extrêmement rigoureuse étouffant les libertés individuelles. L'intuition de Durkheim selon laquelle le suicide constitue un phénomène social a été prolongée par de nombreux sociologues. [1]

Maurice Halbwachs (Sociologue français) complète le travail de DURKHEIM. Il suppose que, seul, le vide social créé autour de l'individu cause le suicide. Halbwachs a démontré la dimension sociale de la décision individuelle du suicide : « C'est dans la société qu'il a appris à vouloir, et, même lorsqu'il en est retranché moralement, et qu'il croit ne plus participer à sa vie, il suit encore en partie son impulsion ». [2]. Selon cet auteur « *Le nombre des suicides est un indice assez exact de la quantité de souffrance, de malaise, de déséquilibre et de tristesse qui existe ou se produit dans un groupe* ».

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

3. Courant psychologique :

La psychopathologie et la psychanalyse ont joint, aujourd'hui, leurs explications dans une étiologie souvent convergente. Dès 1905, S. Freud évoque le retournement de l'agressivité contre le moi dans le geste suicidaire, point de départ de ses travaux fondés sur la notion de « *pulsion de mort* » qu'il définit comme « *la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique* », à partir de laquelle s'enrichira la réflexion sur le suicide. [10] Cela va ouvrir une brèche dans la condamnation des suicidés. Freud a insisté sur l'importance des facteurs individuels inconscients -au lieu des enjeux sociaux comme l'a prouvé Durkheim-.

Selon Freud, le suicide est une « *agression interne contre un objet d'amour introjecté* ». Il a décrit le modèle de la mélancolie : le surmoi perd sa fonction protectrice pour se déchaîner avec une violence contre le moi. Ainsi le Moi tue en tuant le Moi modifié [10].

La formule de Freud, selon laquelle « nul n'est probablement à même de trouver l'énergie de se tuer, à moins de commencer à trouver quelqu'un à qui il s'est identifié » [10], marqua l'interprétation psychanalytique du phénomène.

Le psychiatre allemand Karl Menninger (1938) démontre dans son livre *Man Against himself* que trois motivations inconscientes et destructrices sont réunies dans le suicide: le désir de tuer, le désir d'être tué et le désir de mourir [11]

- le suicide comme désir de mourir, de tuer et de se tuer [12].
- le désir de mourir : le suicidaire cherche dans la mort avant tout le repos, l'annulation des tensions, la satisfaction du désir d'être passif et de mourir.
- le désir de tuer : "on se tue pas sans s'être proposé de tuer l'autre», cette composante agressive est manifeste dans les cas de suicide passionnel ou l'idée du meurtre précède souvent celle du suicide.
- le désir d'être tué fait intervenir une autre signification du suicide que l'on s'inflige et particulièrement comme une castration.

Pour Vedrinne et Saubier, [13] le geste suicidaire peut être effectué pour mettre fin à un vécu de culpabilité chez le sujet mélancolique où la mort apparaît comme une fin logique à l'auto-

accusation dont on fait l'objet et que ce geste apparaît comme un moyen d'échapper à un vécu persécuteur trop angoissant.

On considère, donc, que les personnes qui se suicident sont atteintes d'une maladie mentale car les difficultés de la vie ne suffisent pas à conduire les gens au suicide.

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

V-DEFINITION :

1-Le suicide :

Le terme « suicide » créé par Thomas Browne vient du latin « sui » : [se, soi] et « caedere » : [tuer] =se tuer soi-même [14/15]. C'est un acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort. Le suicide est donc le meurtre de soi-même

L'Encyclopédie Britannica, que cite Shneidman, donne cette définition du suicide dans son édition de 1973 : « Action par laquelle l'être humain se donne lui-même la mort » [16].

Durkheim (1897) l'a défini comme : "la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer". [1]

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

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

2-La tentative de suicide :

La tentative de suicide correspond à un "*comportement suicidaire non fatal*".

Le terme de « tentatives de suicide » est une expression courante aux États- unis, alors qu'il est remplacé en Europe par « para suicide » ou « acte autodestructeur délibéré ».

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

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

L'O.M.S – en la nommant lésions auto-infligées- a défini la tentative de suicide comme étant [17/18] : « 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 ou qui se traduisent par l'ingestion de substances en excès par rapport à une prescription médicale ou par rapport à ce qui est reconnu comme une posologie thérapeutique, et ce, dans le but d'induire les changements espérés ».

La terminologie « lésions auto- infligées », utilisée par l'O.M.S, a été reprise dans la Classification Internationale des Maladies (**CIM-10**) (**annexe 1**), dans laquelle les suicides et tentatives de suicide sont rangées en fonction des moyens utilisés [de X69 à X84]. [19]

On parle de morbidité suicidaire et de sujets suicidants.

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

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

3- Les idées suicidaires (ou idéations suicidaires) :

Ce sont des pensées que l'on pourrait se donner la mort, qui correspondent à des constructions imaginaires de scénario, sans passage à l'acte. [20]

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

- Sentiment de lassitude de vivre,
- La conviction que la vie ne vaut pas d'être vécue,
- Un désir de ne pas se réveiller du sommeil... [21, 22].

• Le suicidaire :

Le suicidaire est un sujet qui a des idées suicidaires.

4-Autres définitions :

4.1-La crise suicidaire :

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne, où celle-ci se sent dans une impasse et est confrontée à des idées suicidaires de plus en plus envahissantes. Le suicide apparaît alors de plus en plus à cette personne comme le seul moyen pour se débarrasser de sa souffrance et pour trouver une issue à cet état de crise. [23]

4.2-La menace suicidaire:

La menace suicidaire correspond à la manifestation d'un projet exprimé verbalement ou non. Elle se situe entre les idées suicidaires et le passage à l'acte. [24]

4.3-Les équivalents suicidaires:

Les équivalents suicidaires sont des conduites à risque qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort. Ces conduites, tout comme certaines lésions ou mutilations auto-infligées

non suicidaires, ne doivent pas être abusivement considérées comme des tentatives de suicide.

[20]

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

4.4-L'attentat-suicide :

L'attentat-suicide est un attentat dont la réalisation implique la mort de son auteur. Il est le plus souvent organisé par des groupes militaires ou paramilitaires dont le but est de déstabiliser les institutions établies par une partie considérée comme ennemie. [25]

4.5-Euthanasie :

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

Les lois de la plupart des pays du monde l'interdisent avec quelques exceptions aux Pays Bas et en Belgique [26].

4.6-Suicide assisté :

Le suicide assisté correspond aux actes d'une personne, médecin ou non, qui fournit les moyens de se suicider ou les renseignements sur la manière de faire à un individu désirant mettre fin à sa vie. Il peut s'agir par exemple d'une personne qui souffre d'une maladie en phase terminale et qui peut demander au médecin la dose mortelle d'un médicament pour le faire tuer. Il est à noter que l'état d'OREGON aux Etats-Unis est le seul endroit où ce type de suicide est autorisé. [27]

4.7-La suicidologie :

La suicidologie est définie comme étant la « science » qui étudie le phénomène suicidaire. C'est une discipline très récente qui a été créée aux États- unis par SHNEIDMAN et FARBEROW en 1967.Elle s'intéresse à la recherche scientifique en matière de suicide et a permis la mise en place d'études épidémiologiques et cliniques. [27]

VI-DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES CONCERNANT LES TENTATIVES DE SUICIDE

L'épidémiologie joue un rôle important en chiffrant l'ampleur du phénomène suicidaire et permet de détecter les facteurs de risques et les groupes à risques. La réalisation d'études épidémiologiques valables nous paraît donc importante pour mieux comprendre ce phénomène.

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

1. Dans le monde :

1.1- En milieu civil :

Comparés à la multitude d'études réalisées et en cours de réalisation sur le suicide, les tentatives de suicide sont moins étudiées [28, 29]. Du point de vue de l'épidémiologie descriptive, il n'existe pas de recueil systématique de données. Il est à noter que même pour le suicide la qualité du recueil des données est aléatoire [30, 31]. La plupart des études référencées sont rétrospectives. Quelques cohortes ont été créées en milieu professionnel dont l'étude GAZEL [32, 33].

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

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

Selon les mêmes estimations, le nombre de décès dus au suicide pourrait passer à 1,5 million en 2020. Au niveau mondial, le suicide représente 1,4 % de la charge de morbidité, mais les pertes dépassent le seul cadre de la santé.

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

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

Parmi les pays fournissant des données sur le suicide, on trouve les taux les plus élevés en Europe orientale et les taux les plus faibles le plus souvent en Amérique latine, dans les pays musulmans et dans quelques pays asiatiques. Les données sur le suicide dans les pays africains sont plus rares. [3] [34]. Les statistiques des pays où on dénombre les plus grands taux de suicide dans le monde sont indiqués dans le tableau suivant :

Rang	Pays	Année	Homme*	Femme*	Moyenne/100000 habitants
1	Lituanie	2005	68.1	12.9	38.6
2	Biélorussie	2003	63.3	10.3	35.1
3	Russie	2004	61.6	10.7	34.3
4	Kazakhstan	2003	51.0	8.9	29.2
5	Slovénie	2003	45.0	12.0	28.1

6	Hongrie	2003	44.9	12.0	27.7
7	Lettonie	2004	42.9	8.5	24.2
8	Japon	2004	35.6	12.8	24.0
9	Ukraine	2004	43.0	7.3	23.8
10	Sri Lanka	2000	--	--	21.6

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

Tableau A. Classement des 10 premiers pays dans le monde selon le nombre moyen des suicides par rapport à la population générale : Statistiques de l'OMS (décembre 2005)

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

- Au Québec, (Canada) : 1334 personnes se sont données la mort en 2001.
- En Suisse, on compte, chaque année, 1300 à 1400 suicides soit 4 décès /jour soit un taux de 19.1 pour 100.000 hab. chez les 14-44 ans.
- En France : Le suicide est responsable chaque année de près de 11 000 décès en France [35/36]. En 2001, la France se classait au 3e rang européen des plus forts taux de suicide [37] après la Finlande et l'Autriche. D'après les données de l'OMS ce pays a un taux de 20 à 24 (pour 100 000 habitants) globalement.

La France a participé à l'étude « *The WHO/EURO Multicentre study on suicidal behavior* » dans laquelle plusieurs grands centres de référence se sont succédés [38].

Le sexe ratio des tentatives de suicide est inverse de celui des suicides : les femmes réalisent deux trois fois plus de tentatives de suicide que les hommes [38]. Le risque diminue progressivement avec l'âge [39, 38], de même que le différentiel de sexe ratio [40].

Ainsi de manière unanime dans la littérature, les tentatives de suicide touchent davantage les femmes et les tranches les plus jeunes de la population [41, 42,43].

Les moyens les plus fréquemment utilisés sont les intoxications médicamenteuses volontaires dans plus de 50% des cas, suivies des phlébotomies dans plus de 10% des cas [44]. Mann retrouve que les hommes utilisent des moyens plus violents que les femmes au cours d'un geste auto-agressif [45]. De plus ils planifient davantage leur geste. Donc les femmes utilisent des modalités opératoires moins létales qui confèrent une plus grande chance de survie [45,46]. Pour Hawton et Zahl, la présentation opératoire de la tentative de suicide indexe est majoritairement l'intoxication médicamenteuse volontaire dans plus de 85% des cas chez les hommes comme chez les femmes [47].

L'étude de Staikowsy a retrouvé l'historique des spécialités pharmaceutiques utilisés lors d'intoxications médicamenteuses volontaires dix ans d'intervalle entre 1992 et 2002 [48]. Entre les deux périodes, les caractéristiques sociodémographiques de la population ne se modifient pas avec une nette prédominance féminine et un âge moyen de 35 ans. La classe de médicaments la plus utilisée est celle des psychotropes avec augmentation significative des antidépresseurs et notamment les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine), tandis que l'utilisation de benzodiazépines diminue. Pour les autres classes thérapeutiques, le paracétamol est le plus utilisé et non le moins dangereux par rapport la croyance collective.

1.2- En milieu militaire :

Les données scientifiques concernant la suicidalité des militaires sont difficiles à retrouver dans la littérature. Les articles francophones publiés sur le sujet sont rares.

Les articles publiés dans la revue *Military Medecine* sont essentiellement basés sur des données des armées américaines et israéliennes.

Pour l'armée française :

Une Étude rétrospective de trente-neuf cas de tentatives de suicide prises en charge dans un HIA. Pour l'année 2007, 69 suicides et 132 tentatives de suicide ont été dénombrés chez les militaires par la surveillance épidémiologique des armées. [46]

À partir de l'étude rétrospective de 39 observations médicales, les caractéristiques sociodémographiques et étiopathogéniques de suicidants militaires pris en charge à l'HIA Legouest durant l'année 2007 ont été déterminés.

La population à risque de conduites auto- agressives s'est révélée correspondre aux engagés volontaires de l'armée de Terre.

La modalité opératoire la plus représentée est l'intoxication médicamenteuse volontaire (64,1 %), suivie de la phlébotomie (12,8 %).

La majorité des patients (53,85 %) ne présentait pas de maladie psychiatrique caractérisée mais souffrait d'une crise suicidaire depuis quelques semaines.

Tous les sujets ont bénéficié d'une décision médico-militaire. Plus d'un tiers d'entre eux (35,9%) a été présenté devant la commission de réforme des militaires dont quatre pour trouble de l'adaptation au milieu militaire.

2-Données nationales :

2.1- en milieu civil :

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

Nous citerons la plus récente qui a été faite par Dr Messaoudi Abdelkrim dans la wilaya de Tizi-ouzou du 1^{er} janvier 2012 au 31 Mai 2014 dont les résultats montrent que L'incidence annuelle moyenne des TS est de **21.77** pour 100000 habitants. [50]

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

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

2.2- en milieu militaire :

Mis à part les communications présentées dans divers congrès nationaux et internationaux aucune étude publiée n'a été réalisée, bien que certaines soient en cours

- Notre étude est la première à l'Ouest algérien
- Une étude est en cour de réalisation au niveau de la 1ere région militaire
- Une étude a été faite à l'Est algérien, au niveau de l'hôpital militaire régional universitaire de Constantine par Dr Yakhlef [51] en 2014, dont les résultats montrent :

- Une prédominance masculine à 98 %
- La tranche d'âge :
 - Entre 21-23 ans représentent 35 %
 - Suivi de près par celle 24-26 ans et qui est représentée par 23 %
 - Avant 26 ans les TS représentent 79 %.
- Près de 91 % des sujets sont célibataires.
- Près de 79 % avaient un niveau scolaire inférieur au baccalauréat :
 - Près de 56 % présentant un niveau scolaire moyen
 - Près de 23 % un niveau scolaire secondaire.
- Le statut militaire :
 - Les contractuels : 53 %
 - Les réservistes 40 %.
- 49 % des militaires appartenaient à l'arme infanterie.
- La catégorie des grades :
 - Près de 72% sont des HDT
 - Près de 26 % des sous-officiers.
- Les moyens utilisés :
 - La phlébotomie occupe le premier rang 20 %
 - Les armes à feu 18 %
 - Les intoxications médicamenteuses 14%.
- La majorité des suicidants ont effectué leur TS à l'unité environ 70 %.
 - Les conflits familiaux est le motif le plus retrouve représenté par 60 %

- Prés de 88 % des patients suicidants ont été déclarés inaptes au service armé et 12 % ont bénéficié de congés de longue durée.
- Les difficultés d'adaptation au milieu militaire sont fréquentes.

VII-LES HYPOTHESES NEUROBIOLOGIQUES DES TENTATIVES DE SUICIDES :

La neurobiologie des comportements violents de l'agressivité et du suicide a fait l'objet d'une littérature immense et de quelques synthèses récentes. Rappelons d'emblée que des équipes entières ont consacré des années de recherche sur ce thème dont l'équipe du Professeur P.Karli, de Strasbourg qui, en termes accessibles, a présenté sa démarche, ses interrogations et sa vision du problème dans au moins deux ouvrage [52].

Pour reprendre précisément P. Karli [53], l'objet d'une telle réflexion, chez l'homme, n'est pas de décrire schématiquement un substrat nerveux de l'agression, mais plutôt d'analyser les facteurs et les processus qui contribuent à déterminer la façon dont l'individu perçoit et interprète une situation donnée et la façon dont il s'efforce de maîtriser sa relation personnelle à cette situation ; ceci implique un choix de stratégie qui semble appropriée à l'individu en situation. Cette démarche d'inspiration biologique autorise des confrontations plus fructueuses avec la psychologie génétique, la psychologie sociale voire la psychodynamie qu'une neurobiologie à la recherche de marqueurs ou d'index figés [54] de comportements violents.

Pour les auteurs les plus féconds et les plus stimulants, les comportements de violence et d'agression (vis-à-vis d'autrui ou de soi-même) doivent être considérés comme un moyen d'action ou une stratégie comportementale qui permet de s'approprier « quelque chose » (plaisir) ou au contraire de finir « quelque chose » pour mettre un terme à une expérience affective déplaisante. Selon les espèces et selon les situations, ce « quelque chose » peut être très varié allant d'un besoin biologique élémentaire à une interaction sociale voire à une activité de l'inconscient [55].

Les voies de recherche actuelles sur la biologie des conduites suicidaires se fait à travers le modèle vulnérabilité-stress.

1- Vulnérabilité aux conduites suicidaires :

La vulnérabilité suicidaire est particulièrement sous-tendue par :

- des traits de personnalité en rapport avec :
 - L'impulsivité agressive, la colère, la violence,
 - La propension au pessimisme et au désespoir ;
- les antécédents de tentative de suicide (TS) ;
- les antécédents familiaux de conduite suicidaire (TS et suicides).

Sont également impliqués la maltraitance infantile, les antécédents de traumatisme crânien et les affections neurologiques, le tabagisme. [56]

1.1- La vulnérabilité familiale :

Les études de génétique épidémiologique, qu'il s'agisse d'études familiales, d'adoption ou de jumeaux, suggèrent l'existence d'un facteur de vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires [56].

Si l'existence de formes familiales de suicide est connue de longue date, il existe maintenant quelques études qui permettent de supposer que les facteurs familiaux de risque suicidaire sont peut être indépendants des facteurs de vulnérabilité pour les troubles psychiatriques (dépression, schizophrénie...) [57].

Il a été démontré aussi que la transmission familiale du risque suicidaire n'est pas liée à la transmission des troubles psychiatriques, elle est liée à la transmission des traits de personnalité impulsifs agressifs au sein des familles [57].

1.2- Une vulnérabilité génétique:

Le risque de conduites suicidaires chez un apparenté de sujet ayant réalisé une tentative de suicide serait multiplié par 2,86 d'après les résultats d'une méta-analyse récente de 21 études portant sur plus de 25 000 patients et apparentés.

Les études d'adoption et de jumeaux suggèrent l'existence d'un facteur de vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires. L'héritabilité des tentatives

de suicide est d'environ 50 % d'après les différentes études de jumeaux, la part liée aux facteurs environnementaux étant donc, elle aussi, voisine de 50 %. [56]

1.3- Les facteurs biologiques de vulnérabilité au suicide :

Plusieurs études ont montré qu'il existerait des déterminants neurobiologiques au risque suicidaire, indépendants des pathologies psychiatriques. De plus, la vulnérabilité au suicide résulterait de l'interaction entre des facteurs « trait » et des facteurs « état » eux-mêmes influencés par des facteurs déclenchant environnementaux. Certains déterminants neurobiologiques participeraient à ces facteurs « trait » ou « état ». [57]

- Les facteurs « trait » : sont les facteurs de prédisposition au suicide, regroupant les troubles de la personnalité, les conduites addictives, les troubles du comportement comme l'impulsivité et l'agressivité. Ils seraient dépendants de facteurs génétiques et de facteurs d'événements de vie traumatisants notamment dans l'enfance et seraient sous-tendus par un dysfonctionnement du système sérotoninergique.
- Les facteurs « état » : sont représentés par les pathologies psychiatriques aiguës. Ils seraient dépendants d'évènements déclenchant tels que les stressseurs psychosociaux.

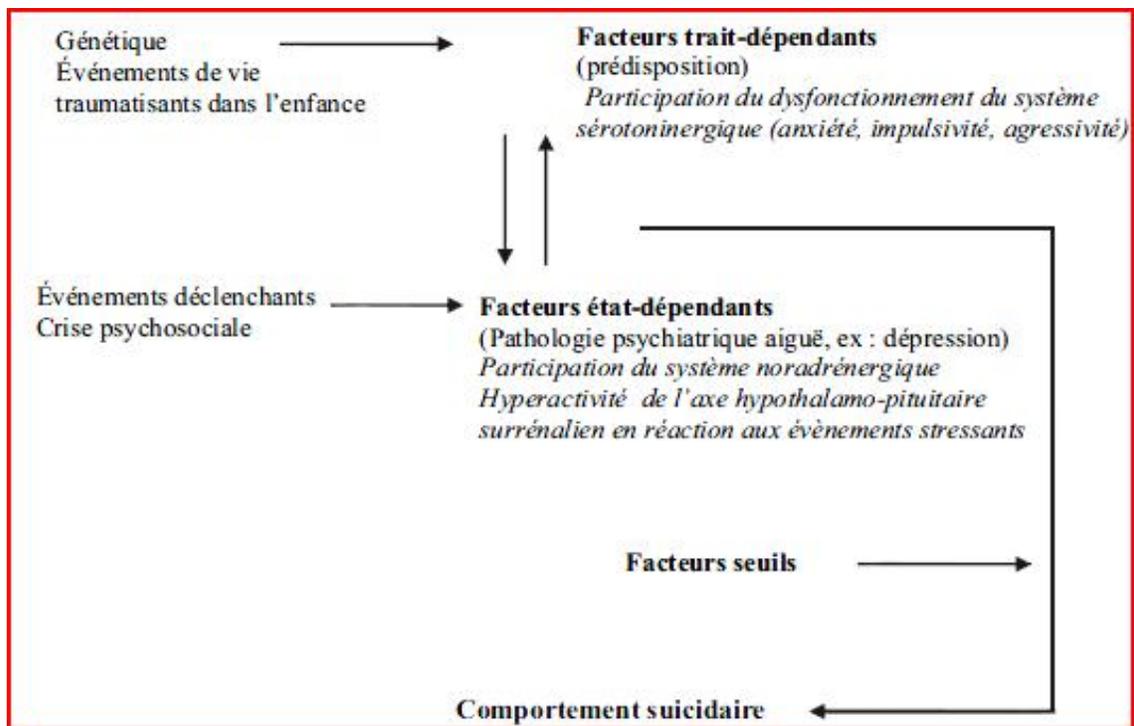
Le modèle de VAN HEERINGEN (2003) repose sur la notion de seuil de comportement suicidaire lié à l'interaction des facteurs « trait » et « état ».

Il semble donc exister un rôle de l'activité de trois systèmes neurobiologiques dans la physiopathologie du comportement suicidaire. [57]

- Un dysfonctionnement du système sérotoninergique qui serait associé aux perturbations du réglage de l'anxiété, de l'impulsivité et de l'agressivité contribuant aux facteurs de risque « trait »

- Une hyperactivité de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien, associée à un dysfonctionnement cathécolaminergique.

Ces deux derniers systèmes semblent participer à la réaction aux événements stressants et contribueraient aux facteurs « état ». (BADOUC et al, 2005).



Modèle de VAN HEERINGEN (2003) de l'interaction entre facteurs trait et facteurs état dans le comportement suicidaire et participation des facteurs neurobiologiques

1.3.1- Dysfonctionnement du système sérotoninergique central :

Au niveau central, le système sérotoninergique est impliqué dans de nombreuses fonctions physiologiques tel que le sommeil, l'activité mnésique, les comportements alimentaires, la thermorégulation... ainsi que dans la régulation des états affectifs, les états hallucinatoires et l'agressivité.

La sérotonine cérébrale est entièrement synthétisée localement à partir du tryptophane, acide aminé essentiel apporté par l'alimentation, qui traverse la barrière hémato-encéphalique grâce à un transporteur [56]. Ensuite le tryptophane pénètre dans le neurone sérotoninergique grâce à un transporteur spécifique. La tryptophane-hydroxylase transforme le tryptophane en 5-hydroxytryptophane qui est ensuite décarboxylé en présence de vitamine B6 [56]. La sérotonine ainsi formée dans les corps cellulaires des noyaux du raphé est transportée au niveau des terminaisons dendritiques et axonales (BOREL et coll, 1997).

La dégradation principale de la sérotonine s'effectue par la monoamine oxydase A (**MAO-A**) relayée par un aldéhyde déshydrogénase pour conduire à la formation d'acide 5-hydroxyindolacétique (**5-HIAA**), métabolite principal de la sérotonine [52].

Différents facteurs interviennent sur l'activité des MAO, dont l'âge, le sexe, l'alimentation et le tabagisme qui inhibe l'activité de la **MAO-B** de l'ordre de 40% et l'activité de la **MAO-A** de l'ordre de 25% (BERLIN et coll, 1995,2000).

Le dosage de la sérotonine peut s'effectuer dans le liquide céphalorachidien, plasma et urines.

Il existe de nombreux sous-types de récepteurs sérotoninergiques :

-Les récepteurs **5-HT1** et **5-HT2** ; impliqués dans les troubles liés au comportement suicidaire. Au niveau de l'hippocampe et du cortex frontal, les récepteurs **5-HTA1** post-synaptiques seraient impliqués dans l'anxiété, la dépression et la régulation centrale de la pression artérielle.

-Les récepteurs **5-HT2** post-synaptiques sont principalement retrouvés au niveau du cortex frontal, auraient un rôle dans le sommeil, les comportements hallucinatoires et aversifs ainsi qu'un rôle inhibiteur sur la libération de la noradrénaline au niveau de l'hippocampe [56].

Il existe des autorécepteurs somatodendritiques **5-HT1A**, prédominant dans les noyaux du raphé sur les corps cellulaires des neurones sérotoninergiques et des autorécepteurs pré-synaptiques **5-HT1B** et **5-HT1D**. La stimulation des autorécepteurs somatodendritiques inhibe la décharge des neurones sérotoninergique et celle des autorécepteurs pré synaptiques freine la libération de sérotonine [56].

La recherche de marqueurs biologiques de la dépression a conduit à l'observation que le dysfonctionnement sérotoninergique était spécifique de sous-types de dépressions, marquées par une dysrégulation de l'anxiété et de l'agressivité. Ainsi, les taux dans le liquide céphalorachidien du principal métabolite de la sérotonine, l'acide 5-hydroxy-indole acétique (**5-HIAA**), reflète des taux intracérébraux, sont abaissés chez les patients déprimés ayant fait une tentative de suicide par rapport aux déprimés sans antécédent de tentative de suicide. [56] Ces résultats ont été largement reproduits depuis l'étude princeps d'Asberg et al.

Ce dysfonctionnement est particulièrement marqué pour les tentatives de suicide réalisées avec un moyen violent, ou planifiées, et dont les conséquences médicales sont sévères (létales). [56].

De très nombreuses études chez l'homme et chez l'animal démontrent l'existence d'une corrélation entre la diminution de l'activité sérotoninergique centrale et les comportements violents impulsifs, l'irritabilité, l'hostilité et les conduites antisociales, qui sont des traits psychologiques de vulnérabilité suicidaire. [56].

En outre, les taux bas de **5-HIAA** pourraient prédire la survenue de futurs suicides ou tentatives de suicides, et de récurrences d'actes hétéro-agressifs impulsifs. [56].

Une autre indication en faveur du lien entre la disponibilité cérébrale en sérotonine et la régulation de l'impulsivité agressive est fournie par les études de déplétion en tryptophane. Cette méthode expérimentale, qui conduit à une déplétion rapide en sérotonine dans le cerveau, cause chez les sujets déprimés en rémission une augmentation de l'impulsivité et de l'anxiété, uniquement dans le sous-groupe ayant des antécédents d'idées de suicide. [56].

Les résultats des tests de provocation pharmacologique par des agonistes sérotoninergiques suggèrent en outre l'implication de l'activité des récepteurs **5-HT1A** et **5-HT2C** dans le dysfonctionnement sérotoninergique. [56].

Enfin, même si ce modèle supposé de neurone central présynaptique est maintenant contesté, plusieurs indices sérotoninergiques plaquettaires, notamment l'augmentation des récepteurs 5-HT2A, ont été mis en évidence chez les sujets présentant une histoire de conduite suicidaire, indépendamment du diagnostic psychiatrique. [56].

a- L'identification des gènes de vulnérabilité :

✚ Gène du tryptophane hydroxylase :

La tryptophane hydroxylase est codée par deux gènes, le premier cloné (TPH1) est situé sur le bras court du chromosome 11 et le second (TPH2) situé sur le chromosome 12 [57].

✚ Gène du transporteur de la sérotonine (5-HTT) :

Le transporteur de la sérotonine (5-HTT) joue un rôle majeur dans la régulation du taux de la sérotonine synaptique, en assurant sa capture pré-synaptique après sa libération, ce qui fait du gène codant pour le transporteur de la sérotonine, situé sur le bras long du chromosome 17 [57].

✚ Gènes des récepteurs de la sérotonine (5-HT) 5-HT1B et 5-HT2A :

Il a été rapporté une augmentation du nombre de récepteurs 5-HT2A dans le cortex préfrontal des sujets suicidés.

Plusieurs méta- analyses suggèrent avec force que l'un des gènes codant pour l'enzyme de synthèse de la sérotonine, la tryptophane hydroxylase (TPH1), et que le gène du transporteur de la sérotonine (5-HTT) sont impliqués dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires indépendamment des diagnostics psychiatriques.

Quelques résultats prometteurs pourraient impliquer les gènes TPH2 et codant pour le récepteur 5-HT2A, tandis qu'il n'existe pas à ce jour d'argument impliquant d'autres gènes sérotoninergiques [56].

1.3.2- Les catécholamines :

Les systèmes noradrénergique et dopaminergique, pourraient être perturbés dans les conduites suicidaires. L'hyperactivité corticale occasionnant une libération de noradrénaline en réponse au stress entraînerait, du fait de la réduction du nombre de neurones noradrénergiques observée dans le locus coeruleus, 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. La déplétion noradrénergique consécutive au stress pourrait sous-tendre le désespoir, dimension associée à la vulnérabilité aux conduites suicidaires.

1.3.2.1- Dysfonctionnement du système noradrénergique :

Il existe des interactions entre le système sérotoninergique et le système noradrénergique.

Les neurones noradrénergique ont une double influence sur la transmission sérotoninergique :

Au niveau des du raphé, les neurones sérotoninergiques reçoivent des influx excitateurs noradrénergique en provenance du locus coeruleus, effet exercé via des récepteurs alpha1 adrénergique.

Au niveau des terminaisons pré synaptique sérotoninergique, les hétéro récepteurs alpha2 adrénergiques participent à la régulation de la libération de la sérotonine dans la fente synaptique [58].

Au niveau du tronc cérébral (locus coeruleus), certains travaux ont mis en évidence une baisse des taux de la noradrénaline accompagné d'une diminution du nombre de neurones noradrénergiques (ARANGO et coll. 1996) et d'une augmentation des récepteurs alpha2-adrénergique (STOCKMEIER, 2003) [58].

D'autres travaux ont observé au niveau du cortex préfrontal, une augmentation des taux de la noradrénaline, une diminution des récepteurs béta-adrénergique [59]. Ces observations ont été considérées comme reflétant une augmentation de l'activité noradrénergique corticale possiblement associée à une augmentation de la réponse au stress (MANN, 2003) [58].

En post mortem, l'étude du système noradrénergique a révélé :

- Moins de neurones adrénergiques dans le locus coeruleus
- Une augmentation du niveau de la tyrosine hydroxylase dans le tronc cérébral
- Et une réduction des niveaux de récepteurs adrénergique post synaptique dans le cortex [60].

1.3.2.2- Dysfonctionnement du système dopaminergique :

Le système dopaminergique a été beaucoup moins étudié que le système sérotoninergique dans le suicide.

Cependant, des taux bas de l'acide homovanillique (HVA) dans le liquide céphalorachidien et dans les urines ont été associés dans quelques études avec la dépression et le comportement suicidaire (TRASKMAN, 1981 ; PLACIDI et coll. 2001 ; CREMNITER et coll. 1999 ; ROY et coll. 1992) [58].

2- Gènes, environnement et réactivité au stress :

Les événements de vie jouent un rôle majeur dans la survenue des conduites suicidaires en révélant la vulnérabilité suicidaire. L'étude des interactions **gènes/environnement** représente un domaine de recherche très actuel, facilité par l'identification croissante des polymorphismes génétiques en cause dans les différentes affections. Un résultat majeur est issu de la grande étude longitudinale où Caspi et al. rapportent que le risque de survenue d'une conduite suicidaire est le plus élevé chez les sujets qui à la fois sont porteurs de l'allèle « s » du **5-HTT** et qui ont subi des événements de vie stressants au cours des cinq années passées. Ce génotype pourrait augmenter la sensibilité aux événements stressants. [56]

❖ L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien :

Ces hormones surréaliennes et l'**ACTH** possèdent de nombreuses cibles ou récepteurs dans le cerveau, directement sur les cellules nerveuses. Un comportement agressif se manifeste quelque jours voire quelques mois peut être induit chez des rats par une injection intrapéritonéale d'**ACTH** [61]. Nous obtenons d'ailleurs avec une surrénalectomie.

Il semble exister une hyperactivité de l'axe du stress dans la physiopathologie des conduites suicidaires :

- Surrénales de volume augmenté ;
- Diminution de la fixation de **CRH** dans le cortex frontal chez les suicidés ;
- Taux élevés de **CRH** dans le liquide céphalo-rachidien de suicidants.

Il a récemment été décrit au cours d'un suivi de 15 ans que les sujets déprimés « non supprimeurs » au test à la dexaméthasone présentent un

risque de suicide très augmenté (x 14), en comparaison de ceux dont la réponse est normale [56].

Ces anomalies de l'axe du stress associées aux conduites suicidaires chez des sujets déprimés pourraient être liées à des mécanismes impliquant les récepteurs glucocorticoïdes **CRH-R1** et **CRH-R2**, ou l'arginine vasopressive (AVP), qui interagissent étroitement avec le système sérotoninergique [56].

❖ **Le cortisol :**

Des taux élevés de cortisol ont été décrits dans la dépression et le comportement suicidaire (WESTRIN. 2000, MANJI. 2001, KATHOL et coll. 1989, HOLSBER et coll. 1995, ARATO et coll. 1989, LOPEZ et coll. 1992, PRETORIUS. 2004, TUCKER et coll. 2004). Par ailleurs, une augmentation du cortisol urinaire dans le suicide violent a été montrée (VAN HEERINGEN, 2000) [62].

❖ **Le cholestérol :**

Le cholestérol est un composé majeur des lipides membranaires. Un déficit en cholestérol puisse entrainer une diminution de la densité et de la fonctionnalité des récepteurs 5-HT1A de la sérotonine (PUCADYL et CHATTOPADHYAY, 2004).

L'observation d'une concentration en cholestérol abaissée au niveau du cortex orbitofrontal chez les sujets décédés de suicide violent, suggèrent que les perturbations du métabolisme du cholestérol plasmatique sont un corrélat périphérique d'anomalies centrales agissant sur le déficit sérotoninergique central, et en conséquence un indicateur de la vulnérabilité suicidaire. Cette hypothèse est renforcée par la description récente d'une hypocholestérolémie familiale due à une nouvelle mutation du gène codant pour l'apolipoprotéine B (APO B), où le

risque de violence et notamment de suicide violent est 17 fois supérieur chez les sujets avec hypocholestérolémie [56].

- ❖ **Testostérone** : GUSTTAVSSON et coll, 2003. Ont trouvé un taux de testostérone dans le liquide céphalo-rachidien significativement augmenté parmi les sujets suicidants dépressifs ou dysthymiques, ainsi qu'une corrélation positive entre testostérone et irritabilité [63].

- ❖ **Les endorphines et autres**: sont des substances morphiniques naturellement présentes dans le cerveau. Leur libération cérébrale pourrait atténuer le caractère aversif de certaines stimulations, en particulier celles qui naissent des interactions sociales. Elles pourraient donc être impliquées dans le control des émotions mais c'est un champ encore peu exploré dans l'agressivité. [55]

Les benzodiazépines induisent parfois certains effets paradoxaux, notamment des réactions agressives. Il existe dans le cerveau des substances endogènes qui peuvent se fixer sur les récepteurs de benzodiazépines en particulier le Diazépam-Binding-Inhibitor (**DBI**). Cette substance qui est anxiogène est capable d'induire des réactions agressives lorsqu'elle est injectée à des rats [64]. Le DBI stimule la sécrétion périphérique de la cholecystokinine (CCK). La CCK existe aussi dans le cerveau, en cotransmetteur de la Dopamine. Elle provoque des attaques de panique et des états anxieux sévères.

Ces données doivent nous amener encore une fois à réfléchir sur le lien entre anxiété et agressivité [55].

3- Modification neurobiologiques et adversité environnementale dans l'enfance :

Des recherches actuelles récentes ont soulevé l'idée que des modifications épi génétiques exerçant un effet durable sur l'expression des gènes sans modifier la nature

de l'ADN [65], pourrait être à l'origine des modifications neurobiologiques constatées dans les conduites suicidaires.

L'épigénétique est le domaine de la génomique qui étudie comment l'environnement influence l'expression des gènes. Les phénomènes épigénétiques peuvent être définis dans un sens restreint comme des phénomènes de modification du patron d'expression des gènes sans modification de la séquence nucléotidique. [66]

3.1- Expériences précoces négatives et conduites suicidaires :

L'étude RADTKE. KM et al. Portant sur l'analyse de l'exposition au stress durant la vie intra-utérine montre une augmentation de la méthylation de l'exon 1F de l'ADN périphérique dans le groupe des enfants exposés [67]. Ce qui confirme que la méthylation du promoteur 1F n'est pas influencé e par le trouble psychiatrique associé, mais bien par les événements de stress durant l'enfance comme les abus [68].

L'exposition à un événement défavorable, au cours du développement, entraîne des changements persistants dans la régulation de la réponse au stress, en particulier un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien [69], ce qui peut augmenter le risque suicidaire.

LOPEZ. JF et al. Examine la localisation de l'ARN m de la pro-opimélanocortine (POMC) et des récepteurs aux glucocorticoïdes dans l'hypophyse antérieure des suicidés par rapport aux témoins, montre une augmentation de 25% de la densité de l'ARN m POMC chez les victimes de suicide [70], et des cellules corticotropes de plus grande taille avec augmentation de poids des surrénales [71], il s'agit principalement d'une hypertrophie corticale [72]. Donc les victimes de suicide présentent des signes d'activation chronique de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

3.2- maltraitance infantile :

Qu'il s'agisse des abus physique, des abus sexuels et des négligences, la maltraitance infantile est clairement associé au risque de conduite suicidaire à l'âge adulte. La maltraitance infantile induit une baisse de l'activité sérotoninergique qui persiste à l'âge adulte et s'accompagne d'impulsivité agressive [56]. Elle peut également induire une sensibilisation acquise précocement de l'axe HPA, qui pourrait expliquer l'apparition d'une déplétion noradrénergique consécutive à des stress ultérieurs [56]. Les abus pourraient d'ailleurs conduire à un état de stress post- traumatique (PTSD).

3.3- les phénotypes émotionnels et comportementaux :

GUSTAVO TURECKI, suggère que le développement de phénotype comportementaux et émotionnels stable, caractérisés par l'anxiété, l'agressivité ou l'impulsivité pendant l'enfance, peuvent prédire des comportements suicidaires à l'âge adulte. Ainsi que les effets développementaux induits par l'adversité précoce, sur les traits de personnalité qui, à leur tour, augmentent le risque suicidaire, peuvent être sous tendus par des modifications neurobiologiques [65].

3.4- les phénotypes cognitifs :

Des recherches récentes ont soulevé l'hypothèse des modifications de la réponse au stress, induit par l'adversité précoce, peuvent avoir à long terme des conséquences sur le développement et le fonctionnement des processus cognitifs [73]. Les sujets victimes d'abus pendant l'enfance ont des capacités réduites à l'âge adulte dans plusieurs fonctions cognitives comme l'attention, la concentration, la mémoire de travail, la mémoire sémantique ou l'inhibition de la réponse [74]. Ces modifications peuvent être associées à la modification de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, et des modifications de la structure cérébrales [75] comme une diminution de la taille hippocampique et une diminution de la substance grise au niveau du cortex

préfrontal [76] qui joue un rôle majeur dans la planification et les fonctions exécutives. Ces déficits cognitifs associés aux événements de vie stressants, peuvent augmenter le risque suicidaire [77].

4- L'imagerie cérébrale :

Quelques anomalies en IRM structurale pourraient être associées à l'histoire de tentative de suicide chez les sujets déprimés unipolaires : les hyper signaux dans les substances blanches et grises, la réduction de la substance grise au niveau du cortex orbitofrontal et l'augmentation de volume de l'amygdale droite [56, 78].

Des études post-mortem, Oquendo et al. Ont mesuré, à l'aide du PET (tomographie par émission de positons), la réponse sérotonergique dans l'OFC chez des déprimés ayant réalisé des gestes suicidaires. L'activité des régions ventromédianes et latérales du cortex préfrontal est plus faible chez les suicidants à haute létalité [56, 78].

En outre, les auteurs montrent une corrélation négative entre l'activité d'une région du cortex préfrontal médian et l'intentionnalité suicidaire, et une corrélation positive entre l'activité d'une région préfrontale latérale et l'impulsivité du sujet, la létalité du geste suicidaire étant une conséquence de ces deux variables. Ces résultats sont concordants avec les travaux impliquant le cortex orbitofrontal, le cortex frontal ventromédial adjacent et le gyrus cingulaire antérieur dans l'agressivité impulsive [78].

Frankle et al. Rapportent une réduction de la densité de transporteurs de la sérotonine dans le cortex cingulaire antérieur des sujets impulsifs agressifs [56]. Dans une étude par SPET (tomographie par émission de simple photon), van Heeringen et al. Ont montré que la liaison aux récepteurs 5-HT_{2A} préfrontaux était diminuée chez des suicidants et corrélée au désespoir, dimension associée au risque suicidaire [56].

Les progrès de l'imagerie cérébrale et de ses applications en psychiatrie permettront sans doute d'objectiver les modes d'activations des différentes régions cérébrales mises

en jeu dans les processus suicidaires, ainsi que le rôle des différents systèmes de neurotransmission in vivo [56].

5- Nouvelles techniques et autres voies moléculaires :

La diversification des recherches actuelles permet de stimuler la génération d'hypothèses impliquant d'autres systèmes neurobiologiques non monoaminergiques. Les résultats récents d'études génétiques d'association notamment, pourraient permettre d'impliquer les systèmes des cannabinoïdes endogènes, des anomalies de transduction du signal, de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, de canaux sodiques voltage dépendants de type VIII [56].

Les études conduites dans les conduites suicidaires permettent de confirmer l'implication de gènes sérotoninergiques dans la vulnérabilité au suicide, alors que les plus récentes suggèrent l'implication de nouveaux gènes candidats potentiels. Par exemple, il a été récemment rapporté une surexpression du gène E14-3-3 dans les cerveaux de sujets suicidés [56].

VIII-ASPECTS RELIGIEUX, CULTURELS ET ETHIQUE DU SUICIDE:

Beaucoup d'études s'accordent que la religion et la culture sont impliquées dans la compréhension du comportement suicidaire et qu'en fait elles devraient être intriquées parmi les stratégies de prévention des tentatives de suicide.

Ceci amène à poser certaines questions :

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

1. Aspects religieux :

Il n'existe pas de consensus quant à la définition du mot "religion". Une définition globale a été adoptée. Elle comprend à la fois la spiritualité (en rapport avec la transcendance) et la

religiosité (les caractéristiques comportementales, sociales, doctrinales et de dénomination spécifiques). [79].

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

Plusieurs études ont montré que le comportement suicidaire est moins important chez les personnes religieuses [80], [81], [82]. Par exemple, Mcds clain Jacobson [80] a mené une étude dont le but est d'évaluer le niveau psychologique par rapport à la croyance de la présence d'une vie après la mort chez une population suivie pour maladie cancéreuse terminale. Trois groupes ont été identifiés ; les croyants, les non croyants et les non sûrs. D'après cette étude, il n'y a pas de différence significative d'anxiété et de dépression entre les différents groupes.

Par contre, le désespoir est présent dans le groupe non croyant

Mofidi [83] suggère que l'effet protecteur de la religion s'interpose avec celui du support social mais aussi le rôle que joue le support social dans cette relation [84].

Daniel et al. Ont réalisé une étude ayant comme objectif, non seulement la compréhension de la relation entre spiritualité, religiosité et comportement. Ils ont conclu que l'activité religieuse reste significativement associée à une baisse des tentatives de suicide malgré la suppression des facteurs du support social.

D'après une autopsie psychologique portant sur des personnes suicidées âgées de 50 ans et plus, Nisbet et al. Ont trouvé qu'elles étaient moins pratiquantes [85].

En conclusion, la religion peut protéger contre les tentatives de suicides en donnant à la personne un sens à sa vie, soit par des valeurs morales ou bien en étant source d'espoir et de courage dans les moments difficiles de la vie [86].

1-2.Relation entre le suicide et la religion chez les malades mentaux :

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

Des études s'accordent à dire que la religiosité diminue le comportement suicidaire chez les patients dépressifs. A partir d'une étude d'un échantillon de patients dépressifs [N=371],

Dervic a montré que les sujets sans affiliation religieuse font plus de tentatives de suicide [87]. Ces sujets sont jeunes, célibataires, généralement solitaires, dépourvus de raisons de vivre, impulsifs, agressifs et mêmes consommateurs de drogues. Tandis que le niveau bas d'agressivité et la présence des objections morales de suicide diminuent les tentatives de suicide chez les patients religieux. Cependant, il reste encore à clarifier si cette association est nettement indépendante aux autres facteurs cliniques et sociodémographiques (statut marital et parental, le niveau d'éducation, trouble psychiatrique...).

Daniel et al. ont constaté que les affections psychiatriques sont significativement indépendantes de la religiosité [84]. Cette dernière est liée au comportement suicidaire chez les malades mentaux de la même façon que chez la population générale.

Parmi les facteurs de risque suicidaire, Oquendo et al. proposent la propension de réagir envers le pessimisme et le désespoir et l'absence de raisons pour vivre [88].

Lizardi a mené une étude comprenant des patients (N=265) avec épisode dépressif majeur selon les critères de DSM IV [89]. L'évaluation objective de différents paramètres a été réalisée en se basant sur les différentes échelles de mesure concernant la dépression, l'anxiété, le niveau psychosocial, les traits impulsifs, la présence ou non d'une psychose, des événements stressants et/ou d'une agression et la recherche chez ces dépressifs des raisons pour vivre. Cette étude a conclu que les sujets ayant moins d'objections morales de suicide font beaucoup de tentatives de suicide et présentent un désespoir. Leur degré d'anxiété psychique est minime par rapport aux autres ayant des objections morales de suicide plus élevées. Par contre, Foster et al. ont trouvé que lorsqu'il y a un trouble de l'axe I, la relation entre la religiosité et le risque suicidaire devient non significative [90].

Une étude faite sur une cohorte de patients psychotiques (N=88) jeunes a montré que le taux de tentatives de suicide commises chez ces patients est inversement associé à la satisfaction de la croyance religieuse [91].

Une autre étude [92], comparant deux groupes schizophrènes, un suicidant et l'autre non, a noté que les patients psychotiques suicidant ont rarement une affiliation religieuse ou appartiennent à une religion autre que le protestantisme. Huguelet et al. n'ont pas trouvé d'association entre la religiosité et le suicide chez les schizophrènes. Néanmoins, leur étude n'a pas exploré ce que veut dire la religiosité pour ces patients ni sur le plan quantité ni qualité [86]. Ceci a amené cette équipe à refaire une autre étude [93] en se basant sur la mesure du niveau de religiosité et de spiritualité à partir de trois groupes : un groupe de schizophrènes

suicidants [N=50], un groupe de schizophrènes non suicidants [N=65] et un groupe de suicidants non psychotiques [N=30]. La mesure de la religiosité implique le concept de centralité [94] : plus la religion occupe une place centrale dans la vie de la personne, plus elle va influencer ses expériences et ses comportements.

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

2. Aspects culturels :

Le suicide est perçu assez différemment selon les cultures ; si dans les sociétés occidentales été considéré comme immoral et déshonorant, il est dans d'autres sociétés justement le moyen de recouvrer un honneur perdu.

« La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social ou un individu. »

Les facteurs culturels jouent un rôle très important dans les variations nationales et régionales du taux de suicide [95].

Une comparaison récente des taux de suicide au Canada et aux États-Unis a révélé que le taux de suicide chez les hommes est de 57% plus élevé au Canada qu'aux États Unis. Antoon Leenaars [96] attribue cette différence à la théorie culturelle selon laquelle les canadiens sont plus brimés que les Américains, étant donné qu'au moment où il était colonie, le Canada s'appuyait sur des valeurs britanniques de la loyauté et de la religion, tandis que les États-Unis ont été fondés par des pionniers impétueux, agressifs et armés qui ont poursuivi leur route vers l'ouest en abattant tous les obstacles rencontrés sur leur passage. A cause de cette évolution différente, certains auteurs ont prétendu que les américains se tuent les uns les autres, tandis que les Canadiens se suicident [96]. Le taux de suicide chez les adolescents du Québec est le plus élevé au Canada et l'un des plus élevé au monde. Selon M. Samy [96], la

révolution tranquille et l'éclatement de la famille serait des facteurs clés du phénomène. Un autre facteur serait la possibilité de suicide qu'offre la société " nous vivons dans une société qui accorde la valeur à la qualité de vie plutôt qu'à la durée de vie..."[97] Crow 1987.

D'après plusieurs études, le taux de suicide au Japon a toujours été très élevé. Contrairement aux civilisations occidentales, ce n'est pas dans les villes mais à la campagne que le taux de suicide y est le plus élevé. Le rituel du suicide, le [seppuku] a été pratiqué par la noblesse et les guerriers [samourais]. Le suicide pratiqué à la mort de son supérieur est appelé Junshi. De manière générale, la culture japonaise ne condamne pas le suicide [98].

En Inde, les femmes indiennes se suicident plus que les femmes occidentales, ce sont surtout les facteurs sociaux liés au statut de la femme qui expliquent ses gestes (annulation d'un mariage, grossesse illégitime...).

3. Aspects éthiques du suicide :

Il y a moins d'un siècle encore, l'essentiel des questions posées autour du suicide restait d'ordre moral ; héritage d'un débat qui a traversé les âges et qui questionne le sens de la vie, donc le sens de la mort et qui retrouve ainsi inévitablement la sphère du sacré, du religieux.

Bien entendu, la position morale appartient à chacun d'entre nous et toute appréhension philosophique, morale et religieuse du suicide est respectable dès lors qu'elle se fonde sur une réflexion en profondeur sur les valeurs humaines.

Il n'en reste pas moins que, soit par référence à Dieu, soit par référence à l'homme et à l'universel, les différentes positions sur le suicide ont constamment hésité, balancé, entre deux termes opposés : l'héroïsme et la lâcheté, l'altruisme et l'égoïsme, le suicide qui exprime de façon fulgurante la liberté individuelle et celui qui témoigne de façon dramatique de l'enfermement forcé de la personne dans sa propre fin. En fait, cette ambivalence nous renvoie à une ambivalence encore plus profonde, concernant toute mort, non pas seulement la mort que se donne le sujet mais celle qui ravira chacun d'entre nous à l'existence. Cette mort consubstantielle à la vie humaine, à l'histoire de l'homme - grande histoire de l'humanité ou petite histoire quotidienne - histoire qui, elle même, ne peut prendre sens qu'en s'inscrivant dans le temps, au prix de s'achever.

Ainsi la mort nous crée à la vie en nous l'ôtant un jour, elle pose donc radicalement le problème de la liberté de l'homme dans son histoire, étant entendu qu'il n'est pas « libre » de ne pas mourir

IX-TENTATIVE DE SUICIDE ET TROUBLES MENTAUX :

La première étape du diagnostic étiologique des tentatives de suicide doit rechercher un trouble psychiatrique. Des études menées tant dans des pays industrialisés qu'en voie de développement, démontrent que la majorité des conduites suicidaires révèlent un diagnostic de désordre mental.

Esquirol est allé plus loin dans sa thèse psychiatrique en considérant que le suicide est un symptôme et que tout suicidant est un malade mental [99].

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

C'est ainsi que dans le **DSM (VI)-TR (annexe :2) [100]**, nous retrouvons simplement dans le critère de la personnalité borderline une « menace de comportement ou geste suicidaire », et dans la classification des troubles dépressifs, on trouve parmi les critères de l'état dépressif majeur des idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plans précis pour se suicider.

Dans la **CIM 10[19]**, nous retrouvons dans l'épisode dépressif sévère des idées de suicide manifestes.

Les différentes catégories diagnostiques par ordre décroissant pour le risque suicidaire sont :

-  Les troubles dépressifs.
-  Les schizophrénies.
-  Les troubles de la personnalité.
-  Les conduites addictives.
-  Les troubles mentaux organiques

1- Tentative de suicide et les troubles dépressifs :

La dépression est la première cause de suicide.

Les idées suicidaires sont fréquentes dans la dépression.

Le tableau clinique rassemble une altération pathologique de l'humeur, un ralentissement psychomoteur ou une agitation psychomotrice et des signes somatiques.

1-1.Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les déprimés :

Le trouble dépressif majeur est le premier trouble psychiatrique diagnostiqué dans les autopsies psychologiques et plusieurs études montrent qu'entre 50% à 60% des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de l'humeur (Marttunen, Aro, Henriksson, & Lönnqvist 1991 ; Lönnqvist et al. 1995 ; Séguin et al. 2006).

Dans une revue de la littérature comprenant : **[101]**

- 14 études de suivi de population des sujets déprimés ;
- Deux études épidémiologiques ;
- Une étude familiale.

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

Le signe d'alerte le plus important chez le dépressif, c'est lorsque quelqu'un parle de son suicide. Il faut donc prendre au sérieux certains messages.

1-2. Tentatives de suicide chez les déprimés :

Le risque suicidaire doit être envisagé chez tout patient déprimé. Ce risque est toujours présent soit au début de la maladie, soit au cours de son évolution. Tout patient déprimé peut

mourir par suicide :« l'attrait pour la mort est presque constant de la constellation dépressive »
[102].

L'appréciation du risque suicidaire est un enjeu majeur pour le clinicien dans l'évaluation d'un patient déprimé.

Cliniquement, certaines caractéristiques potentialisent le risque suicidaire chez les déprimés :
[103]

- L'intensité de la dépression : plus la dépression est intense plus le risque d'une tentative de suicide grave est important [104] ;
- La survenue d'une variation cyclique de l'humeur ;
- Douleur morale atroce ;
- Idées délirantes d'autoaccusation ou idée de culpabilité ou persécution qu'on doit rechercher et considérer comme alarmant surtout chez le mélancolique ;
- L'agitation, l'angoisse intense ou l'existence des idées délirantes chez le sujet déprimé peuvent être à l'origine des tentatives de suicide ;
- Sentiment de désespoir ;
- Une instabilité psychomotrice et une impulsivité associée ;

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

a) Mélancolie : [20]

La dépression mélancolique s'accompagne toujours d'un potentiel suicidaire élevé, le désir de mourir est constant et permanent. La mort est envisagée comme un soulagement à la fois pour soi (on ne souffrira plus) et pour les autres (on ne les ennuiera plus). La mort apparaît comme la seule solution ou comme un châtement nécessaire.

Ce risque devient grand lorsque le suicide devient un but en soi et centre l'existence du sujet. Cet état de danger de mort permanent est très élevé aussi bien avant tout traitement qu'au moment de la levée de l'inhibition.

Des messages verbaux directs et indirects sont souvent retrouvés.

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

b)- Autres formes en dehors de la mélancolie :

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

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

1-4.Facteurs de risque :

- Caractères sociodémographiques : **[103]**
 - L'âge : Le risque de suicide est important pour le patient de la tranche d'âge entre 30 à 40 ans et chez les sujets âgés de plus de 65ans ;
 - Le sexe : Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes déprimées que les hommes ;
 - Contexte socio-économique : Le risque suicidaire s'accroît chez les déprimés au chômage, célibataires, veufs ou en isolement social ;
- Événements de vie :
- Ils ont un rôle important de passage à l'acte six mois suivant une rupture (perte de relation affective, conflit conjugal ou perte d'emploi, un deuil) ;
- Les antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide constituent un facteur important de récurrence d'une tentative de suicide ;
- Communication de l'intention suicidaire ;
- L'existence de certains signes cliniques : idées de mort, insomnie, agitation psychomotrice, anxiété, désintérêt, irritabilité, anhédonie, un sentiment de désespoir, intensité de dépression... .

- Impulsivité et agressivité ;
- Co morbidité : troubles anxieux, troubles de conduites, alcoolisme, personnalité pathologique.

2. Tentatives de suicide et les Schizophrénies :

La schizophrénie est une psychose chronique et grave, touche l'adulte jeune. Elle se caractérise par des troubles du cours de la pensée, des idées délirantes, des hallucinations et un syndrome de discordance. C'est une pathologie au pronostic lourd, source de désinsertion socioprofessionnelle et d'isolement. [105]

Le risque suicidaire est corrélé avec 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 (Altamura, Bassetti, Bignotti, Pioli & Mundo 2003). Le risque suicidaire chez les patients schizophrènes est aussi corrélé avec la dépendance à l'alcool et les patients avec des antécédents de tentatives de suicide sont plus souvent diagnostiqués avec une dépendance à l'alcool par rapport aux patients sans antécédents suicidaires (Altamura et al., 2003).

2-1.Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les schizophrènes :

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

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

La mortalité, toutes causes confondues, est 4,5 fois supérieure à celle de la population générale [106].

-Le suicide concerne 9 à 13 % des sujets schizophrènes, ce qui représente un risque 20 fois supérieure à celui de la population générale [106] ;

-30 à 50% de ces patients font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie [107] ;

-10 à 15% des tentatives de suicide aboutissent contre 2% dans la population générale. [108]

-Le plus grand risque pour le suicide chez les patients schizophrènes reste la récurrence des comportements suicidaires.

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

La tentative de suicide est généralement commise dans un contexte où le schizophrène se perçoit en danger pour son intégrité physique et psychique ; et perçoit l'acte suicidaire comme le moyen de sortir de cette situation.

Au cours des phases précoces de la maladie, en particulier la première année qui suit le diagnostic, que les patients se suicident le plus souvent [109]. Le suicide survient plus volontiers au cours des épisodes aigus de la maladie, surtout au cours du premier épisode psychotique [110]. Mais la vulnérabilité serait maximale dans la semaine [111] et dans les trois mois [112] qui suivent la sortie des unités d'hospitalisation psychiatrique.

Les patients souffrant de schizophrénie ont volontiers recours à des moyens violents dans leurs tentatives de suicide, parfois atypiques [113] (défenestration,...). Ceci explique qu'elles aboutissent plus fréquemment que les tentatives de suicide médicamenteuses [108].

La létalité des moyens employés traduit une plus forte intentionnalité suicidaire [114] :

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

2-3. Facteurs de risque :

- *sociodémographiques* :

- Sexe : le taux de tentatives de suicide des sujets souffrant de schizophrénie semble équivalent dans les deux sexes [110].

- Age : Les comportements suicidaires, quels qu'ils soient, sont plus fréquents chez le sujet jeune. L'âge moyen du suicide dans la population souffrant de schizophrénie est

de 34 ans. Le taux de suicide diminue avec l'âge pour atteindre 5 % chez les patients de plus de 65 ans. [115]

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

-Perte d'un proche [25 %] ;

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

-Le sujet souffrant de schizophrénie et suicidant est le plus souvent socialement isolé, célibataire, sans emploi [116]. Le suicide paraît plus fréquent chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant [117].

- *Antécédents :*

- L'existence d'antécédents personnels d'idéations suicidaires, de projets et de tentatives de suicide est un facteur de risque majeur de suicide [118]. Dans la majorité des cas, les patients ont communiqué à leur entourage leurs intentions suicidaires avant le passage à l'acte.

- La prise en compte des antécédents familiaux de conduites suicidaires est également fondamentale dans l'évaluation du risque [119].

- Le risque suicidaire augmente en présence d'hospitalisations fréquentes, courtes, ainsi qu'avec le nombre d'hospitalisations sous contrainte [120].

- Il serait multiplié par 12 en cas de retard à la prise en charge supérieur à un an [118].

- *Caractéristiques cliniques [121]*

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

- La description de symptômes dépressifs [50 %] ;

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

- Abus de substances et d'alcool ;

- Désir d'attirer l'attention [18 %].

- *Les facteurs de protections :*

Peu d'études ont été consacrées aux éléments protégeant les sujets à risque contre un passage à l'acte

3. Tentatives de suicide et Troubles de Personnalité :

Un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Ce trouble apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il est stable dans le temps, source de souffrance ou d'altération du fonctionnement. [197].

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

- ✚ **Groupe A**, qui correspond aux personnalités "psychotiques". Il inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques (sujets bizarres ou excentriques).

- ✚ **Groupe B**, qui inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques (sujets d'apparence théâtrale, émotifs et capricieux).

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

Les troubles les plus fréquents associés au suicide concernant la personnalité borderline et la personnalité antisociale. La personnalité histrionique, narcissique ont également été associés au risque de suicide.

3-1. Personnalité borderline (état limite) :

Les tentatives de suicide font partie du tableau clinique de ce trouble décrit selon le DSM qui comporte : [122/123]

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

- Troubles du comportement marqué par l'impulsivité, l'imprévisibilité, avec abus de substances psycho-actives ;
- les automutilations.

Ce type de personnalité est trouvé chez 32,4% des jeunes suicidants hospitalisés [124].

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

Une dépression chez un sujet ayant une personnalité borderline représente une association particulièrement grave et dangereuse sur le plan de la suicidalité à cause de l'association du désespoir de la dépression à une impulsivité qui marque la personnalité borderline [124].

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

Les facteurs de risques suicidaires identifiés dans le trouble de la personnalité borderline sont les antécédents de conduites suicidaires, les troubles de l'humeur, l'abus ou la dépendance à des substances, le désespoir, les antécédents familiaux de suicide ou de conduites suicidaires, la maltraitance à l'enfance ou l'adolescence, l'impulsivité et la présence de traits antisociaux.

3-2. Personnalité histrionique :

Ce type de personnalité touche principalement le sexe féminin. Son tableau clinique comporte : l'égoïsme, l'histrionisme, le théâtralisme, la suggestibilité, la labilité émotionnelle, les conduites de séduction, la mythomanie et la dépendance affective aux autres.

Chez ce type de personnalité, nous trouvons une certaine mise en scène et une forte tendance à la récurrence.

Les caractéristiques de leurs tentatives de suicide sont :

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

Les modalités du suicide (intoxication médicamenteuse, phlébotomie) laissent une chance aux secours d'intervenir d'autant que la tentative a souvent été annoncée ou a été organisée de façon à être découverte avant qu'il ne soit trop tard.

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

3.3- Personnalité antisociale :

Ces patients se caractérisent par un mode général de transgression de la loi. Ils sont impulsifs, irritables et souvent agressifs : hétéro-agressivité ou auto-agressivité. [125/126]

Chez les psychopathes, le suicide constitue souvent l'ultime passage à l'acte d'une existence emmaillée de conduites impulsives et antisociales d'autant qu'ils recourent couramment à des substances psycho actives (alcool, cannabis, héroïne...). Le décès intervient parfois après plusieurs tentatives. [125/126]

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

La tentative de suicide survient fréquemment :

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

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

3.4.1- La personnalité obsessionnelle :

Le passage à l'acte est heureusement, beaucoup plus rare chez les personnalités obsessionnelles. Cependant, une dépression survenant sur une personnalité obsessionnelle peut pousser le sujet à tenter le suicide qui sera alors ruminé, préparé et agi alors que ses défenses par ritualisation et mentalisation sont débordées.

3.4.2- La personnalité narcissique :

La personnalité narcissique se manifeste par le besoin excessif d'être admiré et par un manque d'empathie envers les autres, ce qui augmente le risque suicidaire. Le facteur de risque essentiel dans le passage à l'acte suicidaire apparaît dans l'importance de la fragilité narcissique du patient.

4- Tentatives de suicide et Conduites addictives :

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

Lorsqu'elles sont corrélées à des facteurs sociaux et environnementaux, à savoir l'isolement, la séparation et les ruptures relationnelles, la mauvaise adaptation professionnelle, le risque de suicide sera alors très élevé. [126]

4.1- Alcoolisme :

A l'échelle mondiale, l'alcoolisme est associé à un risque accru de suicide, avec des taux de mortalité par suicide pour les alcooliques environ six fois supérieurs à ceux de la population générale [127 ; 128], et 30% à 40% des tentatives de suicide sont liées immédiatement à la consommation d'alcool.

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

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

- Alcoolisme d'installation précoce ;
- Alcoolisme chronique ;
- Ivresse aigue et solitaire ;
- Le sevrage ;
- Antécédent d'alcoolisme familial ;
- Humeur dépressive ;
- Les accès confusionnels ;
- Le délire ;
- Moindre rendement professionnel ;
- Déchéance psychosociale associés
- Cependant, d'autres études ont montré que les tentatives de suicide étaient plus fréquentes chez les femmes alcoolo-dépendantes vivant seules, de faible niveau socioéconomique, avec un début de dépendance précoce et des antécédents personnels ou familiaux de troubles mentaux et de tentatives de suicides.

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

En effet, les tentatives de suicide médicamenteuses chez les alcooliques ont une gravité supplémentaire puisque l'alcool potentialise les effets des médicaments ingérés à visée suicidaire [129].

4.2- Toxicomanie :

D'après les études réalisées en population générale et celles réalisés chez les sujets suivis dans les structures d'addictologies, la fréquence des comorbidités psychiatriques est élevée parmi les patients héroïnomanes, en particulier les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité. [125]

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

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

5. Autres troubles psychiatriques :

5-1.Troubles anxieux :

La prévalence de suicide est élevée dans les troubles anxieux surtout les attaques de panique selon les auteurs « le risque de suicide est aussi élevé dans les troubles anxieux que dans la dépression » [130]

Selon Wissmann : « le risque de tentatives de suicide est multiplié par 18 dans un échantillon de population urbaine » [131]

Les études plus récentes s'accordent plutôt à décrire les troubles anxieux comme des facteurs aggravant en lien avec les autres troubles comme la dépression et les dépendances à l'alcool et autres substances, plutôt que des facteurs isolés du risque suicidaire.

5-2.Psychoses délirantes aigues :

La conduite suicidaire est considérée dans ce cas en tant qu'une impulsion auto- agressive paradoxale et imprévisible, survient au cours d'un raptus anxieux lié à un vécu de

désintégration de la personnalité, associé à des manifestations hallucinatoires particulièrement envahissantes et angoissantes.

6. Maladie somatique :

Plusieurs auteurs observent que certaines pathologies somatiques grave ou chronique (épilepsie, traumatisme crânien, infection par le VIH, cancer, un ulcère gastrique...) augmentent le risque de suicide.

7. Particularités militaires : état de stress post-traumatique

Les évènements traumatiques ont un impact important sur les individus et la société dans son ensemble et l'exposition à un événement traumatique peut avoir des conséquences sur la vie psychique des individus.

Nous considérons que l'état de stress post-traumatique (ESPT) est pourvoyeur de comportements suicidaires et ce indépendamment d'une dépression éventuellement associé [132,133].

Cette distinction entre ESPT et dépression est fondamentale car en population générale ou en population spécifique, il existe une importante comorbidité entre l'ESPT et d'autres catégories diagnostiques notamment anxieuses, dépressives et addictives [134]. Sur la vie entière, la comorbidité dépressive est le trouble le plus fréquemment associé à l'état de stress post-traumatique [135]. Les addictions sont une autre comorbidité majeure [136].

Vaiva et Omnes [137,138] reprennent les données de l'enquête santé mentale en population générale (SMPG) et distinguent quatre niveaux graduels différents de symptomatologie psycho traumatique : exposés (30%), confrontés (10%), psycho-traumatisés (5%) et présentant un ESPT complet (0,7% sans sexe ratio). En comparaison avec les sujets indemnes de ce trouble, les sujets souffrant d'un ESPT sont plus jeunes, plus souvent célibataires, et présentent un moindre niveau d'études que leurs homologues non traumatisés. Il existe un gradient progressif de comorbidité psychiatrique, notamment dépressive, en fonction des quatre types de retentissement psycho traumatique. Le risque suicidaire double lorsqu'un sujet

a été confronté un événement traumatogène quelqu'en soit le retentissement psycho-traumatique. Le risque suicidaire est multiplié par sept en cas d'ESPT complet ; il quadruple si l'on prend en compte le trouble psycho traumatique en général. En comparaison avec la population générale, les sujets souffrant d'un ESPT présentent 15 fois plus de tentatives de suicide dans le mois écoulé suivant le traumatisme psychique.

Marshall évoque une corrélation significative et linéaire entre le nombre de symptômes psycho-traumatiques et un trouble comorbide anxieux ou dépressif, le handicap global et l'existence d'idées suicidaires [139]. Cette corrélation entre ESPT et suicidalité se maintient après contrôle d'un trouble thymique préexistant. Donc les comportements suicidaires sont directement associés à une grande altération de la qualité de vie en relation avec un fonctionnement professionnel et social pauvres. Et aussi sont directement associés à des symptômes dépressifs en relation à des symptômes plus sévères de TSPT.

En étudiant la suicidalité de réfugiés victimes d'actes de barbarie, Ferrada-Noli établit un lien entre le type de torture subie et la méthode employée pour le suicide ou envisagée dans le projet de suicide [140]. Dans cette étude, la présence d'un ESPT est reliée à une augmentation des conduites suicidaires indépendamment de toute comorbidité psychiatrique, notamment dépressive.

En 1985, Golomb affirme que 30% des 115 000 vétérans du Vietnam, décédés après leur retour de la guerre, s'étaient donné la mort par suicide [141]. En étudiant une population de 248 vétérans, Lehmann et Hendin confirment les travaux précédents et les enrichissent en affirmant que 17% des sujets ayant commis un passage à l'acte souffrent d'un trouble anxieux dont l'ESPT est le plus représenté [142,143].

X. TENTATIVE DE SUICIDE ET AGE :

Les taux ont tendance à augmenter avec l'âge, mais nous avons récemment constaté un accroissement alarmant des comportements suicidaires chez les jeunes de 15 à 25 ans dans le monde entier. Dans tous les pays, le suicide est maintenant l'une des trois principales causes de décès chez les personnes âgées de 15-34 ans et prédominant chez les personnes âgées. [144].

1. Tentatives de suicide chez l'enfant :

Les suicides complétés sont extrêmement rares et peu étudiés et l'expression d'idées suicidaires est rare.

Chez l'enfant la conduite suicidaire s'exprime de façon plus indirecte soit par :

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

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

Les principaux facteurs de risque suicidaire chez l'enfant sont généralement liés à la dynamique familiale, parmi les facteurs de risque :

- Perturbations des interactions entre l'enfant et ses parents, et ce, d'autant plus que ces perturbations concernent les interactions précoces, fragilisant les assises narcissiques de l'enfant ;
- Perturbations du fonctionnement familial (discord parental, situations de séparation conflictuelle du couple dans laquelle on fait jouer à l'enfant le rôle de témoin,

- certaines situations de monoparentalité dans lesquelles l'enfant n'est plus à sa place d'enfant mais de partenaire voire de thérapeute du parent qui l'élève...) ;
- Toutes les formes de maltraitance, de traumatisme, de carences...;
 - Antécédents de suicide dans la famille ;
 - Psychopathologie parentale (notamment antécédents de dépression) ;
 - Absence de représentations de la mort chez le jeune enfant ;
 - Toute fragilité concernant l'estime de soi : dépression, trouble de la personnalité, de nature psychotique notamment... [145/146/147]

Une des caractéristiques de la conduite suicidaire chez l'enfant est l'existence d'un très court intervalle stress-suicide.

La précocité de la reconnaissance des troubles et des interventions thérapeutiques, la capacité des parents à entendre la souffrance de leur enfant et à se mobiliser psychiquement, à accepter et demander l'aide d'un ou plusieurs tiers, la qualité des moyens d'évaluation et d'interventions thérapeutiques ou sociales, jouent un rôle important dans l'évolution et le pronostic. [145/146/147]

1. Tentatives de suicide chez l'Adolescent :

L'adolescence est une période de vulnérabilité particulière à laquelle peuvent se surajouter l'isolement affectif, les ruptures sentimentales et les échecs, notamment scolaires et les conflits d'autorités. Contrairement à l'enfant, la question du suicide chez l'adolescent est actuellement très largement abordée. [145/146/147]

Elle est devenue un enjeu majeur de Santé Publique dans tous les pays occidentaux.

- Taux de décès par suicide chez les 15-24 ans : augmentation de 200 à 800% depuis 1960 ;
- Suicide est le 2ème cause de mortalité dans cette tranche d'âge, en Occident, juste après les accidents de la route ;
- Fréquence plus élevée de suicide chez les garçons alors que les tentatives de suicides sont plus fréquentes chez les filles ;

- Fréquence des récurrences importante : 30 à 50% la 1ère année. La gravité augmente au fur et à mesure des récurrences avec un risque de décès dans la première année de 1 à 2 % . [148]

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

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

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

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

Comme le constatent fréquemment les parents d'adolescents mais aussi tous les professionnels amenés à rencontrer des jeunes, l'adolescent, bien souvent, agit- réagit, souvent de façon impulsive, comme s'il court-circuitait la pensée et la souffrance psychique qui s'y rattache. Cette tendance à l'agir est actuellement considérée par de nombreux auteurs comme un processus défensif visant à évincer les conflits intrapsychiques sous-jacents. Ces conflits sont en particulier de nature identitaire, en lien avec les profonds remaniements pubertaires.

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

Il faut être attentif à certains signes avertisseurs :

- Modification des relations avec l'entourage ;
- Un fléchissement inattendu des résultats scolaires, les échecs scolaires ;
- Altération de l'humeur, fatigue extrême ou tristesse constante ;
- Sentiment de désespoir ;

- Éloignement des membres de la famille et retrait des affaires familiales ;
- Éloignement des amis et retrait des activités sociales habituelles ;
- Perte d'intérêt dans les activités que la personne aimait auparavant ;
- Cesser de s'occuper de son apparence (se laver, porter des vêtements propres, se peigner) ;
- Troubles du sommeil ;
- Commencer à consommer drogue et alcool, ou en consommer davantage ;
- Penser à des gens morts ou qui se sont suicidés et en parler ;
- Mentionner le suicide ou la mort au cours de conversations, dans le travail scolaire ou dans des créations artistiques ;
- Faire don d'objets personnels importants.

Le simple fait de présenter ces signes avertisseurs ne signifie pas que les personnes en cause pensent au suicide.

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

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

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

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

- Il existerait aussi des facteurs génétiques.

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

2. Tentatives de suicide chez l'Adulte :

Plusieurs facteurs de risque peuvent conduire à des tentatives de suicide et même à des suicides aboutis. Parmi ces facteurs, on peut citer : [20]

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

Un rapport inverse s'observe pour ce qui est des tentatives de suicide en fonction du sexe : la tentative de suicide est 3 fois plus fréquente chez la femme [149] que chez l'homme alors que ce dernier se suicide plus que la femme. [150]

Les adultes jeunes moins de 30 ans	Les adultes plus de 30 ans
<ul style="list-style-type: none"> - Histoire familiale de suicide - Antécédent de TS - Trouble psychiatrique (trouble de l'humeur, abus de substance) - Mini épidémie dans le groupe - Histoire de délinquance, ou de comportement semi délinquant, même en l'absence de trouble psychique - Présence d'arme à feu au domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Histoire familiale de suicide - Trouble psychiatrique (trouble de l'humeur, schizophrénie, alcoolisme) - Vivre seul, en particulier être séparé, veuf ou divorcé - Perte de soutien social - Dégradation du statut socio-économique - Maladie somatique - Chômage - Déclin socio-économique - Perturbations psychologiques

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

3. Tentatives de suicide chez le sujet âgé :

Vieillir, c'est perdre...de la souplesse, de la force, de la mobilité...les spécialistes désignent la dépression comme premier facteur explicatif du suicide chez le sujet âgé.

Le suicide du sujet âgé est une des trois premières causes de décès après le cancer et les maladies cardio-vasculaires

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

- La réduction de la résistance physique;
- Plus d'isolement social (diminution de risque de sauvetage) ;
- Une plus grande détermination à mourir [151].

- L'utilisation plus violente et potentiellement mortelle de méthodes et d'appliquer ces méthodes avec une plus grande planification de mettre fin à vie. [152].

Les idées suicidaires sont rarement exprimées de façon explicite mais plutôt allusivement : « Laissez-moi partir... ». La dépression, les maladies physiques, le départ en institution (hôpital maison de retraite...), le décès du conjoint sont des facteurs de vulnérabilité. [20]

XI.CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA GRAVITE :

1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck.
- 2.Échelle d'idéation suicidaire.

L'évaluation du risque de suicide est manifestement un processus complexe qui nécessite la prise en considération d'une multitude de facteurs et de contexte.

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

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

Si le patient a présenté des symptômes de dépression, en particulier de désespoir, il est capital d'évaluer l'intentionnalité suicidaire. [153]

Les instruments élaborés par Beck sont intéressants dans l'évaluation du risque suicidaire : [154]

L'intérêt de l'évaluation du risque suicidaire : [155]

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

✚ *Faible : pense au suicide, pas de scénario précis, simples flashes*

✚ *Moyen : scénario envisagé, mais reporté*

✚ *Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir*

- Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen et l'accès direct aux moyens ; Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck:

Le « Suicide Intent Scale [SIS] » mise au point par A.T. BECK en 1974 est la seule échelle qui ne s'intéresse qu'à l'évaluation de la tentative de suicide qui vient d'avoir lieu. Elle répond aux recommandations professionnelles de prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide [156]. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire applicable aux suicidants. Il sert à évaluer l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa tentative de suicide. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide abouti ultérieur [mais non du risque de nouvelle tentative de suicide]. La version initiale a été élaborée par A.T. BECK en 1974 et comporte 20 questions, divisée en 3 sections. Elle a été revue par D. W. PIERCE en 1977, qui en a fait une version à 12 questions, divisée en 3 sections [157] :

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

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

Intentionnalité faible : 0 – 3.

Intentionnalité moyenne : 4 – 10.

Intentionnalité élevée : 11 -25.

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

Annexe 3 : Échelle d'intention suicidaire pour les sujets ayant fait une TS [158]

2. Échelle d'idéation suicidaire :

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

Dans cette échelle on évalue :

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

Annexe 4 : Échelle d'idéation suicidaire

XII- LEGISLATION ET TENTATIVE DE SUICIDE :

Le droit ne dit mot, ou presque de la mort volontaire. Cependant il ne faut pas croire qu'il s'en désintéresse. On pourrait croire que comme le droit n'incrimine pas spécifiquement le suicide, chacun est libre de se tuer. Actuellement aucune action judiciaire n'est engagée contre quelqu'un qui s'est donné la mort ou qui a tenté de le faire. Pourquoi ? Parce que punir un mort ne sert à rien. Certes, mais encore, parce que le droit reconnaît qu'il est de la liberté de chacun de mettre un terme à sa vie quand le moment semble venu.

Pourtant l'exercice de cette prétendue liberté n'est pas sans incidence sur l'ordre sociale et moral de la société. La mort volontaire trouble l'ordre et à des répercussions aussi bien en droit pénal qu'en droit civil. Le droit n'a pas toujours traité le suicide de la même manière, et les solutions juridiques actuelles sont le fruit d'une longue évolution.

C'est pourquoi si le suicide n'est plus, aujourd'hui, juridiquement punissable, nous étudierons en premier lieu comment cette dépénalisation a vu le jour.

1- L'ANTIQUITE :

1.1- Le droit romain et le suicide :

Notre droit actuel est directement inspiré du droit romain

A Rome, le suicide ne pose pas de problème juridique que celui du sort des biens du défunt.

Deux types de suicide sont à mentionner : le suicide choisi avant un procès et le suicide imposé. Au premier siècle avant J-C. un texte prévoit que, dans le cas d'une action judiciaire pour réprimer un crime, la mort volontaire d'un accusé suspendait la procédure en cours et éteignait les conséquences pénales [159].

Lorsqu'une personne était accusée, elle encourait comme peine, entre autre, la confiscation de ses biens. C'est pour cela que certaines personnes préféraient se tuer pour ne pas subir cette peine. Il apparaît que pour confisquer les biens d'une personne il fallait un jugement contre elle, et que si elle s'était donnée la mort avant que le jugement soit rendu, la confiscation ne pouvait pas avoir

lieu. Le suicide semble être assimilé à la mort naturelle [160] car il a les mêmes conséquences. Les biens du défunt, suicidé, ne sont pas confisqués par l'Etat et la famille peut hériter de manière normale, le testament du suicidé reste valable, la condition est que le suicide doit intervenir avant l'ouverture de l'action pénale.

Outre le suicide avant le procès, il existait un autre type de suicide, *le suicide imposé*. Cette expression doit être comprise dans le contexte romain. *Le liberum mortis arbitrium*, nom légal du suicide imposé, est une sorte d'aménagement de la peine capitale « le condamné évitait la décapitation ou l'exécution publique ... et des funérailles rituelles étaient accordées à sa dépouille mortelle » [161]. Citons l'exemple de Sénèque qui, ayant reçu l'ordre de mourir, fut condamné à boire la cigüe.

Par contre, le suicide était fortement réprimé chez les militaires, car il était considéré comme une tentative de désertion, le soldat engageant toute sa personne au service de l'armée ne pouvait pas disposer de son corps [162]. C'est pour cela que même la tentative de suicide était puni pour les militaires.

1.2- Les Grecs et le suicide :

Les Grecs s'intéressent au suicide. D'un côté Aristote condamne le suicide qui est pour lui un acte de lâcheté. « Il assimile le suicidé à un soldat déserteur » [163]. D'une manière générale les pythagoriciens sont contre le fait de se donner la mort. Deux raisons sont avancées pour justifier cette position. Tout d'abord, « l'âme doit effectuer son expiation jusqu'au bout » [164] et le suicide pourrait rompre l'harmonie, les rapports numériques réagissant l'association de l'âme et du corps. Pour Platon la sépulture publique doit être refusée à « celui qui se sera tué lui-même qui, de force, frustré la destinée du lot qui est le sien » [165], le suicidé devra être enterré « dans un lieu isolé, sans aucune stèle » [166].

D'un autre côté, il semble que si Platon ne se prononce pas en faveur de la mort volontaire, il admet certaines exceptions [167]. L'enterrement anonyme n'est pas appliqué à celui qui s'est tué.

Un courant radicalement opposé reconnaît le droit à l'individu de se tuer. Ce courant est représenté par les cyniques, les épicuriens et les stoïciens. Sénèque de justifié ce droit : « le sage vit autant qu'il doit et non autant qu'il peut. S'il est en butte à des ennuis qui troublent sa tranquillité, il se libère (...) la vie te plait ? vit. Elle ne te plait pas ? Tu peux retourner d'où tu es venu... » [168].

Si les Grecs ont tous une opinion sur la question de la mort volontaire, c'est peut être parce que la Grèce va connaître des suicides « légendaires ». Citons en exemple le cas de Socrate condamné par la cité athénienne à boire la ciguë. Ceci a été assimilé au suicide, comme pour Sénèque à Rome.

L'antiquité a donc eu une position plutôt « favorable » au suicide. Cette position s'est durcie au fil du temps. Au troisième siècle, « Le suicide sans raison valable peut-être suivi de sanction, et celui qui épouse une veuve de suicidé sera puni d'infamie » [169].

D'une manière progressive, l'hostilité au suicide va prendre place dans le droit vers la fin de l'Antiquité. Cette hostilité va continuer à se développée dans l'ancien droit Français, notamment avec la position de l'Eglise.

2-Du moyen âge à la fin de l'ancien régime en France :

Rapport au suicide n'est plus très favorable. Tout au long de cette période historique qui s'étend du moyen âge à la fin de l'ancien régime, la position face au suicide est celle de la répression et de la sanction. L'Eglise a contribué à durcir cette position tout au long du moyen âge et la répression s'exercera jusqu'entre le VII^{ème} et le XVIII^{ème} siècle. La fin de cette période se fixe juste au début du XVIII^{ème}, à la veille de la Révolution française.

3- La révolution française :

On attribue à la Révolution, la dépenalisation du suicide parce qu'il n'est pas fait mention d'une quelconque répression dans les textes législatifs de cette période. Il apparaît qu'à cette période le taux de suicide augmente. « De la renaissance aux Lumières. Le suicide sort peu à peu du ghetto des tabous et des actes contre nature » [170].mais la position de l'Etat va être, comme par le passé, de cacher ces événements à la population. Il est fait un lien entre l'éventuelle publicité de la mort volontaire et l'augmentation du taux de suicide.

4- le suicide et le droit musulman :

Le Code Islamique de déontologie médicale, approuvé par la Première Conférence Internationale de Médecine Islamique, comporte ce texte :

« L'euthanasie, au même titre que le suicide, ne trouve aucun partisan excepté auprès des personnes athées qui pensent que le néant succède à cette vie sur cette terre. Prétendre tuer pour mettre fin à une maladie sans espoir et douloureuse est aussi refusé, car il n'existe aucune douleur humaine qui ne peut pas être en grande partie vaincue par une médication ou par une neurochirurgie appropriée...".

Le même Code (1981 p.67) stipule [171] : « Dans sa lutte pour la vie, de quelque manière que ce soit, il est bien conseillé au Docteur de tenir compte de ses limites et de ne pas les transgresser. S'il est scientifiquement certain que la vie ne peut pas être reconstituée, alors il devient futile de vouloir maintenir avec assiduité le patient dans un état végétatif par des moyens héroïques ou de préserver le patient par la congélation ou par d'autres méthodes artificielles. C'est le processus de vie que le médecin aspire à maintenir et non le processus de mort. Dans tous les cas, le médecin ne prendra pas de mesure directe pour mettre fin à la vie du patient ».

L'Islam ordonne au musulman d'entretenir sa santé, sa vie, pour pouvoir accomplir la mission qui lui incombe ici-bas et de conférer à la vie sa place primordiale, en se référant directement au Coran et à la tradition (sunnah). [51]

Versets du coran : (An-Nisa », v29).

وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا

(سورة النساء، الآية 29)

« Ne vous tuez pas vous-mêmes, certes Dieu est miséricordieux envers vous ».

Le Coran dit aussi :

وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ

(سورة الانعام، الآية 151، والإسراء، الآية 33)

« Ne tuez qu'en toute justice la vie qu'Allah a fait sacrée » (Al-Anam, v151 et Al-Isra, v33).

Le concept d'une vie indigne d'être vécue n'existe pas en Islam. L'argument de la suppression de la douleur pendant la souffrance par la suppression de la vie n'est pas acceptée en islam. Le prophète Mohammad a enseigné : « Il y avait un homme dans les temps anciens qui avait une affection qui imposait sa patience, il prit alors un couteau, se coupa les veines et saigna jusqu'à la mort. Sur ce fait, Dieu dit : mon sujet a précipité sa fin, je lui refuse le Paradis ». [51].

L'islam interdit le suicide parce qu'il n'est pas permis au croyant et pratiquant musulman de porter atteinte à son corps ni de penser qu'il peut décider lui-même de la fin de sa vie, la mort de chaque être humain survient à une date prédéfinie divinement.

5-Responsabilité pénale du suicidant en Algérie :

Au pénal, aucune incrimination n'existe contre le suicidant du fait qu'il ait porté atteinte à sa vie ou sa santé.

Concernant les dommages collatéraux, le droit commun s'applique, sachant que le suicidant qui a survécu est susceptible de bénéficier d'un non-lieu, en vertu de l'article 122-1 du Code pénal. (– **Art. 38 du Code pénal Algérien**) **Titre II chapitre II la responsabilité pénale**

5.1- Responsabilité dans l'implication de l'entourage :

Sur le plan pénal, le suicide n'étant pas incriminé, la complicité ne peut exister en tant que telle.

Encore faut-il que le concours apporté au suicidant soit purement passif et ne soit pas non plus un cas de non-assistance à personne en péril poursuivi en vertu du deuxième alinéa de l'article 223-6 du Code pénal. (– **Art. 182 alinéas 1 du Code pénal Algérien** —) **chapitre VI section I.**

Ainsi, on peut admettre en effet que les membres d'une famille, sachant que l'un des leur est dans une situation grandement suicidaire, décident néanmoins raisonnablement de ne pas se séparer de tout ce qui pourrait être utilisés pour un passage à l'acte du suicidaire [par exemple : Refuser délibérément de se séparer de tous les outils de cuisine qui pourraient

être utilisé à l'insu de la famille par ce proche pour mettre fin à ses jours, ne peut être, retenu comme participation à un suicide].

Toutefois, cette dernière disposition ne s'applique pas aux établissements de soins qui ont professionnellement un devoir de prendre en charge un patient dans des conditions qui l'empêcheront de porter atteinte tant aux autres personnes qu'à lui-même.

Mais dès que la participation devient une aide matérielle effective, le fait que la victime soit consentante ou même demandeuse n'exonère pas le complice d'une condamnation probable pour meurtre ou assassinat (article 221-1 à 5 du Code Pénal). (– **Art. 273. Code pénal Algérien** —) **Titre II section I**

Quant au témoin passif d'un suicide, il peut être poursuivi pour s'être abstenu de porter secours à une personne en péril.

La loi du 31/12/1987 condamne la provocation au suicide tenté ou consommé par autrui, de même que la propagande ou la publicité en faveur de produits, objets ou méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort (article 223-1 à 5 du Code pénal). (– **Art.181 du Code pénal Algérien** —) **chapitre VI section I.**

5.2- La législation en milieu militaire :

En milieu militaire: le mot n'y figure pas. Nous trouvons les mutilations volontaires.

Toutes les mutilations volontaires ne sont évidemment pas des tentatives de suicide. On veut supposer que c'est dans la plus grande sérénité que l'armée fait son tri. Les pathologiques d'un côté, qui se sont rendu « impropres » de façon « involontaire » et qui relèvent de la psychiatrie militaire. De l'autre, les réfractaires qui choisissent l'anorexie ou le coma par dégoût de la vie de caserne.

L'armée et ses juges se réservent simplement le droit de punir « tout militaire convaincu de s'être volontairement rendu impropre au service, soit d'une manière temporaire, soit d'une manière permanente, dans le but de se soustraire à ses obligations militaires ».

Peu importe dès lors l'intention réelle : mourir ou obtenir la réforme. C'est l'interprétation de la hiérarchie militaire qui prime. Et comme ce sont des tribunaux militaires qui rendent la

justice du même nom, l'armée, juge et partie, à les moyens de faire prévaloir son point de vue [172].

**(Art. 273 du Code de justice militaire) chapitre I section IV mutilation volontaire
Page 58.**

Le Code de Justice découpe la vie en trois tranches : la guerre, la paix et la guerre civile. Dans le premier comme dans le dernier cas, l'automutilation est punissable de la « réclusion criminelle à temps de cinq à dix ans ». Circonstance aggravante, le soldat est « puni de la réclusion criminelle à perpétuité s'il était en présence de l'ennemi ». En temps de paix, le militaire « est puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et de l'interdiction pour une durée de cinq à dix ans de l'exercice des droits prévus dans le Code pénal ».[182]

XIII.PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE :

1. Accueil :

L'accent doit certainement être mis sur la prise en charge des suicidants dans les services d'Urgence. Des études britanniques ont montré que l'évaluation systématique des suicidants aux urgences permettait d'éviter un grand nombre de récurrence (Kapur et al., 2008).

La qualité de l'accueil aux urgences et des premiers contacts, et en particulier le respect de la confidentialité paraissent essentiels à la bonne continuité des soins.

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

- Des mesures de réanimation nécessaire : instaurer immédiatement le traitement d'intoxication (lavage, antidote) et se méfier de la toxicité des médicaments ingérés ;
- Une prise en charge chirurgicale ou médicale d'urgence en fonction des cas ;
- Un examen clinique complet du suicidant ;

Après l'évaluation du médecin généraliste au service hospitalier, l'avis psychiatrique est indispensable pour faire une évaluation psychologique. Elle doit être commencée le plus précocement possible, en général dans les 24 heures qui suivent l'admission, dès que l'état somatique le permet. [173/145/20]

➤ Les objectifs du premier entretien sont:

- Recueil des premières plaintes psychique ;
- D'identifier l'existence de facteurs précipitant ;
- De distinguer entre crise psychosociale et crise en rapport avec un trouble mental afin d'orienter la prise en charge et les interventions proposées ;
- Faire une analyse des circonstances qui conduisent la personne à vouloir mourir ;
- De préciser les caractéristiques psychosociologiques du sujet

- La structure de la personnalité
- L'existence d'une pathologie sous jacente
- L'existence de symptômes dépressifs ou impulsifs
- La qualité de l'entourage.

Ensuite, plusieurs décisions restent possibles :

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

2. L'hospitalisation :

Il n'y a pas de consensus sur les indications formelles d'une hospitalisation ni sur des types de prise en charge.

➤ L'hospitalisation sera indiquée en cas :

- D'urgence vitale;
- De risque de récurrence immédiate de la tentative de suicide ;
- Environnement extérieur jugé comme particulièrement défavorable, voire délétère (maltraitance, abus sexuels), dont il convient de protéger le patient
- Si le sujet présente d'importants troubles de jugement ou de pathologie psychiatrique non stabilisée ;
- Si le sujet est froid et coupé de ses émotions, ou impulsif ;
- S'il refuse toute coopération, une hospitalisation sans consentement est nécessaire.

➤ Les objectifs de l'hospitalisation sont :

- Ecarter tout risque vital ou fonctionnel dû au geste suicidaire ;
- Recherche d'éventuelle comorbidité somatique ;
- Protéger la vie de sujet en l'éloignant des moyens ;
- Mettre temporairement à distance les situations ayant précipité l'état actuel de la crise suicidaire ;
- Établir une relation de confiance de qualité suffisante et préparer un projet de suivi ultérieur ;

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

Il faut absolument surveiller le patient hospitalisé vu que le suicide en milieu hospitalier est bien connu et décrit par les auteurs depuis longtemps et représente 5 % des suicides [174, 175,176] ; d'où la nécessité de prendre certaines précautions qui consistent à limiter l'accès à des moyens mortels en particulier la défenestration et la pendaison :

- Ouvertures limitées des fenêtres ;
- Suppression des moyens d'appui résistant au poids de sujet et permettant une pendaison (crochets, triangles, poignés) ;
- Éloignement de certains moyens (couteaux, ceintures, médicaments...). Si la situation l'exige, le sujet devra être installé dans une chambre proche du lieu de soin.
- Une surveillance rapprochée devra être prescrite à l'hôpital lors des périodes de changement (début ou fin d'hospitalisation, transfert dans une autre chambre, absence de médecin référant habituel) qui sont des périodes où le risque est plus élevé.

3. Traitement pharmacologique :

Le traitement pharmacologique a pour but le soulagement des symptômes aigus, et le contrôle de l'étiologie responsable de la conduite suicidaire.

Parmi les médicaments qu'on peut prescrire :

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

Le médicament	Rôle dans le traitement de risque suicidaire
Antidépresseurs	<ul style="list-style-type: none"> – Aucune étude versus placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout venant. – De nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés. <p>Ceci n'exclut pas la possibilité de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire rapportée avec tous les antidépresseurs.</p>
Neuroleptiques	<p>Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de tentative ou de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie ; il existe quelques arguments en faveur d'un effet protecteur des neuroleptiques atypiques.</p>
Benzodiazépines	<ul style="list-style-type: none"> –Elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire. –Aucune étude expérimentale n'est venue confirmer la nécessité d'associer systématiquement les benzodiazépines aux antidépresseurs dans le traitement de la dépression.
Lithium	<ul style="list-style-type: none"> - indication dans la psychose maniaco-dépressive bipolaire : le risque suicidaire revient à un taux proche de celui de la population générale, du moins après une année de traitement. – Formes unipolaires : ce résultat n'est pas retrouvé.

Tableau D: Étude de l'intérêt des médicaments dans le traitement de risque suicidaire [177]

4. Psychothérapie :

Elle joue un rôle important dans le traitement des individus avec des idées et conduites suicidaires. Plusieurs preuves soutiennent l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de certains troubles : le trouble dépressif majeur et la personnalité limite, qui sont les plus associés à un risque de suicide. [177]

➤ Parmi les psychothérapies les plus indiqués:

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

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

Certaines études ont montré l'efficacité des thérapies cognitives (Brown, 2005), des thérapies centrées sur la résolution de problèmes (Hawton et al., 2002) et des psychothérapies interpersonnelles (Guthrie, 2001) sur le rapport à la récurrence suicidaire et l'observance des traitements. Ainsi Brown et al., (2005) ont observé que les thérapies cognitives pouvaient réduire jusqu'à la moitié les taux de récurrence des comportements suicidaires chez les personnes ayant fait une tentative de suicide par rapport aux personnes recevant les soins habituels. Pour le sous-groupe des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, ce sont les thérapies comportementales dialectiques (Brown et al., 2005) et les thérapies psychanalytiques axées sur l'hospitalisation partielle (Bateman & Fonag, 2001) qui sont observées dans la réduction des comportements suicidaires par rapport aux soins habituels. Les thérapies centrées sur la résolution de problèmes ont montré des résultats sur l'amélioration du désespoir et des symptômes dépressifs (Gaynes, 2004).

5. Suivi :

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

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

Les études montrent en tous cas que le suivi est essentiel, notamment lorsque des troubles psychologiques sont associés, telles que la dépression ou la schizophrénie. [177]

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

Une réévaluation de la situation après quelques jours est toujours souhaitable. Elle permet à la personne de se fixer des échéances pragmatiques et atteignables ; on considère que même chez une personne sans facteur de risque primaire, une vigilance de l'entourage est nécessaire dans l'année suivant une crise suicidaire ou une tentative de suicide. [177]

6. Rôle de la famille :

Un entretien avec le conjoint ou la famille doit être réalisé. Cet entretien sera important pour plusieurs raisons. Il permettra d'évaluer l'impact de la tentative de suicide sur la famille, de se faire une idée de la crise sous-jacente sur laquelle ce symptôme essaie d'insister, enfin d'évaluer ce qui pourrait se passer à la sortie du service des urgences. [178]

7. Prévention :

L'acte préventif se propose de se situer en amont de la pensée et de l'acte suicidaire. Il aurait suffi en toute logique d'identifier les risques et de rompre les chaînes de causalité pour rompre avec la fatalité du mal.

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

- L'une vise à mieux traiter certains facteurs de risque curables tels les troubles psychiatriques en particulier la dépression ;
- La seconde consiste au dépistage et à l'identification des personnes à haut risque de suicide et de comportements suicidaires afin de les orienter vers des traitements adaptés et leur appliquer des mesures préventives.

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

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

➤ Les objectifs de cette prévention sont :

- parvenir à une réduction durable du nombre de suicides et de tentatives de suicide.
- traitement adéquat des troubles et maladies psychiques et intervention de crise.
- diminuer les récurrences et éviter les passages à l'acte.

- identifier, évaluer et éliminer à un stade avancé et dans la mesure du possible, les facteurs qui peuvent entraîner les tentatives de suicide chez les jeunes.

7.1- actions de prévention en milieu militaire :

7.1.1 Prévention primaire : dépistage des suicidaires :

- L'amélioration de l'efficacité de la sélection psychologique des nouveaux recrues : une plus grande place accordée à l'approche psychologique et psychiatrique afin de détecter les failles internes.
- L'augmentation du nombre de professionnels de la santé mentale au sein des unités.
- Sensibilisation des médecins d'unité par les psychiatres des Hôpitaux militaires à travers l'organisation des séminaires régionaux avec la mise en place de sessions de formation destinées au repérage et la prise en charge des conduites auto-agressives dans les armées.
- Pour les patients ayant des antécédents de troubles psychiatriques, il convient de réaliser une évaluation directe et systématique.
- Pour les patients ne présentant pas d'antécédent psychiatrique particulier, un syndrome dépressif sera recherché à chaque événement de vie nouveau et potentiellement déstabilisant.
- Pour les patients inhabituels du médecin d'unité, il faudra rechercher activement la motivation profonde de la consultation car la dépression est souvent masqué par un mal-être s'exprimant travers une plainte fonctionnelle somatique. Le dépistage systématique et la prise en charge de la dépression en médecine générale est efficace en termes de morbidité, de mortalité et également en terme de coût de la santé. L'exemple le plus célèbre est celui de l'île de Gotland, où les pouvoirs publics suédois avaient organisé un programme de formation des médecins généralistes destiné à

favoriser le dépistage de la dépression [179-180]. Deux ans après le lancement de l'étude, le nombre de suicides avait diminué de 60%, le nombre de consultations psychiatriques de 50% et le nombre de consultations pour état mélancolique de 85%. Dans le même temps, la consommation d'antidépresseurs grimpait de 50% et le nombre de congés maladie pour dépression diminuait de 50%.

- L'interrogation directe du patient sur d'éventuelles idées suicidaires est la règle, ceci n'en induisant pas si elles sont déjà présentes, mais permettant d'entrer en contact émotionnel avec le patient et de favoriser l'alliance thérapeutique. Le médecin de l'unité peut évaluer les idées suicidaires, en utilisant l'échelle d'idéation suicidaire de Beck.
- Nous notons à ce propos que la communication du médecin influence la reconnaissance des symptômes dépressifs : les praticiens qui ont un taux de diagnostic de dépression élevé posent d'avantage des questions sur les sentiments et les émotions de leurs patients. En vue d'aider le praticien en ce sens, plusieurs outils de dépistage de la dépression et des idées suicidaires sont utilisables en médecine générale. On citera notamment l'échelle du désespoir de Beck.
- Les militaires qui ont des antécédents de troubles mentaux graves, parmi lesquels la schizophrénie, la dépression grave récurrente et le trouble bipolaire doivent être réformés et déclarés inaptes définitif au service armé.
- Le renforcement du dépistage des problèmes de santé mentale au cours des examens médicaux périodiques.
- Le dépistage des consommations de substances psychoactives, un outil vraisemblablement filtrant une part des troubles liés à des substances.
- La sensibilisation du commandement peut améliorer les connaissances sur le suicide et la santé mentale.
- Améliorer la qualité de vie des militaires.

- La rotation des permissions et des affectations.
- Un changement de service, parfois une mutation, peut être conseillée au commandement lorsqu'un sujet semble fragilisé.
- Limitation de la disponibilité des armes à feu. La collectivité militaire est caractérisée par la présence et la disponibilité d'armes à feu. Lavoie rappelle que le risque de suicide est cinq fois plus élevé dans les foyers où une arme à feu est disponible [181]. Dans une logique d'économie de temps de port d'arme, les armes de service se perçoivent auprès de l'armurier au début d'une mission et sont réintégrés dans l'armurerie à l'issue de celle-ci. Le retrait de l'arme de service peut être prononcé par un cadre militaire ou être suggéré par le médecin d'unité en tant qu'inaptitude médicale au port d'arme. Cette mesure, souvent mal vécue, doit être expliquée à l'intéressé comme n'étant pas du domaine de la sanction disciplinaire mais de la protection médicale. Une fois la crise suicidaire mise à distance, le sujet peut retrouver son aptitude au port d'arme.
- Le commandement, les cliniciens et le personnel subalterne devraient partager la responsabilité en matière de prévention du suicide au sein des unités.

7.1.2 Prévention secondaire : prise en charge du suicidant :

- Refuser l'approche expertale initiale pour laisser place aux soins, les prérogatives du médecin militaire comportent à la fois une mission de soins et une mission d'expertise pour un même sujet, ce qui différencie une expertise médico-militaire d'une expertise judiciaire civile ou pénale.
- Sensibilisation des autres médecins spécialistes notamment les chirurgiens et les réanimateurs des conduites auto-agressifs pour cela la psychiatrie de liaison tire toute son importance.

7.1.3 Prévention tertiaire : Prévention des récurrences

- Un soutien thérapeutique pour les patients qui traversent une crise tout en permettant au patient d'élaborer un sens à ce passage à l'acte afin d'éviter une récurrence.
- La survenue d'une crise psychique isolée ou d'un comportement auto-agressif sans trouble psychiatrique sous-jacent évolutif n'entraîne aucune restriction d'aptitude à long terme.
- Si un trouble psychiatrique caractérisé est réellement présent, un suivi psychothérapeutique est proposé parallèlement à un traitement pharmacologique.
- Pour les proches nous devons éviter les phénomènes de « contagion suicidaire » : l'impact d'une contagiosité potentielle des comportements auto-agressifs doit être connu des praticiens. Des « *Epidémies de suicide* » sont régulièrement rapportées chez les adolescents vivant en collectivité, le risque étant naturellement plus grand si les liens avec la victime sont forts. Nous évoquons également le suicide réactionnel un autre suicide dit « *syndrome de Roméo et Juliette* », et le suicide par contagion qui est déclenché par la crainte d'une catastrophe venir comme une pandémie ou une défaite militaire.
- Il appartient aux cadres de l'institution d'être particulièrement vigilants quant à la potentielle contagiosité des actes suicidaires. Il est nécessaire de leur apporter une information de qualité sur ce phénomène, au préalable.
- Information médiatique au sein de la collectivité militaire, qui peut jouer aussi un rôle positif dans la prévention des passages à l'acte en favorisant l'éducation pour la santé.

I. PRINCIPES DE L'ETUDE :

1. La problématique :

Les suicides et tentatives de suicide sont une source majeure de mortalité et de morbidité dans le Monde.

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

Si la dépression est généralement la cause directe du suicide, les conditions socio-économiques avec le peu de foi sont aussi des facteurs d'exacerbation de l'état dépressif. Ainsi, les chômeurs sont souvent les premiers sur la liste des suicidés, signe que le marasme social peut fragiliser encore plus les personnes déjà vulnérables psychologiquement», résumant les spécialistes. D'autres facteurs aggravants sont aussi recensés, tels que les problèmes familiaux, les troubles psychiques, les déceptions sentimentales et l'honneur. En ce sens que les suicides ne sont pas toujours déclarés comme tels.

Idem pour les tentatives de suicide (dix fois plus nombreuses que l'acte lui-même) qui, hormis les cas d'absorption de barbituriques et donc d'admission à l'hôpital, le reste n'est jamais déclaré.

En Algérie, le manque de données scientifiques et épidémiologiques sur le phénomène du suicide représente une des contraintes que rencontrent les chercheurs universitaires.

L'Algérie est l'un des rares pays au monde à ne pas figurer sur la liste des statistiques mondiales sur le sujet. Tout le monde s'accorde à dire que les statistiques disponibles en Algérie sont parcellaires, et même dans les cas où elles existent, elles sont largement en deçà de la réalité, vu que le sujet reste tabou

2. Hypothèse :

Dans l'exercice de notre pratique quotidienne, nous sommes confrontés à des pathologies particulières, telles que les troubles des conduites, troubles anxieux, et les troubles dépressifs, chez une population constituée de jeunes militaires issus de toutes les couches sociales, tous les milieux de notre vaste pays.

C'est au sein de cette véritable mosaïque de jeunes gens que nous nous sommes proposé de chercher à dépister les signes annonciateurs d'éventuelle conduite suicidaire afin que le médecin d'unité, le premier garant de l'hygiène mentale au sein de l'unité, puisse les détecter et agir.

II-OBJECTIFS :

Notre travail a pour objectifs :

1- Objectif principal :

Déterminer les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des tentatives de suicide des patients admis aux urgences médico-chirurgicales (UMC) de l'HMRU d'Oran/ 2° RM.

2- Objectifs secondaires :

- Evaluation du profil militaire des suicidant ;
- Proposer une stratégie de prévention des tentatives de suicide en milieu institutionnel, afin que ces éléments à risque soient détectés dès la visite de recrutement, contribuant ainsi à une hygiène mentale plus efficace.

III. MATERIEL ET METHODE :

1. Terrain d'étude :

L'étude que nous avons élaborée a été menée au service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran (HMRUO).

La mission de l'HMRUO est double : il s'agit d'assurer le soutien des personnels du Ministère de la Défense et de participer aux activités hospitalo-universitaires de la faculté de médecine d'Oran. Cet hôpital reçoit des patients militaires ou civils, en hospitalisation de jour, et en consultation.

L'étude se propose d'étudier une cohorte de malades ayant fait une tentative de suicide qui a justifié une orientation au service de psychiatrie (HMRUO).

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective sur des patients ayant fait une tentative de suicide. Ces consultants sont tous militaires. Le diagnostic est établi selon DSM IV.

3. La population étudiée :

La population de l'étude correspond aux militaires qui ont eu un contact avec le service de psychiatrie de l'HMRUO/2° RM suite à une tentative de suicide.

La population étudiée se compose de jeunes militaires, adressés par le médecin de l'unité au service de psychiatrie, soit pour une consultation, soit dans le cadre de l'urgence pour une hospitalisation.

Durant toute une année, nous avons recruté 60 patients qui ont fait une TS.

3.1- Les Critères d'inclusion :

Notre travail a porté sur l'ensemble des patients adressés par le médecin de l'unité au service de psychiatrie suite à une tentative de suicide.

Nous avons inclus dans notre étude tous les militaires venant en consultation pour le motif suscité, durant la période allant du 1^{er} avril 2012 au 1^{er} avril 2014.

Les critères d'inclusions des patients ont donc été :

- Patient militaire, homme ou femme, âgé(e) de 18 ans ou plus ;
- Tentative de suicide entre le 1^{er} avril 2012 et le 1^{er} avril 2014.
- Hospitalisation ou consultation notifiant cette tentative de suicide a eu lieu durant la même période (période allant du 1^{er} avril 2012 et le 1^{er} avril 2014)

3.2- Les critères d'exclusion :

Nous avons exclu de l'étude :

- Patient n'est pas militaire, homme ou femme, âgé(e) de 18 ans ou plus ;
- Tentative de suicide en dehors de la période allant du 1^{er} avril 2012 et le 1^{er} avril 2014

IV. DEROULEMENT DE L'ENQUETE :

1. Moyens matériels :

Les moyens matériels ont été ceux du service de psychiatrie, et ceux mis à notre disposition par la direction des activités médicales de l'HMRUO/2°RM.

- Imprimante
- Rames de papiers (20)

2. Matériel informatique : Les données recueillies ont été saisies et traitées à l'aide de logiciels informatiques :

- Word
- EXCEL logiciel Microsoft® 2007
- EPI INFO version 3.32

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel épidémiologique (février 9,2005). Ce logiciel permet une analyse univariée par calcul de fréquence de chaque variable ainsi qu'une analyse bivariée par croisement de variables afin d'établir d'éventuelles relations entre elles.

3. La Pré-enquête :

Pour la pré-enquête, et pour chaque malade, nous avons établi des fiches techniques que nous avons fait évoluer jusqu'à l'élaboration d'une fiche – malade type.

4. L'enquête :

La première étape a consisté en une revue de la littérature relative au sujet, ce qui nous permettait de faire le point sur la question, et de constituer notre grille de lecture.

La deuxième étape a consisté en la transcription des éléments cliniques recensés dans la littérature pour confectionner une fiche technique sous forme d'un questionnaire.

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

Le questionnaire : (annexe 5) :

Il s'organisait autour de trois thèmes :

- Une première partie qui concerne les caractéristiques sociodémographiques du suicidant à savoir l'âge, le sexe, le milieu de vie, le niveau socio-économique et d'instruction...
- Une deuxième partie comporte les facteurs cliniques tels que les antécédents de TS et les antécédents de consultation ou hospitalisations psychiatriques personnels et familiaux, ainsi que la notion d'usage des substances, leur mode et leur nature... ;
- La dernière partie est réservée aux gestes suicidaires, moyens de la TS, son déroulement, ses circonstances (lieu et temps), les motifs invoqués et les soins

Dans une troisième étape, nous avons étudié le rapport médical (ou la lettre d'orientation en psychiatrie) initial du médecin généraliste d'unité pour mettre en évidence la tentative de suicide, ainsi que les moyens utilisés.

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

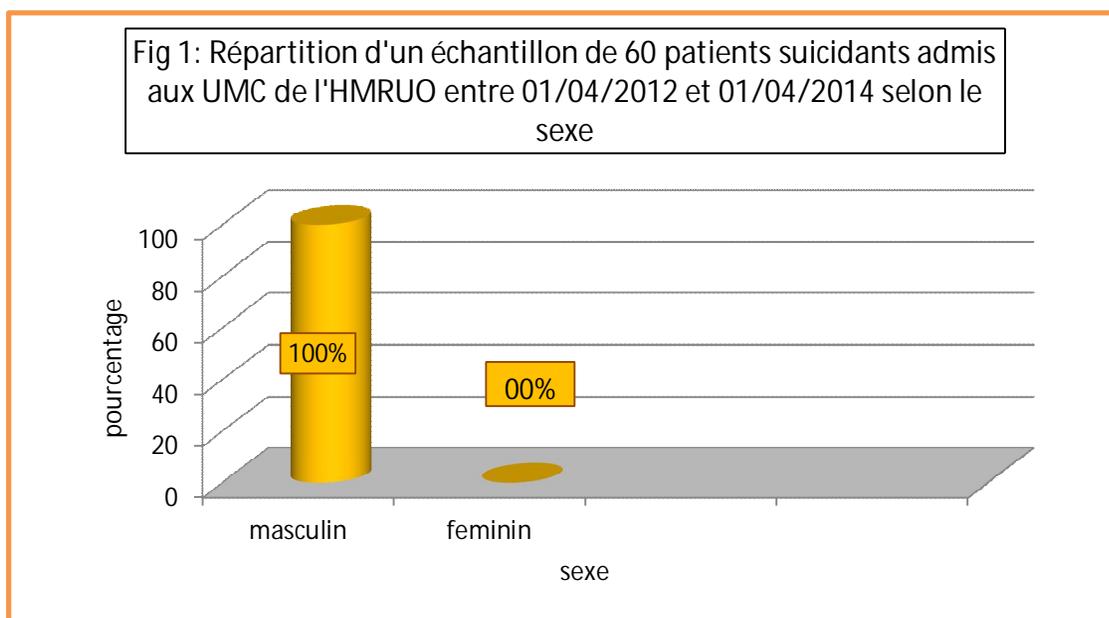
A- Les résultats descriptifs :

I –Des données sociodémographiques

1-sexe :

Sexe	Fréquence	pourcentage
masculin	60	100%
féminin	00	00%
total	60	100%

Tab.1. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le sexe

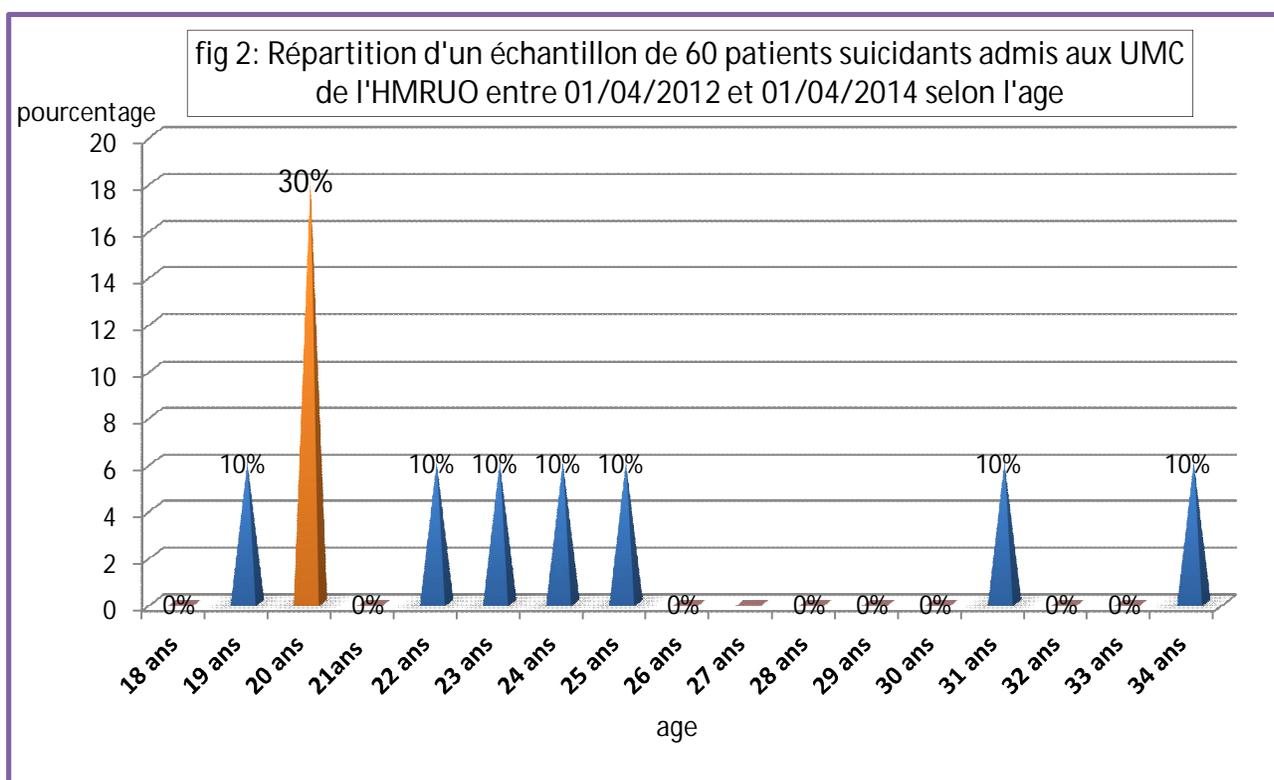


Le diagramme ci-dessus montre clairement une forte prédominance masculine, corroborant le fait que la plupart des effectifs militaires sont masculins. Pourtant l'ouverture des carrières militaires aux femmes entraîne une féminisation croissante des effectifs des forces armées.

2 –L'âge :

âge	Fréquence	Pourcentage
18	00	00,00
19	06	10,00%
20	18	30,00%
21	00	00,00
22	06	10,00%
23	06	10,00%
24	06	10,00%
25	06	10,00%
26	00	00,00
27	00	00,00
28	00	00,00
29	00	00,00
30	00	00,00
31	06	10,00%
32	00	00,00
33	00	00,00
34	06	10,00%
total	60	100,00%

Tab.2. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon l'âge



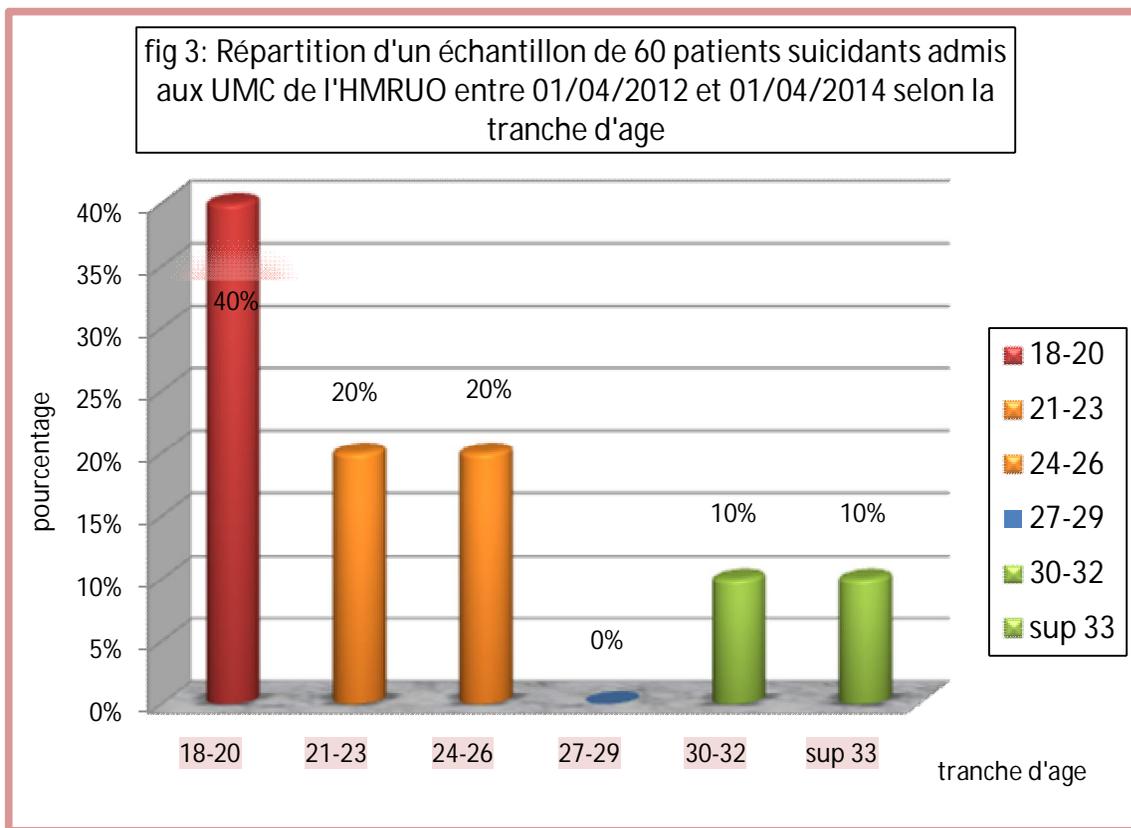
L'analyse par groupes d'âge indique que les tentatives de suicide augmentent avec le jeune âge.

La valeur maximale est atteinte à l'âge de 20 ans 30% (N-18).

3 – La tranche d'âge :

La tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
18-20	24	40%
21-23	12	20%
24-26	12	20%
27-29	0	0%
30-32	6	10%
Sup 33	6	10%
Total	60	100%

Tab.3. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la tranche d'âge



Environ 1/3 des sujets appartiennent à la tranche d'âge des 18-20 ans.

En ce qui concerne la répartition par tranches d'âge des tentatives de suicide, nous sommes d'emblée interpellés par l'importance du nombre de TS avant 26 ans, soit (80 %).

De plus, nous remarquons qu'il existe un pic pour la tranche d'âge 18-20 ans (N-24), suivi par les 21-23 ans (N-12) et 24-26 ans (N-12).

La classe d'âge située entre 30-32 ans et supérieur à 33 ans représentent chacune 10% des patients suicidants (N- 6).

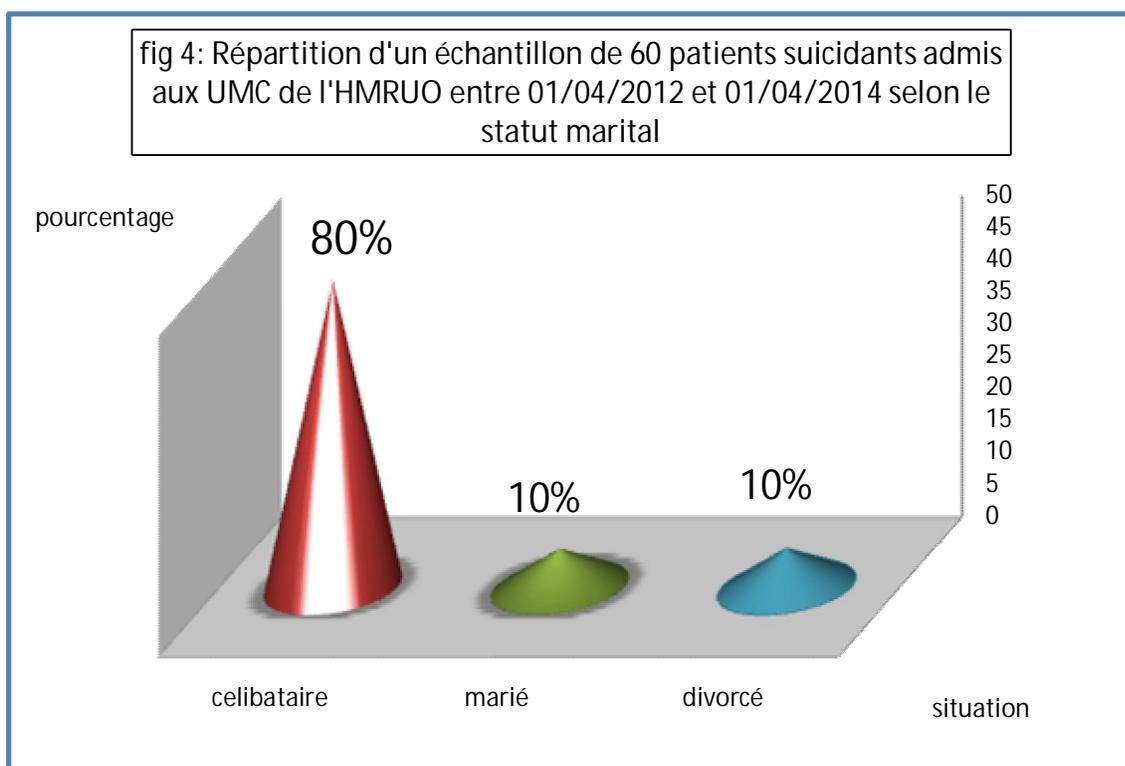
Dans notre étude nous ne trouvons pas de patients suicidants dont l'âge se situe entre 27-29 ans.

Le pourcentage de tentatives de suicide était le plus élevé dans les classes d'âge des 18-20 ans et des 21-23 ans 24-26 ans.

4 – Le statut marital :

Situation maritale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	48	80%
Divorcé	06	10%
Marié	06	10%
Total	60	100%

Tab.4. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le statut marital



Au vu des facteurs de risque connus et publiés, cette recherche a également porté sur le statut matrimonial des suicidants inclus dans l'étude.

80% des sujets de l'étude sont célibataires, 10% des sujets divorcés et 10% mariés. Le statut marital des patients confirme la sur représentativité des célibataires.

Il est à noter que les 10% personnels mariés ont pris leurs affectations comme célibataire géographique, c'est-à-dire loin de leur domicile familial habituel.

Aucun patient n'est veuf.

Selon plusieurs études, nous pouvons noter que :

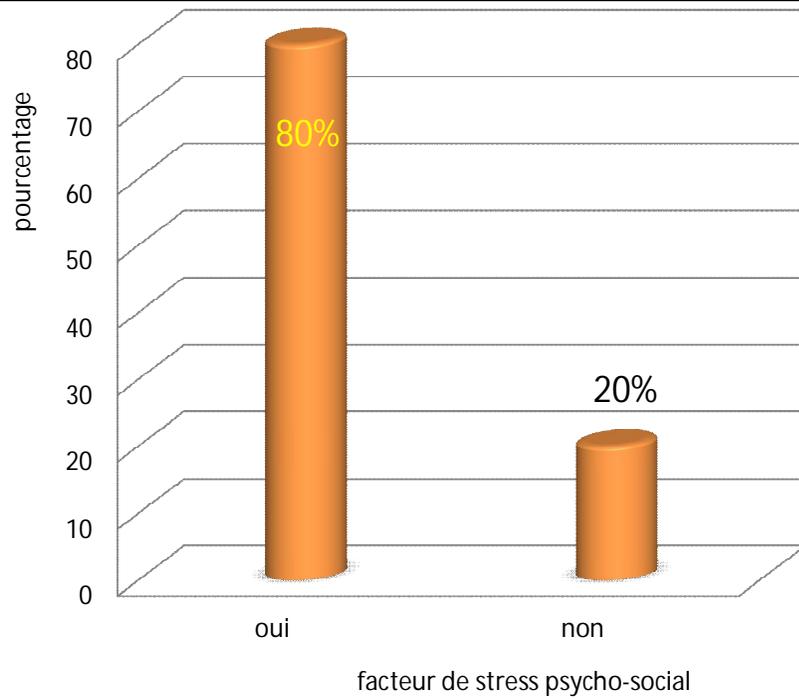
- Le mariage est reconnu comme étant protecteur pour les jeunes femmes, mais il apparaît comme un facteur de risque de suicide fatal chez les jeunes de sexe masculin (Bille-Brahe et Schmidtke A 1995) ;
- Le veuvage ou le divorce sont identifiés comme des facteurs de risque de suicide aboutis (Hirschfeld 1997) ;
- L'absence d'enfants de moins de 18 ans à domicile vient s'ajouter aux risques précédents dans les autopsies psychiques de Gliato (1999).

5 – Le facteur de stress psychosocial :

Facteur de stress psycho-social	Fréquence	Pourcentage
Oui	48	80%
Non	12	20%
Total	60	100%

Tab.5. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le facteur de stress psychosocial

fig 5: Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le facteur de stress psycho-social



Les évènements de vie stressants peuvent précipiter le passage à l'acte tels cités par les patients de notre cohorte ; conflit conjugal, une rupture conjugale ou sentimentale, des difficultés financières, un problème judiciaire.

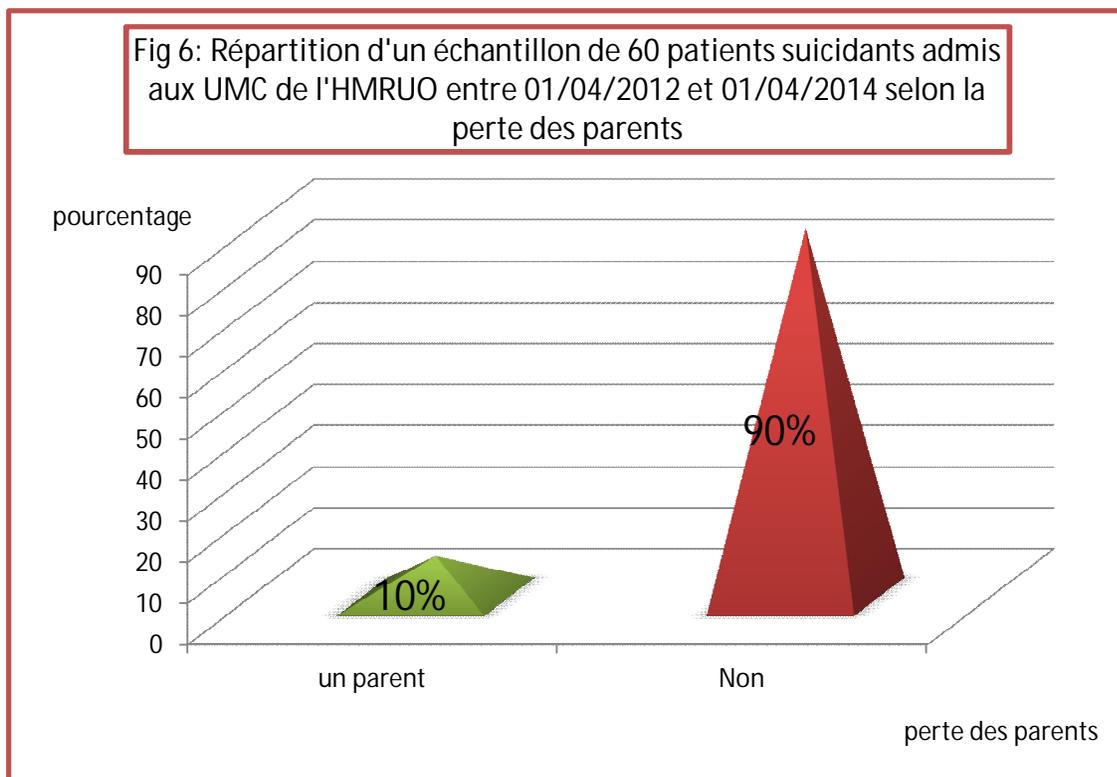
80 % des patients ont été confrontés à un ou des facteurs de stress dans les semaines avant la TS.

Les autres n'ont pas rapporté de facteurs de stress.

6 – La perte des parents :

Perte des parents	Fréquence	Pourcentage
Un parent	06	10%
Non	54	90%
Total	60	100%

Tab.6. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la perte des parents



Pour ce qui est de la situation familiale, dans 90 % (N-54) ; Les deux parents étaient encore en vie au moment du geste suicidaire, contre 10% % (N-6) ayant perdu un parent.

7 – La perte du conjoint :

La perte du conjoint	Fréquence	Pourcentage
Non	60	100,00 %
Total	60	100,00 %

Tab.7. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la perte du conjoint

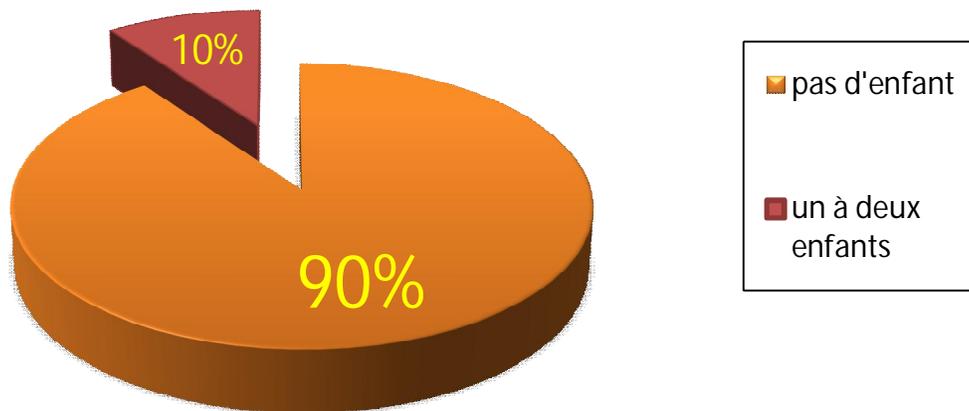
100 % des patients de notre échantillon ne peuvent pas être intégrés dans la catégorie « perte du conjoint», puisque 80 % sont célibataires. Et les 20% restant n'ont pas perdu leur conjoint.

8- Le nombre d'enfants :

Nombre d'enfant	Fréquence	Pourcentage
Pas d'enfant	54	90%
Un à deux enfants	06	10%
Total	60	100%

Tab.8. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le statut parental

fig 8: Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le statut parental



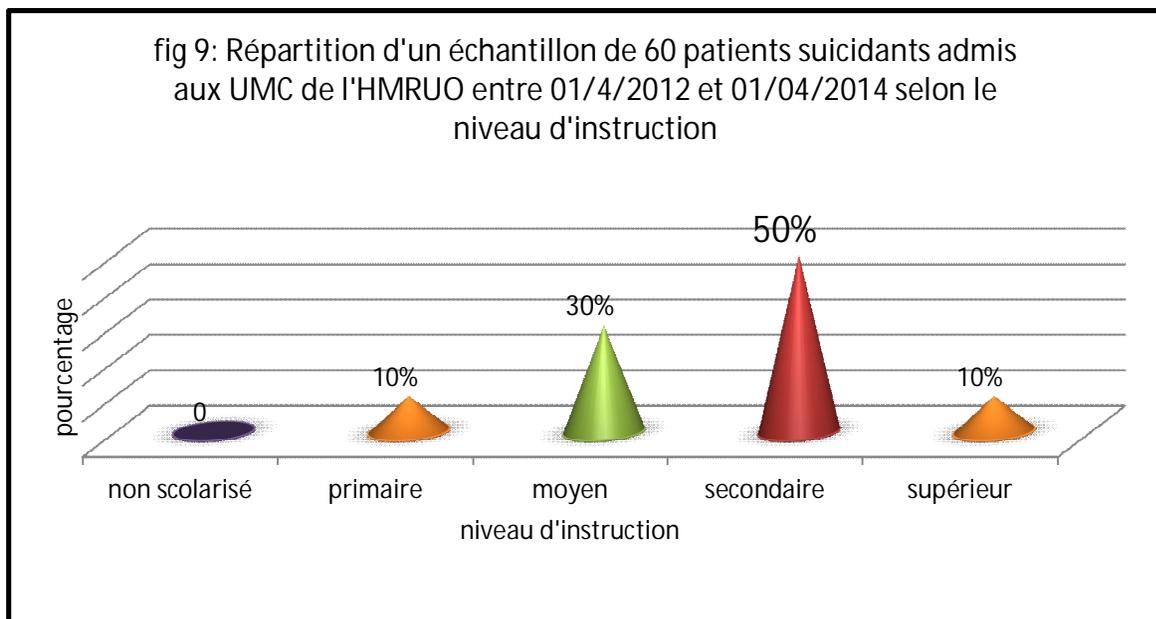
90 % (N-54) des suicidants n'avaient pas d'enfants, alors que 10 % (N-6) avait un enfant ou plus. La majorité des personnels interrogés n'a pas d'enfant.

Les HDT sont plus nombreux à ne pas avoir d'enfants par rapport à ceux des sous-officiers et officiers cependant, cette affirmation est à pondérer par le fait que l'âge peut constituer un biais, puisqu'en règle générale, le grade augmente avec l'âge.

9 – Le niveau d’instruction :

Niveau d’instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	00	00%
Primaire	06	10%
Moyen	18	30%
Secondaire	30	50%
Supérieur	06	10%
Total	60	100%

Tab.9. Répartition d’un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l’HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le niveau d’instruction



Nous avons trouvé une fréquence relativement importante du niveau scolaire secondaire soit 50 % des cas.

Nous pouvons évoquer une explication à cela, ces jeunes militaires soit ont été renvoyés de l’école, en général après l’échec au baccalauréat, soit ils ont quitté l’école pour s’engager volontairement dans les rangs de l’armée sachant que la limite d’âge pour l’engagement est de 23 ans.

- 30% d'un niveau d'instruction moyen ;
- 10% d'un niveau primaire ;
- seulement 10% ont fait des études supérieures.

10 - L'origine géographique :

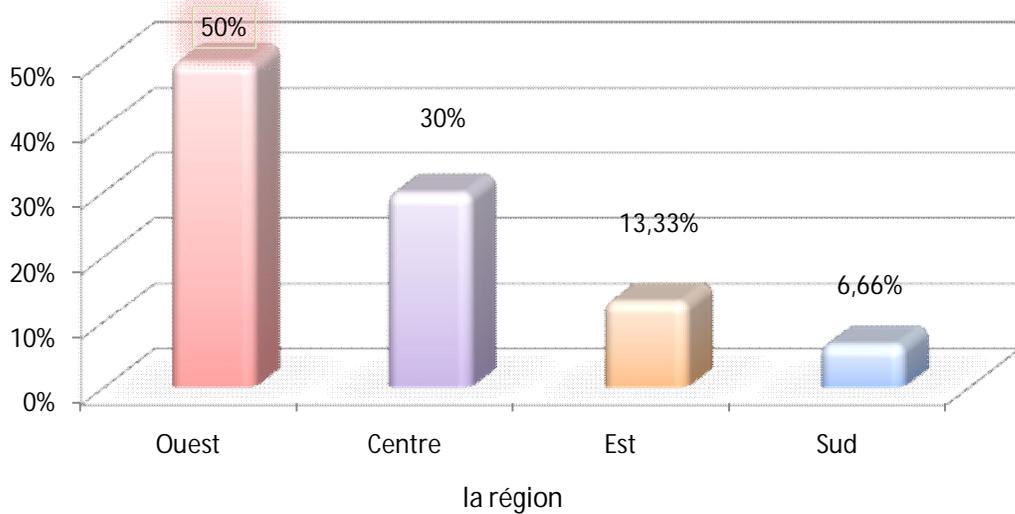
Répartition des régions d'origine selon la wilaya de naissance s'effectue selon le tableau suivant :

Ouest	Oran- Chlef- Tlemcen- Tiaret- Saida- Sidi Bel Abbès- Mostaganem- Mascara- Ain Témouchent- Relizane
Centre	Alger- Blida- Bouira- Djelfa- Médéa- Boumerdès- Tipaza- Ain Defla-
Est	Constantine- Oum El-Bouaghi- Batna- Bejaïa- Biskra- Tébessa- Tizi Ouzou- Jijel- Sétif- Annaba- Guelma- M'Sila- Bord-Bou-Arréridj- Khenchela- Souk Ahras- Mila- El-Taref- Skikda
Sud	Adrar- Laghouat- Béchar- Tamanrasset- Ouargla- Illizi- El Oued- Tindouf- Ghardaïa- Tissemsilt- El-Bayadh- Naâma

La région géographique	Ouest	Centre	Est	Sud
Nombre	30	18	08	04
Pourcentage	50%	30%	13,33%	06,66%

Tab.10. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon l'origine géographique

fig 10 : Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon l'origine géographique



La région Ouest est représentée par la moitié, 30 cas des suicidants, originaires de l'Ouest Algérien avec une dominance pour les wilayas d'Oran, Sidi Bel Abbès et Mascara.

La région centre est représentée par 18 cas issus de cette région ; dont la wilaya de Ain Defla à elle seule est représentée par 12 cas, suivis de très près par Alger avec 6 cas.

La région Est est représentée par 8 cas, avec un pic de 4 cas, originaires de la wilaya de Batna.

Par contre la région du sud est très peu représentée.

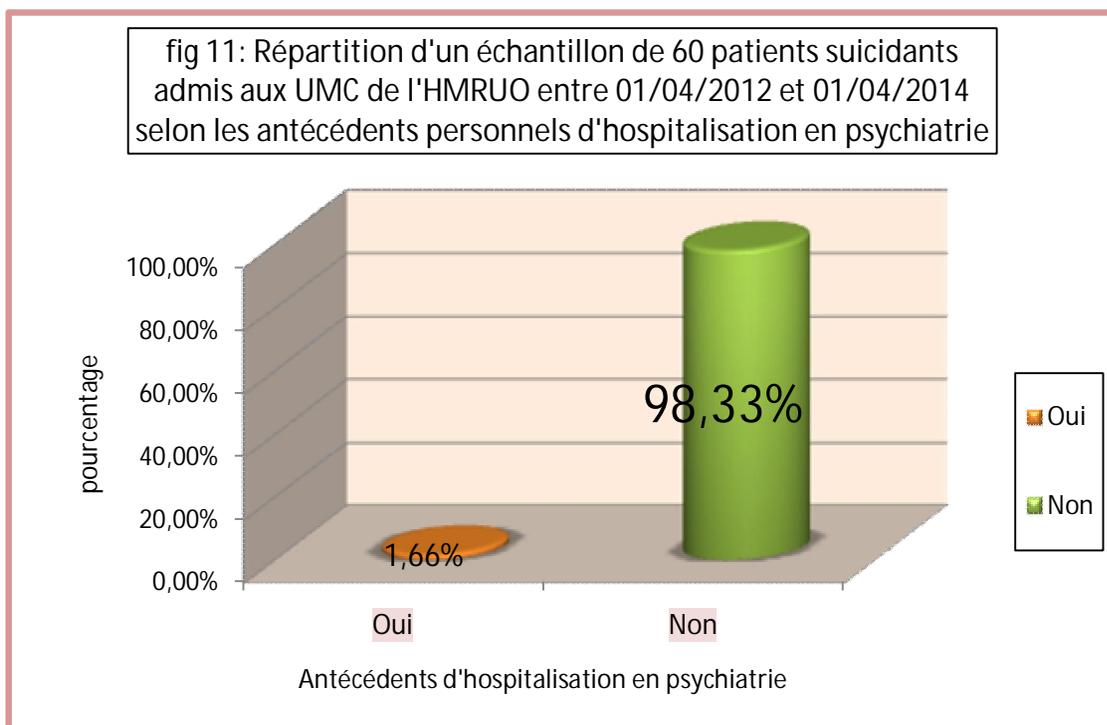
II – LES ANTECEDENTS :

1-Les antécédents personnels :

1.1- Les antécédents personnels d'hospitalisation en psychiatrie :

ATCD personnels d'hospitalisation en psy	Fréquence	Pourcentage
Oui	01	01,66%
Non	59	98,33%
Total	60	100%

Tab.11. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie



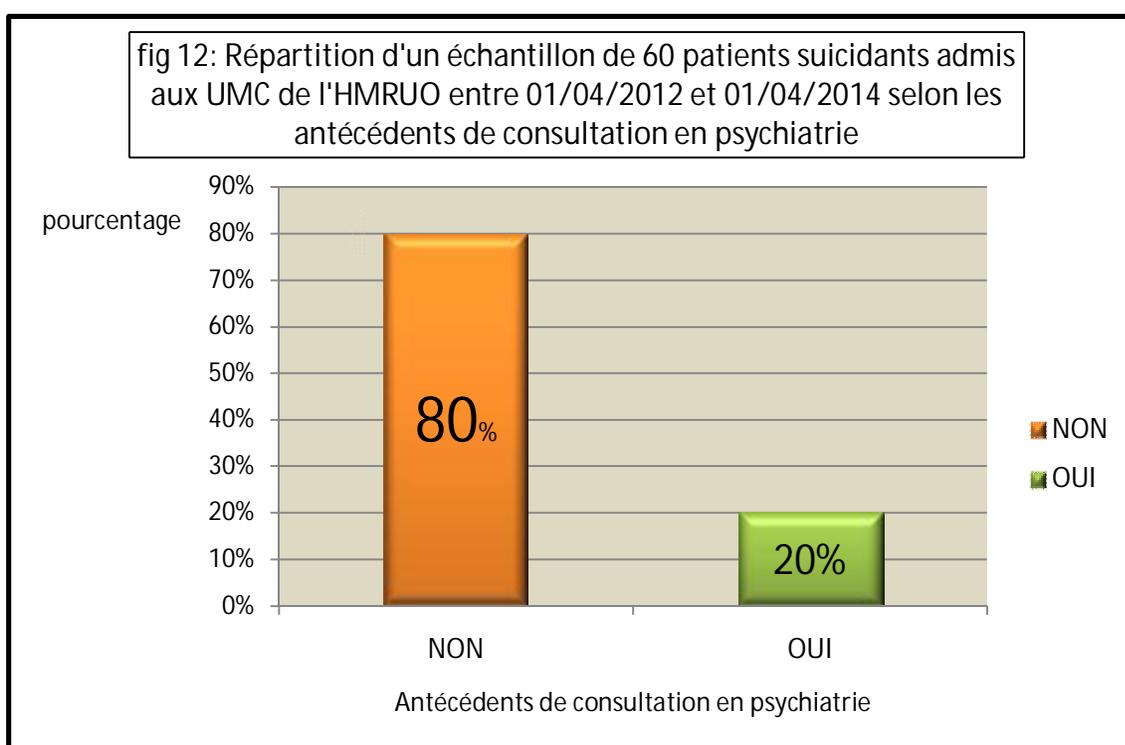
Il faut préciser que les antécédents d'hospitalisation psychiatrique sont souvent inavoués ou masqués lors des visites de sélection par peur de l'inaptitude chez les contractuels et les actives ; ils ne sont découverts que tardivement, après une consultation spécialisée ou au cours d'une hospitalisation en psychiatrie.

Dans notre étude 98,33 % des patients n'ont pas d'antécédents d'hospitalisation personnels psychiatriques.

1.2- Les antécédents personnels de consultations en psychiatrie :

ATCD de consultation en psychiatrie	Fréquence	Pourcentage
Oui	12	20%
Non	48	80%
Total	60	100%

Tab.12. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon les antécédents de consultation en psychiatrie

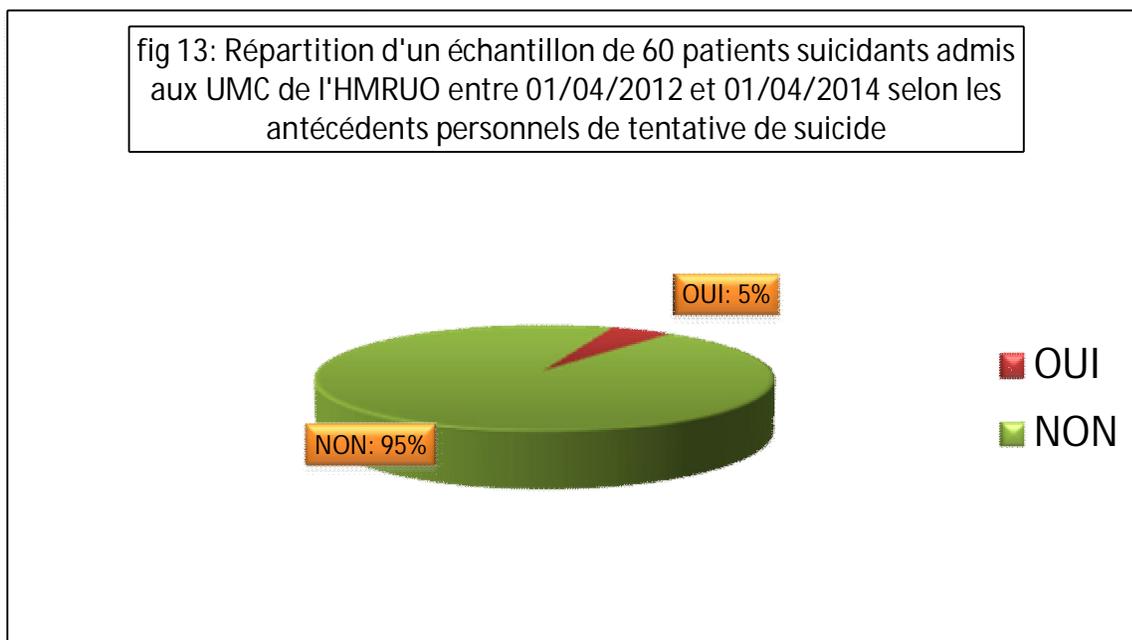


Une notion de suivi en psychiatrie était rapportée dans 20 % des cas, ce suivi était effectué en milieu hospitalier et en libéral.

1.3- Antécédents personnels de tentative de suicide :

Antécédents personnels de tentative de suicide	Fréquence	Pourcentage
OUI	03	05%
NON	57	95%
Total	60	100%

Tab.13. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon les antécédents personnels de TS



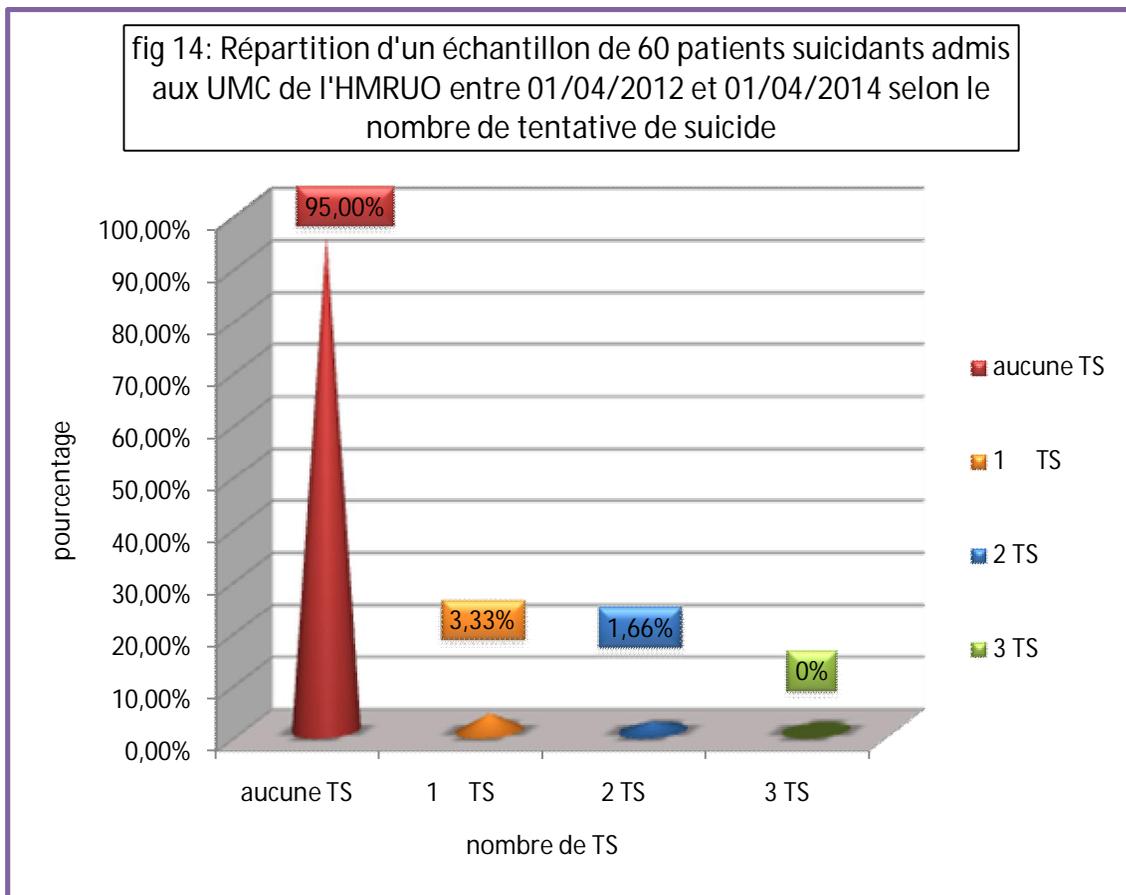
Près de 95% non jamais essayé de faire une tentative de suicide, par contre 05% ont tenté une ou deux fois de mettre fin a leur vie.

La tentative de suicide représente le facteur de risque le plus important de suicide.

1.4- nombre de tentative de suicide :

Combien de fois	Fréquence	Pourcentage
Aucune TS	57	95%
Une TS	02	03,33%
Deux TS	01	01,66%
Trois TS	00	00,00%
Total	60	100,00%

Tab.14. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le nombre de TS



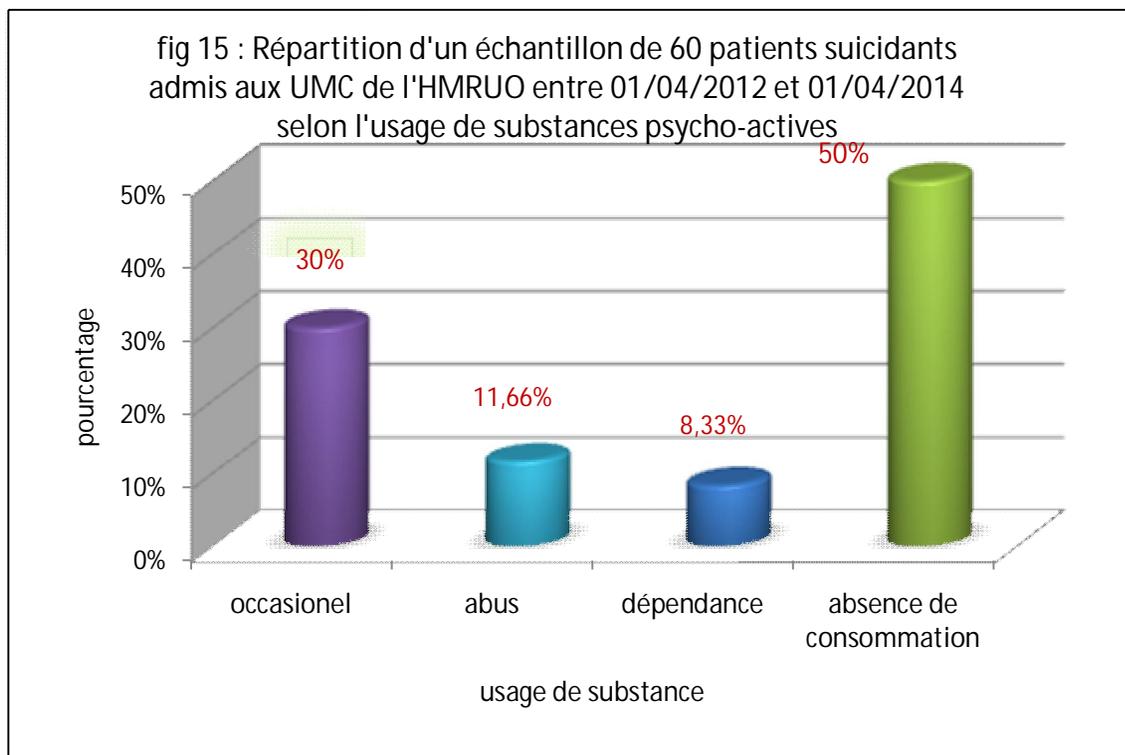
En ce qui concerne le nombre de TS nous avons 95 % des patients non jamais fait de TS, 03,33 % ont fait une TS et 01,66 % deux TS.

Dans notre étude aucun patient n'a fait trois TS.

1.5- L'usage de substance :

Usage de substance	Fréquence	Pourcentage
Occasionnel	18	30%
Abus	07	11,66%
Dépendance	05	08,33%
Pas	30	50%
Total	60	100,00%

Tab.15. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon l'usage de substances



L'usage de substances psycho-actives est absent dans 50 % des cas.

50 % des suicidants ont déjà consommé une substance illicite.

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

- 30 % avaient un usage occasionnel

- 08,33 % étaient dépendants ; le diagnostic retenu selon le DSM (dépendance à une substance).
- 11,66 % avaient un abus.

L'usage de substances était de 50% chez les suicidants, cette comorbidité est significativement plus importante chez les personnes ayant un trouble psychotique.

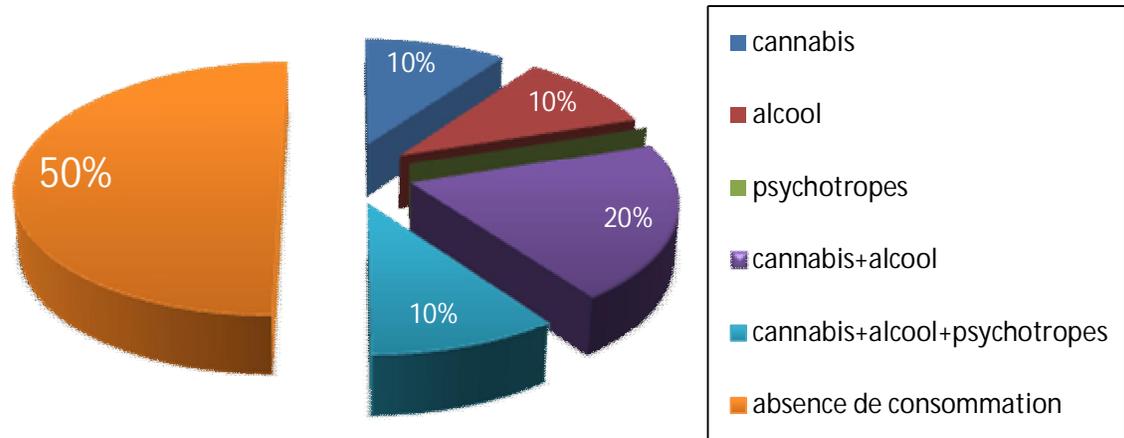
En effet, l'abus et/ou la dépendance à une substance est un facteur de risque du comportement suicidaire.

1.6-La nature de la substance :

Nature de la substance	Fréquence	Pourcentage
Cannabis	06	10%
Alcool	06	10%
Psychotropes	00	00%
Cannabis+alcool	12	20%
Cannabis+alcool+psychotropes	06	10%
Absence de consommation	30	50%

Tab.16. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la nature de la substance psycho-active

fig 16: Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la nature de la substance psycho-actives



50 % des cas non jamais consommés de drogues.

20% consomme de l'alcool et du cannabis.

10 % n'ont consommé que les produits alcoolisés.

10 % avaient une appétence au cannabis.

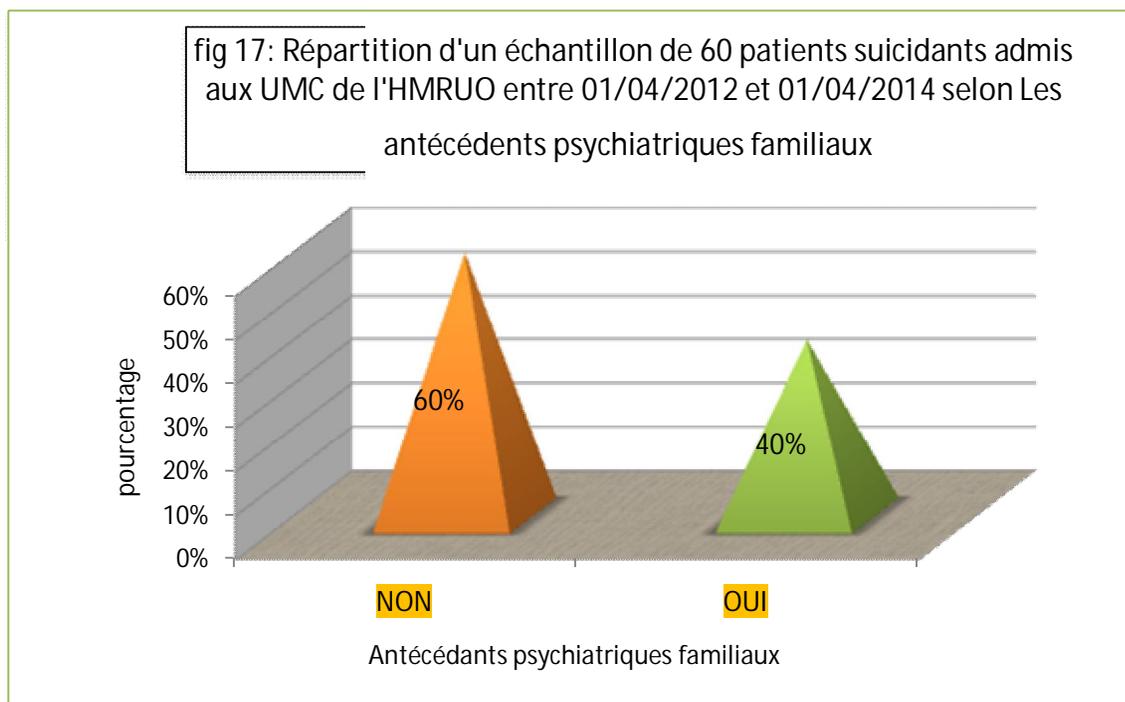
10% consomme l'alcool, cannabis et psychotropes.

Nous ne trouvons pas dans notre étude de consommateur de psychotropes seule.

2 – Les antécédents psychiatriques familiaux :

Les antécédents psychiatriques familiaux	Fréquence	Pourcentage
Oui	24	40%
Non	36	60%
Total	60	100%

Tab.17. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon les antécédents psychiatriques familiaux



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

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

Dans 40 % des cas, les patients avaient un antécédent familial de consultation ou d'hospitalisation en psychiatrie.

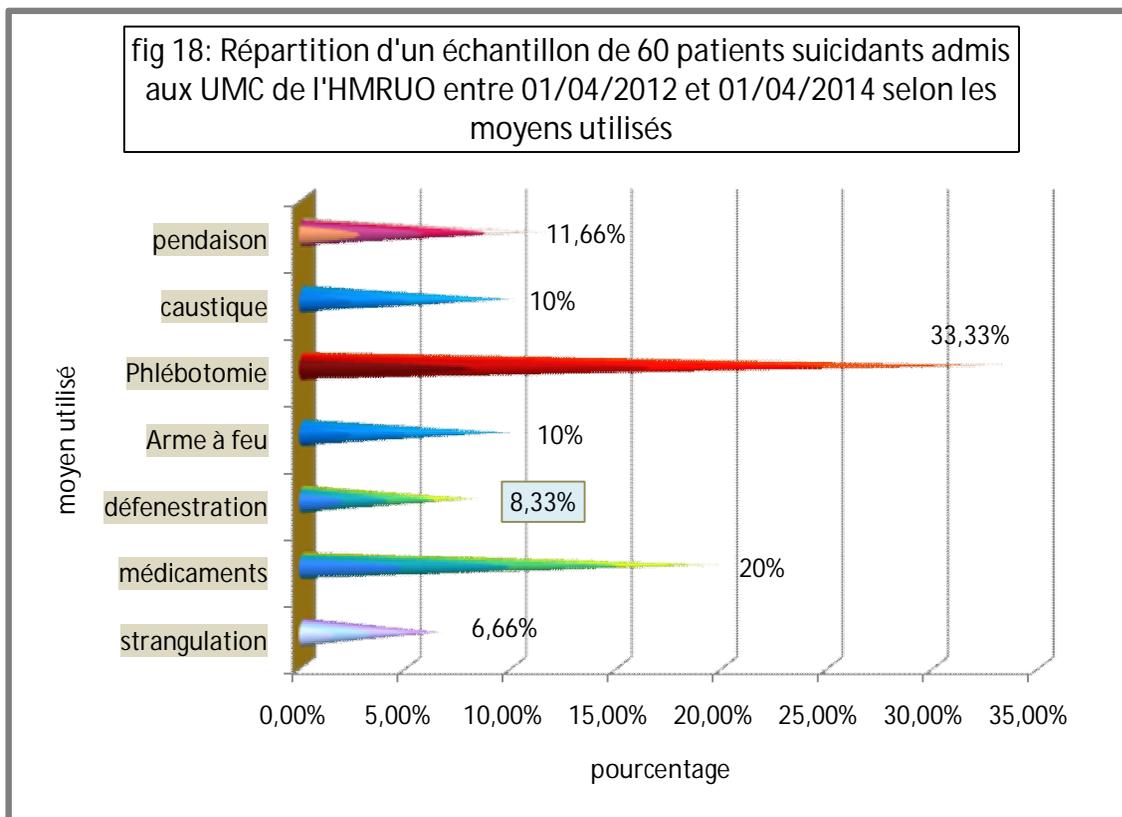
60% n'ont pas d'antécédent de suivi en psychiatrie.

III- L'OBSERVATION CLINIQUE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE :

1-Les moyens utilisés :

Moyens utilisés	Fréquence	Pourcentage
strangulation	04	6,66%
Médicament	12	20%
Défenestration	05	8,33%
Arme à feu	06	10%
phlébotomie	20	33,33%
Caustique	06	10%
Pendaison	07	11,66%
Total	60	100,00%

Tab.18. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon les moyens utilisés



La méthode de la tentative de suicide varie énormément en fonction du milieu géographique, sociologique, économique, religieux, mais aussi en fonction des antécédents psychiatriques, de la disponibilité, de l'acceptabilité d'un moyen plus que d'un autre.

Nous avons observé en particulier une nette prédominance de tentative de suicide par phlébotomie (33,33 %).

Vient par la suite l'ingestion volontaire des médicaments 20%, puis la pendaison 11,66%, l'arme à feu et les caustiques dans près de 10% des cas.

La défenestration qui représente 08,33% des moyens utilisés.

Et en dernier la strangulation 06,66%.

L'arme blanche n'a pas été utilisé par les patients de notre étude.

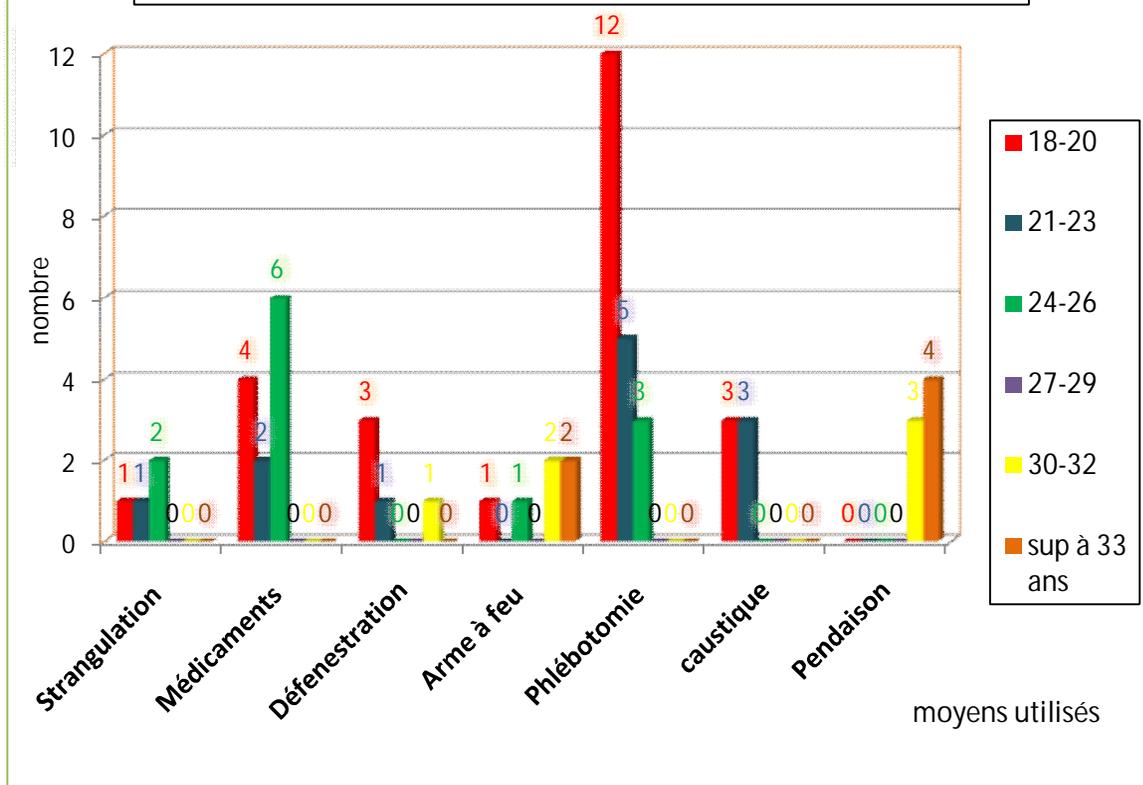
Nous avons constaté que l'utilisation de moyens violents était fréquente chez les personnes ayant un trouble psychotique (pendaison) confirmant la forte intentionnalité suicidaire de ces derniers rapportée également par d'autres auteurs [181].

1. a – Les moyens utilisés et la tranche d'âge :

Moyens utilisés	Classe 18-20	Classe 21-23	Classe 24-26	Classe 27-29	Classe 30-32	Classe sup à 33
strangulation	01	01	02	00	00	00
Médicament	04	02	06	00	00	00
Défenestration	03	01	00	00	01	00
Arme à feu	01	00	01	00	02	02
Phlébotomie	12	05	03	00	00	00
Caustique	03	03	00	00	00	00
Pendaison	00	00	00	00	03	04
Total	24	12	12	00	06	06

Tab.19. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon les moyens utilisés et la tranche d'âge

fig 19: Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon les moyens utilisés et la tranche d'âge



En ce qui concerne les liens entre la tranche d'âge et les moyens utilisés. Notre étude révèle que des personnes ayant tenté de se suicider par la phlébotomie avaient l'âge compris entre 18-20 ans (N-12) suivi par 21-23 (N-5) et 24-26 (N-3).

De plus, les sujets ayant tenté de se suicider par médicaments sont représentés par la tranches d'âges 24-26 (N-6), 18-20 (N-4) et la 21-23 (N-2).

L'ingestion de produit caustique touche la tranche d'âge comprise entre 18 et 23 ans (N-3).

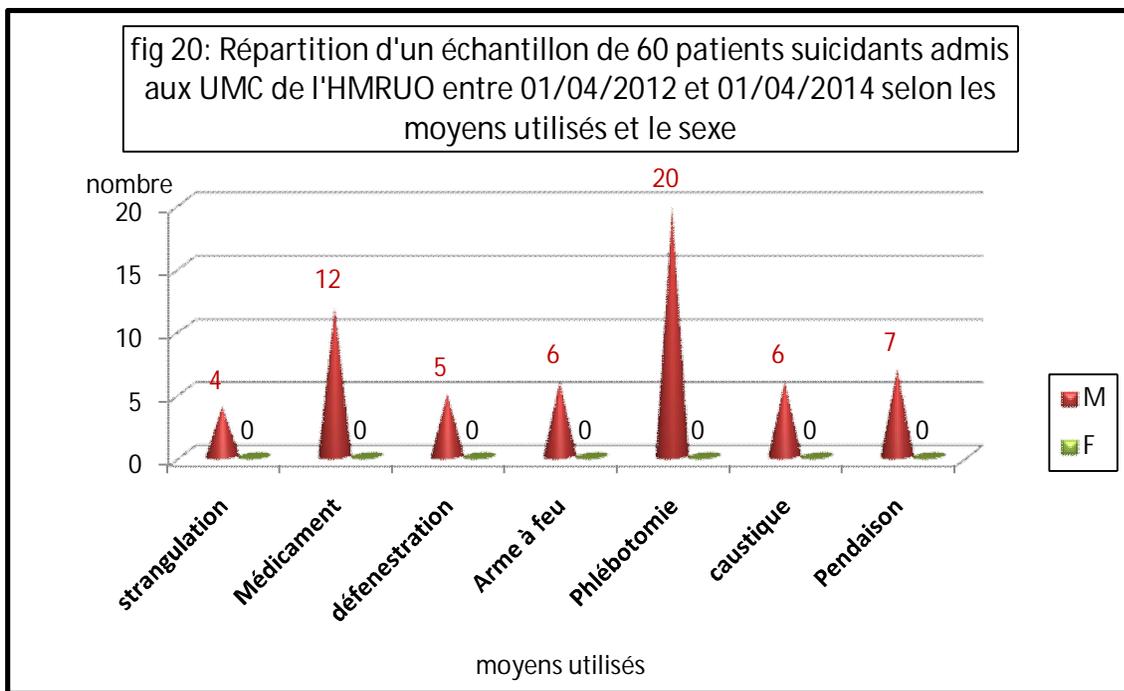
A noter que la pendaison touche la tranche d'âge comprise entre 30-33 ans et la défenestration touche la classe 18-20 (N-3) puis vient la classe d'âge 21-23 (N-1).

L'analyse des tentatives de suicide réalisées a permis de mieux connaître les tranches d'âges les plus concernées, on peut cependant conclure de cette étude que les jeunes adultes semblent particulièrement concernés par les tentatives de suicide et devraient faire l'objet d'une attention particulière en termes de prévention.

1. b- Les moyens utilisés et le sexe :

Moyens utilisés	M	F
strangulation	04	00
Médicament	12	00
Défenestration	05	00
Arme à feu	06	00
Phlébotomie	20	00
Caustique	06	00
Pendaison	07	00
Total	60	00

Tab.20. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon les moyens utilisés et le sexe



La répartition du sexe des patients inclus dans l'étude en fonction des moyens utilisés est de 100 % d'hommes et 00 % de femme.

1. c-Le détail des moyens utilisés :

Le moyen	phlébotomie	pendaison	défénéstration	Arme à feu	IMV	Strangulation et immolation	caustique
Détail	thorax 06 cas	Corde 07 cas	Fenêtre 05 cas	Membre inférieur 06 cas	NLP 07 cas	Strangulation 04 cas	Eau de javel 06 cas
	l'avant bras 12 cas				ATD 05 cas		
						Abdomen 00 cas	
60	20	07	05	06	12	04	06

Tab.21. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon les moyens utilisés en détail

Au vu de ces résultats, et de manière plus détaillée nous allons faire un survol rapide de la modalité opératoire des TS :

— La phlébotomie :

Parscarification de la région thoracique 06 cas,

Coupure au niveau de l'avant bras 12 cas,

— L'arme à feu est répartie comme suite :

Le tir au niveau du membre inférieur (jambes, pied et cuisse) 06 cas,

Aucune lésion de l'abdomen ni du thorax n'a été remarquée ce qui nous pousse à nous questionner sur l'intentionnalité suicidaire.

— Intoxication médicamenteuse représentée par :

Les neuroleptiques 7 cas et les antidépresseurs 05 cas,

— La défenestration où la précipitation par des endroits élevés :

La fenêtre 5 cas,

— La pendaison :

07 cas par corde

— Les produits caustiques :

L'eau de javel et le produit par excellence 6cas

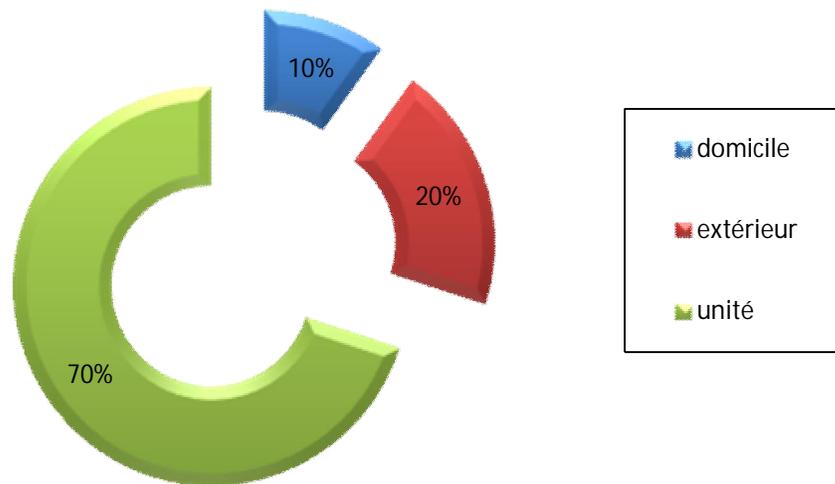
— arrive en dernière position la strangulation : 4 cas

2 – Le lieu de la TS :

Lieu de TS	Fréquence	Pourcentage
Domicile	06	10%
Extérieur	12	20%
Unité	42	70%
Total	60	100,00%

Tab.22. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le lieu de la TS

fig 22: Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le lieu de la TS



Nous constatons que 70 % de suicidants ont effectué leur TS à l'unité, 20 % à l'extérieur et seulement 10 % à domicile.

Le fait que l'unité soit un lieu fréquemment choisi par les suicidants, nous amène à formuler l'hypothèse que le geste suicidaire est, dans un certain nombre de situations, adressé à l'autre ou à une dimension relationnelle importante.

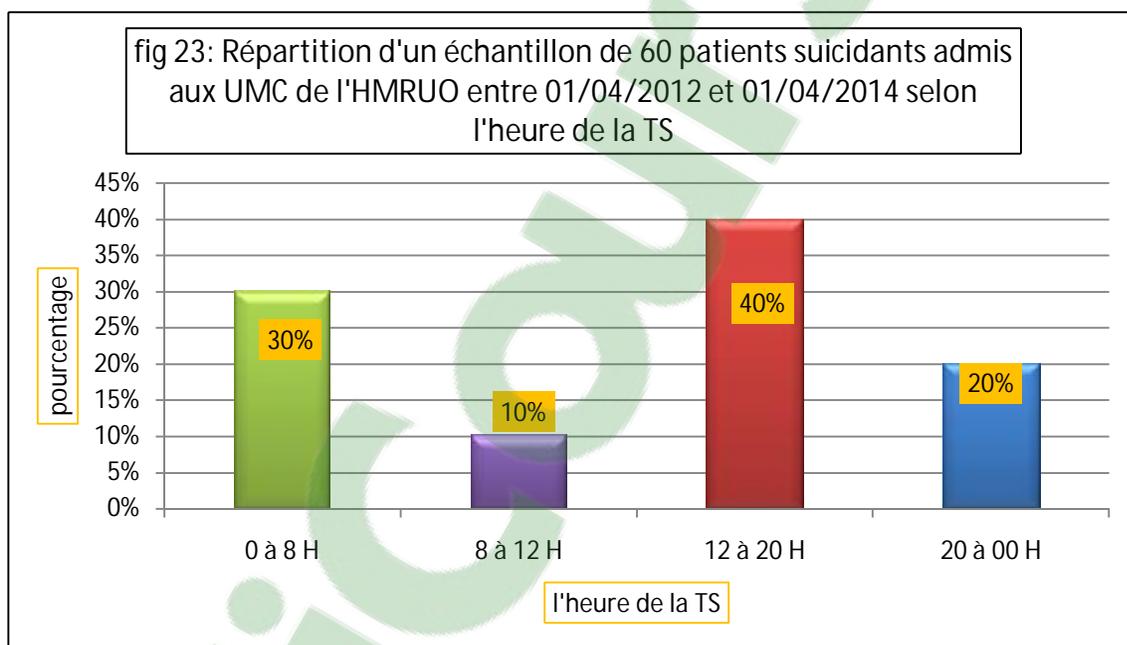
Le lieu du geste suicidaire est donc en grande majorité un lieu familial, et le plus souvent l'unité dans laquelle vit habituellement le patient.

A ce propos, l'unité représente un lieu porteur d'une symbolique très forte.

3 – L'heure de la TS :

Heure de TS	Fréquence	Pourcentage
0 à 8 h	18	30%
8 à 12 h	06	10%
12 à 20h	24	40%
20 à 00 h	12	20%
Total	60	100,00%

Tab.23. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon l'heure de la TS



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

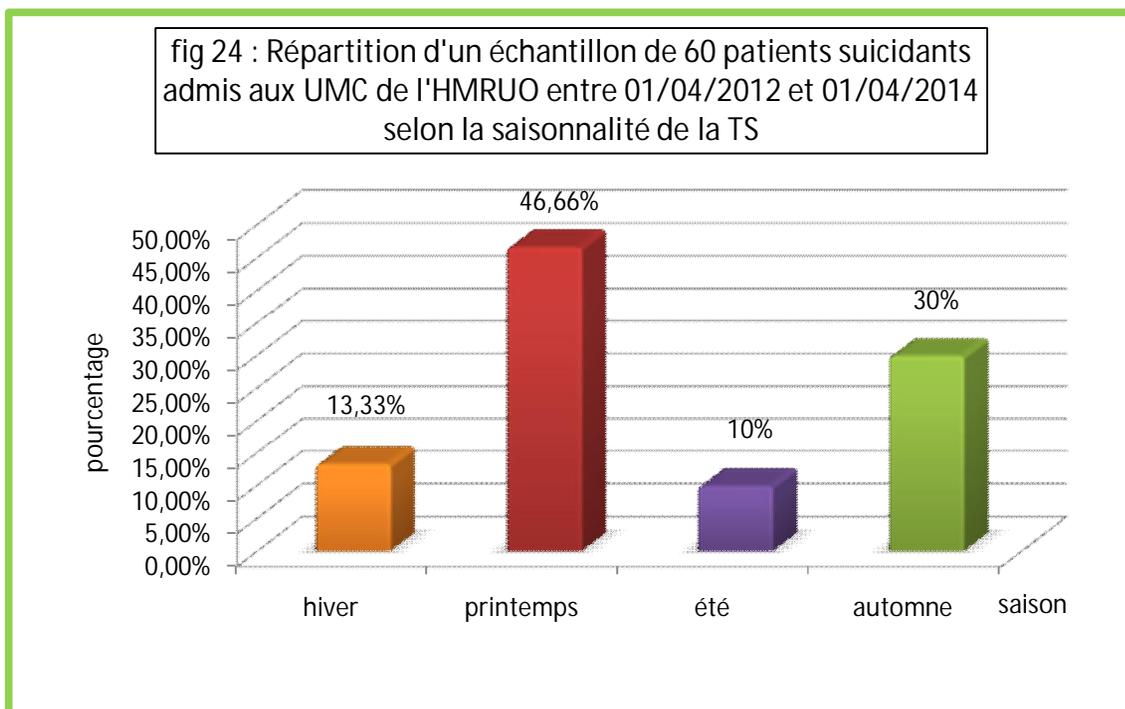
L'analyse du moment d'exécution de la TS, montre que le suicidant agit majoritairement de 12 h à 20 h représenté par 40 %, la période de 0 h à 8 h est représentée par 30 %, 20% se sont donnés la mort entre 20 h à 00 h.

La période dont le taux le plus faible des TS est situé entre 8 h à 12 h, qui est représentée par 10 %.

4-La saison des TS :

Saison	hiver	printemps	été	automne
Nombre	08	28	06	18
Pourcentage	13,33%	46,66%	10%	30%

Tab.24. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la saisonnalité de la TS



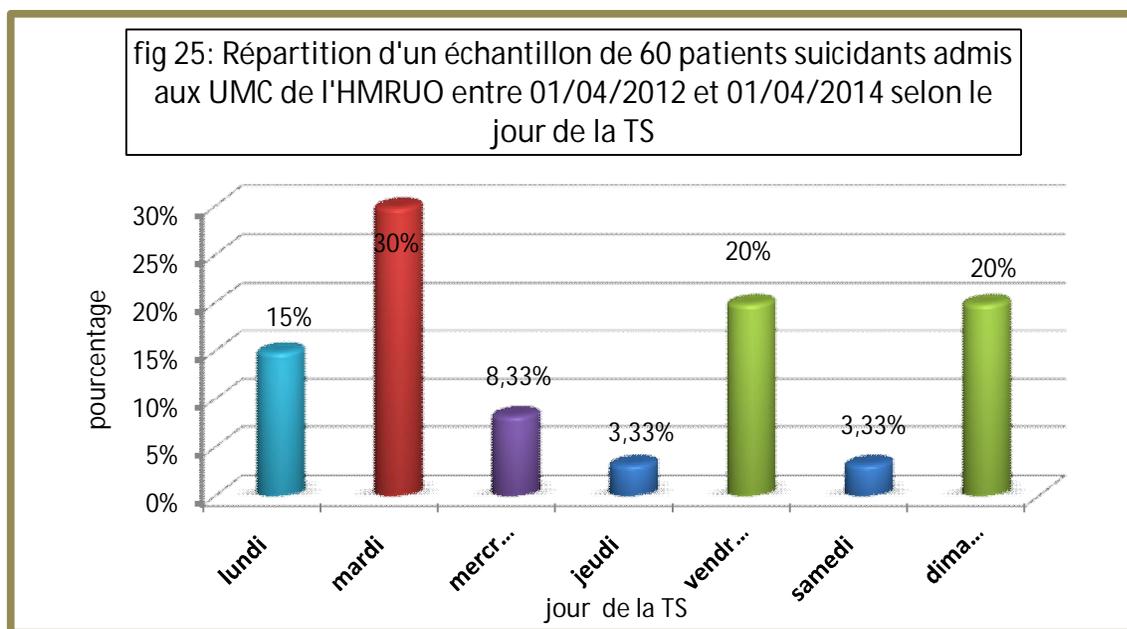
En ce qui concerne la saisonnalité du geste, la répartition était comme suite : 47% au printemps, 10% en été, 30% en automne et 13% en hiver.

On note une prédominance du printemps et de l'automne.

5 – Le jour de la TS :

Jour de TS	Fréquence	Pourcentage
LUN	09	15%
MAR	18	30%
MER	05	08,33%
JEU	02	03,33%
VEN	12	20%
SAM	02	03,33%
DIM	12	20%
Total	60	100%

Tab.25. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le jour de la TS



La tentative de suicide concernait toutes les journées avec une répartition différente.

Le mardi est surreprésenté à 30 %. Nous notons qu'une différence a été retrouvée en ce qui concerne le jour du passage à l'acte.

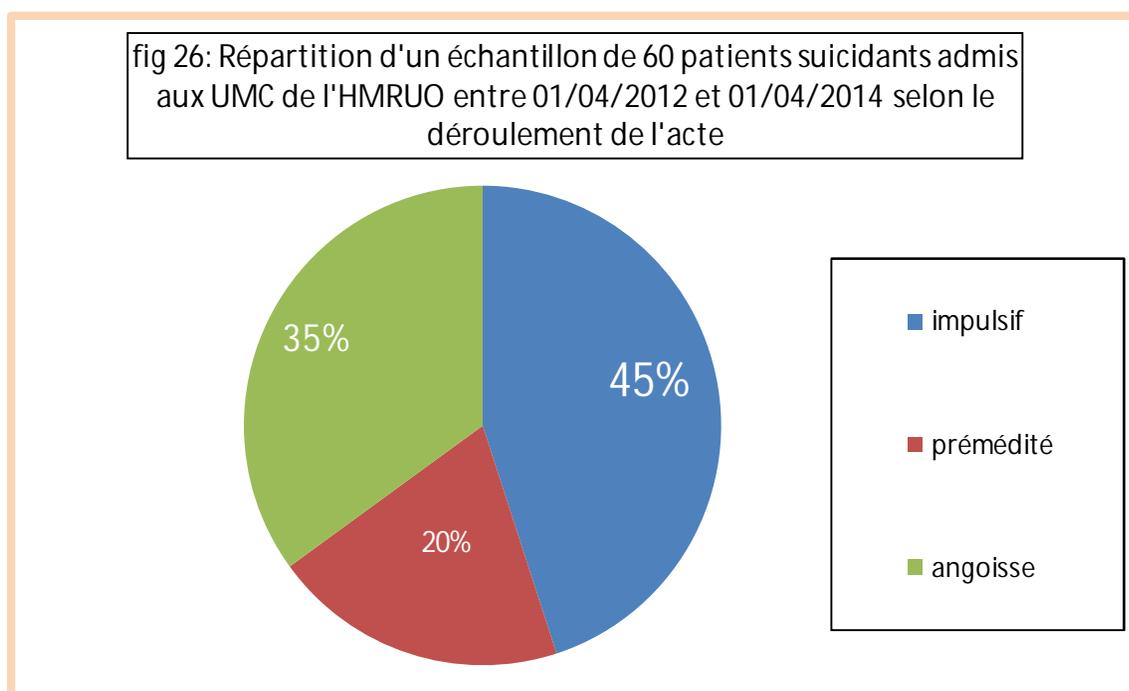
Le jeudi et le samedi sont représentés par un taux très faible 3% pour chacun

Le vendredi et le dimanche à 20% et le lundi à 15%.

6 – Le déroulement de l'acte :

DEROULEMENT DE L'ACTE	Fréquence	Pourcentage
Impulsif	27	45%
Prémédité	12	20%
Angoisse	21	35%
Total	60	100,00%

Tab.26. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le déroulement de l'acte



Le passage à l'acte était qualifié d'impulsif, ce qui représentait 45 % des cas.

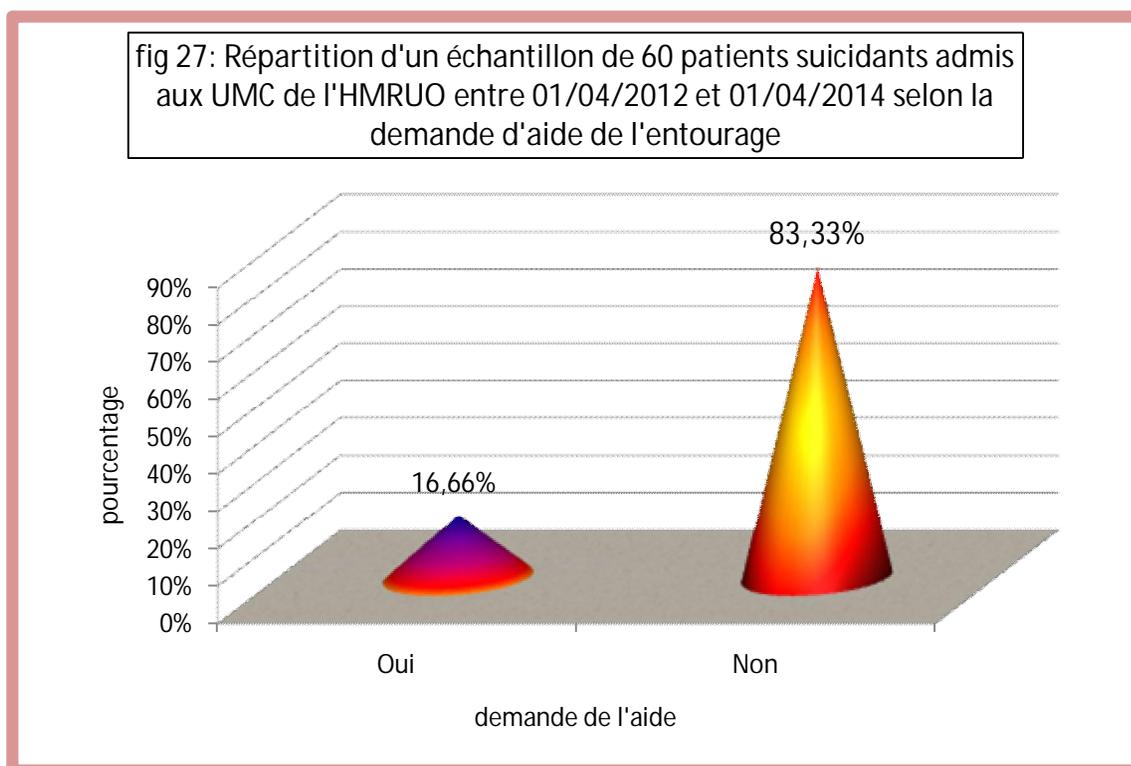
Par ailleurs, une préméditation du geste suicidaire était notée pour 20 %.

En revanche l'angoisse seule est représentée par 35 %.

7 – La demande d'aide de l'entourage :

Demande d'aide de l'entourage	Fréquence	Pourcentage
Oui	10	16,66%
Non	50	83,33%
Total	60	100,00%

Tab.27. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la demande de l'aide

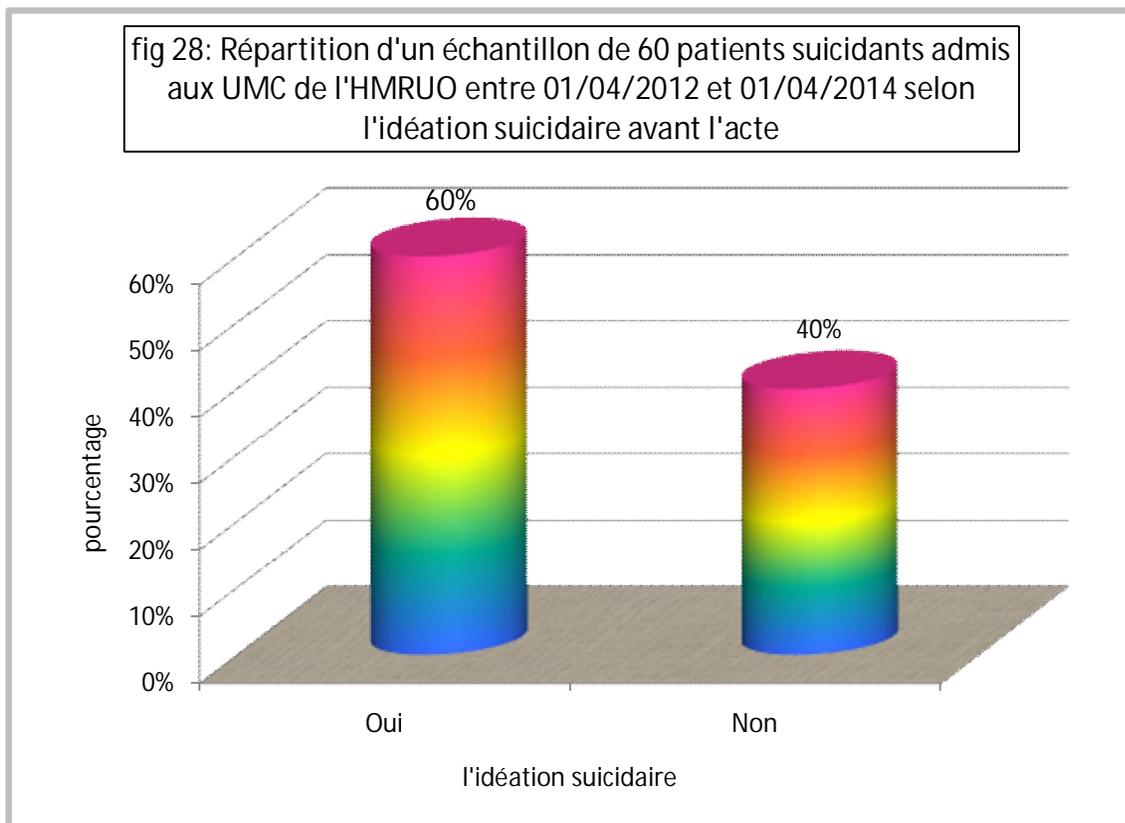


Un suicidant sur quatre ne demande pas d'aide avant le passage à l'acte, c'est à dire 83 %, contre 17 % qui avaient prévenu une personne de leur entourage, du geste qu'il allait accomplir.

8 – L'idéation suicidaire avant l'acte :

Idéation suicidaire avant l'acte	Fréquence	Pourcentage
Oui	36	60%
Non	24	40%
Total	60	100,00%

Tab.28. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon l'idéation suicidaire avant l'acte

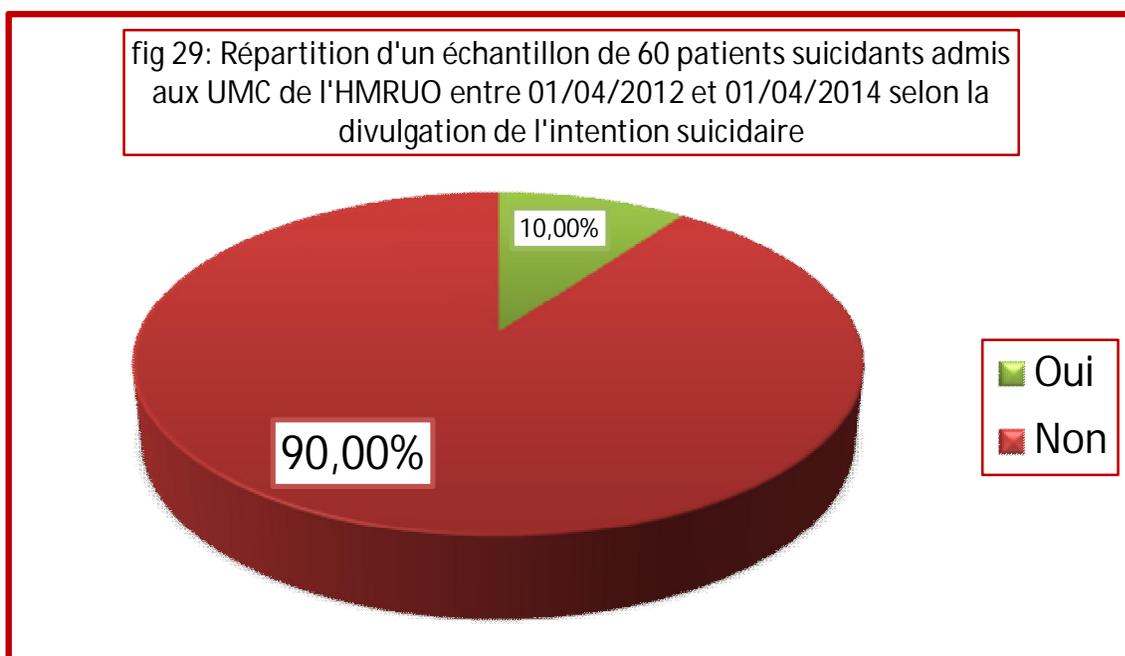


Nous avons observé que 40 % n'ont pas d'idéations suicidaires. Les idées suicidaires ont été retrouvées chez 60 %.

9 – La divulgation de l'intention suicidaire a un proche :

DIVULGATION de l'intention Suicidaire a un proche	Fréquence	Pourcentage
Oui	06	10%
Non	54	90%
Total	60	100,00%

Tab.29. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la divulgation de l'intention suicidaire



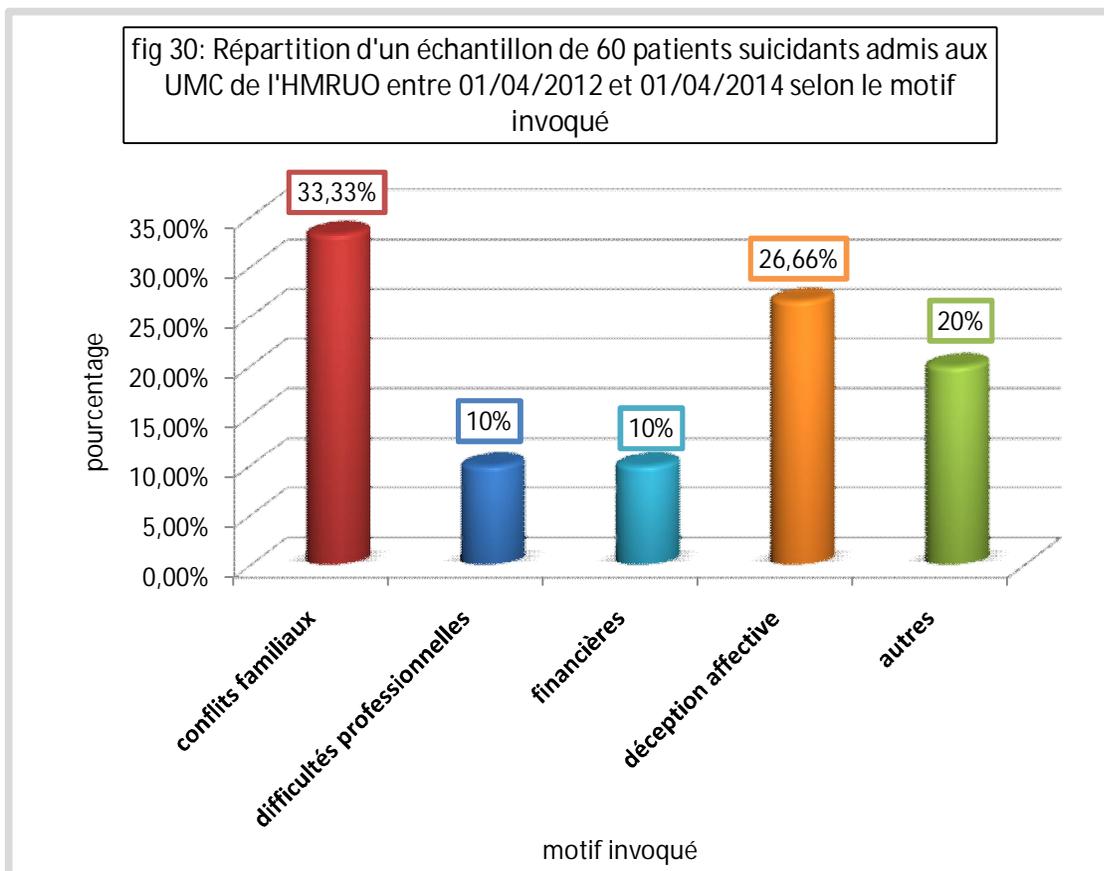
90 % n'ont pas divulgué leurs intentions suicidaires.

La conférence de consensus sur la crise suicidaire (ANAES) rappelle que 60 à70 % des suicidants ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédant leur passage à l'acte et 36 % dans la semaine avant le passage à l'acte.

10 –Les motifs invoqués :

Motif invoqués	Fréquence	Pourcentage
Conflits familiaux	20	33,33%
Difficultés professionnelles	06	10%
Financières	06	10%
Déception affective	16	26,66%
Autres	12	20%
Total	60	100,00%

Tab.30. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le motif invoqué



Parmi les facteurs déclencheurs du geste suicidaire, on retrouve le plus souvent des conflits familiaux 33 %

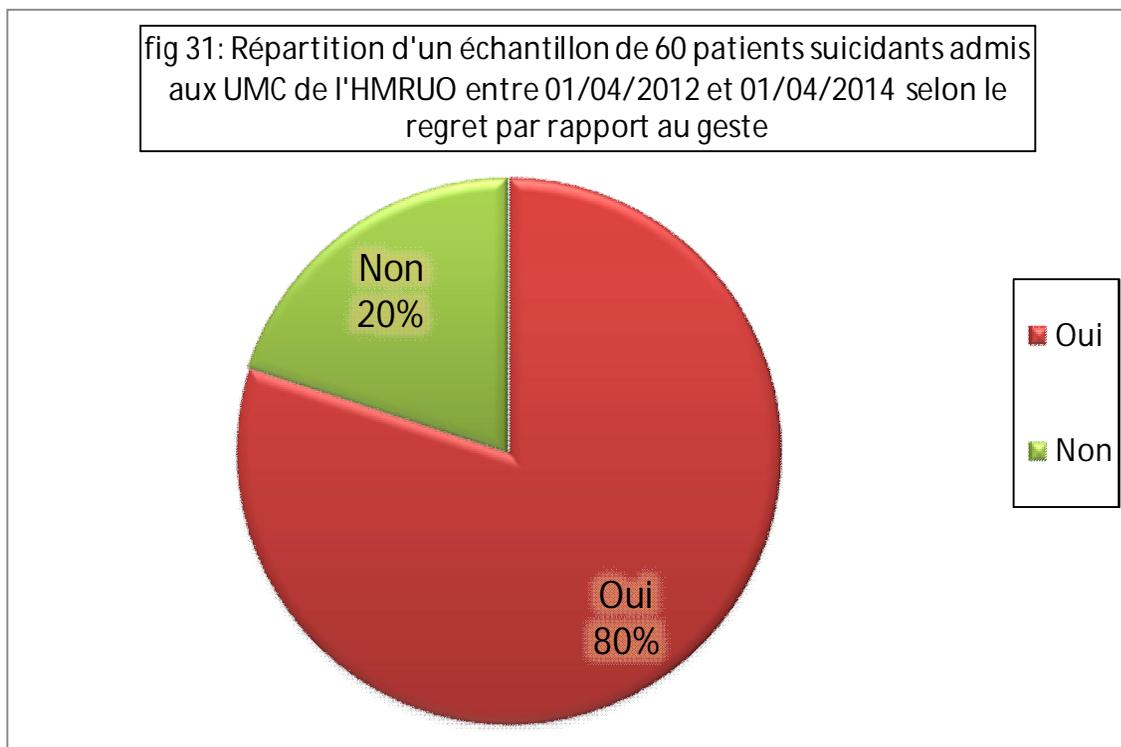
27 % sont des déceptions affectives.

Il s'agit généralement d'un événement récent qui fragilise le sujet et le rend incapable d'accepter un échec et de trouver une réponse à sa souffrance.

11 – Les regrets par rapport au geste :

Regrets par rapport au geste	Fréquence	Pourcentage
Oui	48	80%
Non	12	20%
Total	60	100,00%

Tab.31. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le regret par rapport au geste

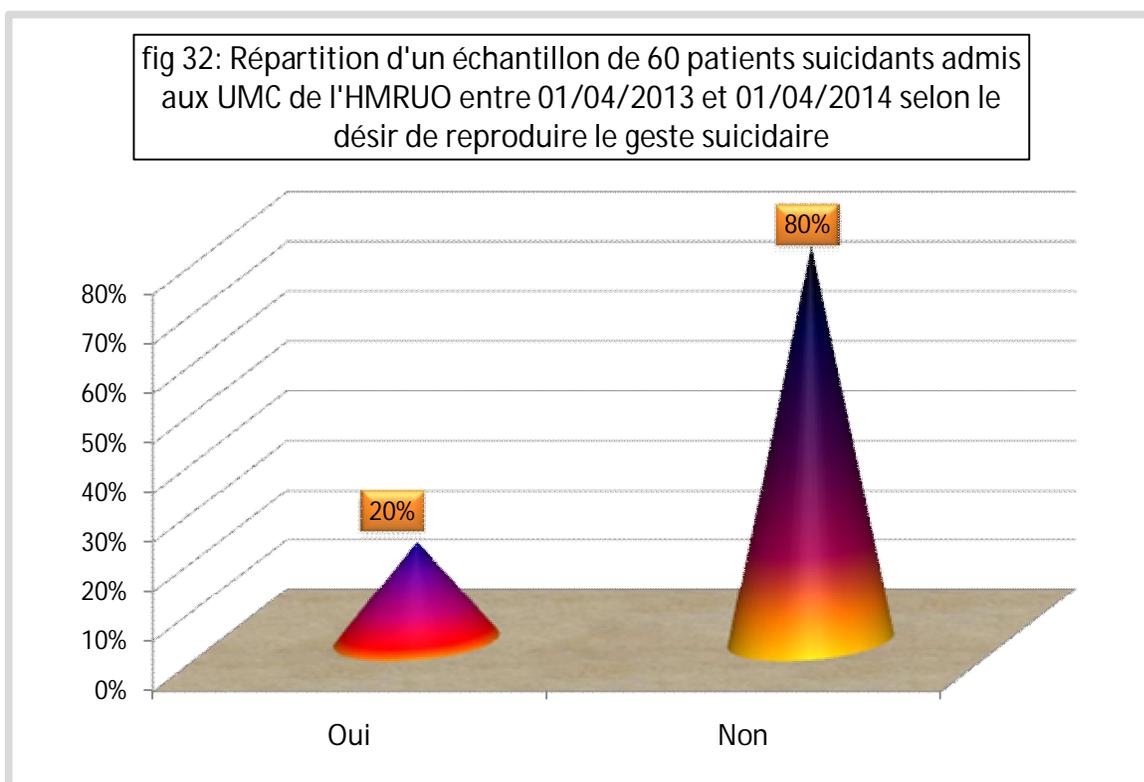


80 % des suicidants regrettent leur geste.

12 – Le désir de reproduire le geste :

Veut refaire une autre TS	Fréquence	Pourcentage
Oui	12	20%
Non	48	80%
Total	60	100,00%

Tab.32. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la reprise de la TS



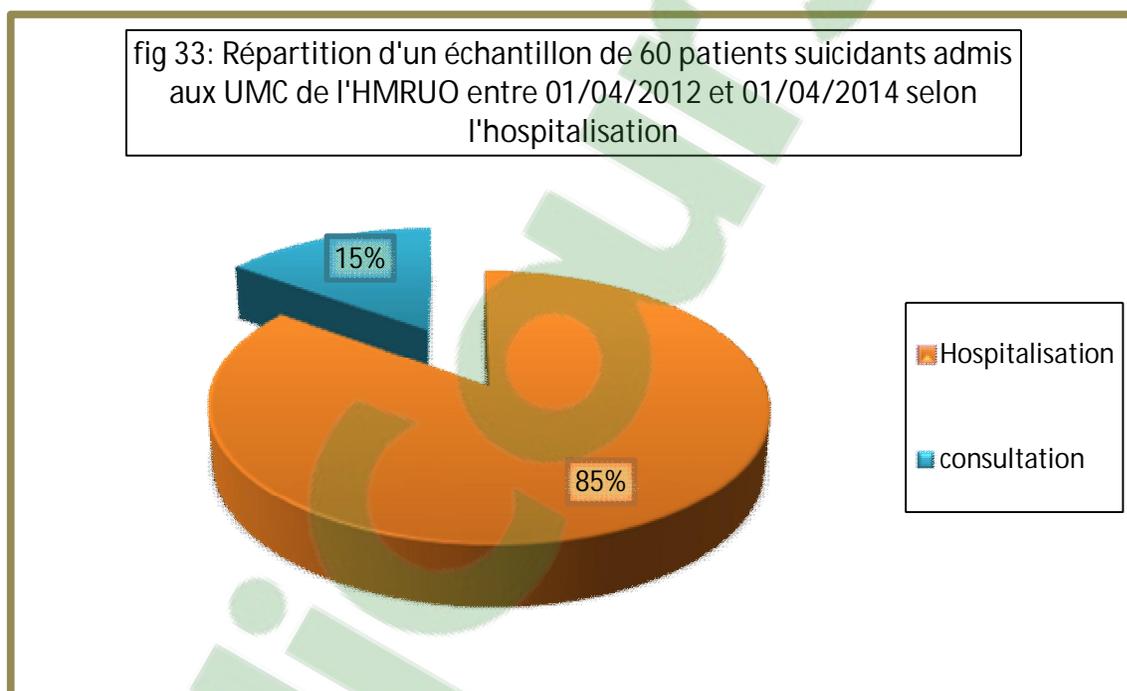
80 % des patients ne veulent pas refaire de TS. Contre 20 % qui insistent quant à la répétition de leur acte.

C'est à dire 1 malade sur 4 ce qui représente un grand facteur de risque pour le suicide de ses patients.

13 – Hospitalisation :

Hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
Hospitalisation	51	85%
Consultation	09	15%
Total	60	100,00%

Tab.33. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon l'hospitalisation

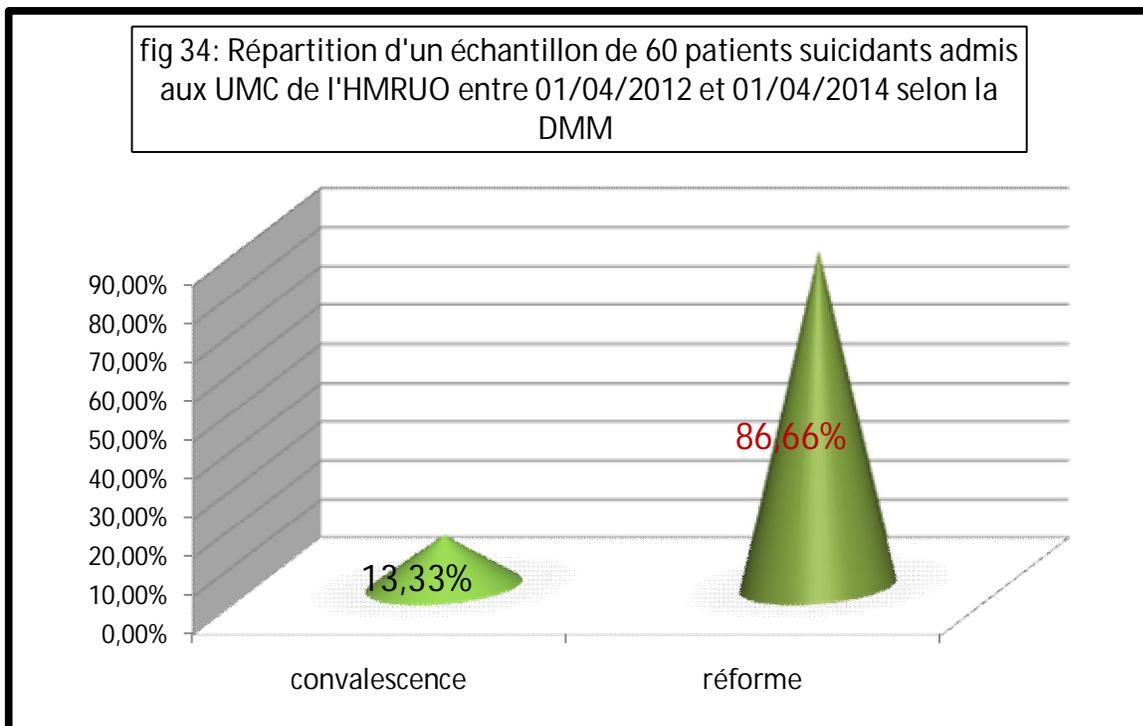


05 malades sur six sont hospitalisés à l'issu de la TS en psychiatrie ou dans un autre service c'est-à-dire 85 % contre 15 % non hospitalisés.

14 – DMM :

DMM	Fréquence	Pourcentage
Convalescence	08	13,33%
Réforme	52	86,66%
Totale	60	100%

Tab.34. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la DMM



Tous les patients ont bénéficié d'une décision médico-administrative à distance du passage à l'acte.

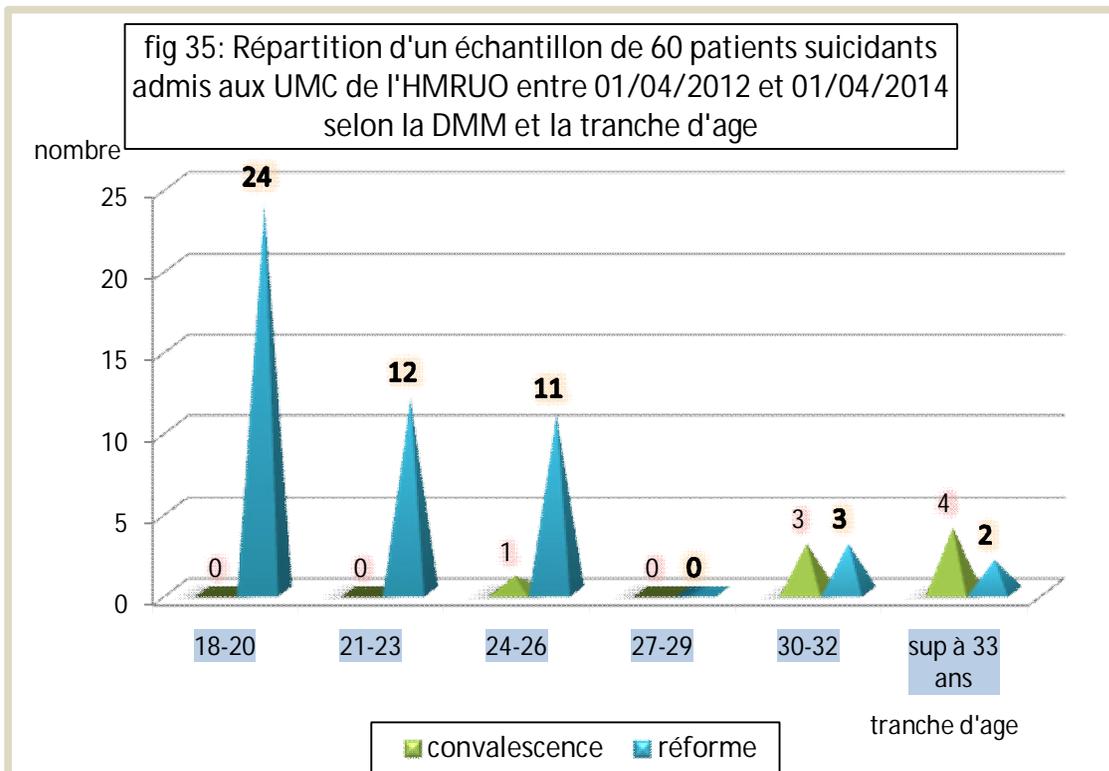
Une décision médico-militaire a été prononcée faite comme suite : près de 87 % de réforme est environ 13 % de congés long durée.

La décision de réforme est considérée comme étant une attitude médicale préventive et non pas une sanction administrative.

14. a- DMM et la tranche d'âge :

DMM	18-20	21-23	24-26	27-29	30-32	Sup 33
Convalescence	00	00	01	00	03	04
réforme	24	12	11	00	03	02
Total	24	12	12	00	06	06

Tab.35. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la DMM et la tranche d'âge



Si l'on compare la proportion des réformes selon les tranches d'âge dans le total des réformes le parallèle est similaire dans les tranches 18-20, 21-23 et 24-26. Le maximum de réformes est situé, dans la tranche 18-20. Et le minimum de réformes est dans la tranche 30-32.

La majorité des sujets proposés à la réforme est représentée par la tranche d'âge des 18-20 ans (N-24) 40%, suivi par la tranche 21-23 (N-12) 20%, et enfin la tranche d'âge 24-26 ans (N-11) 18%.

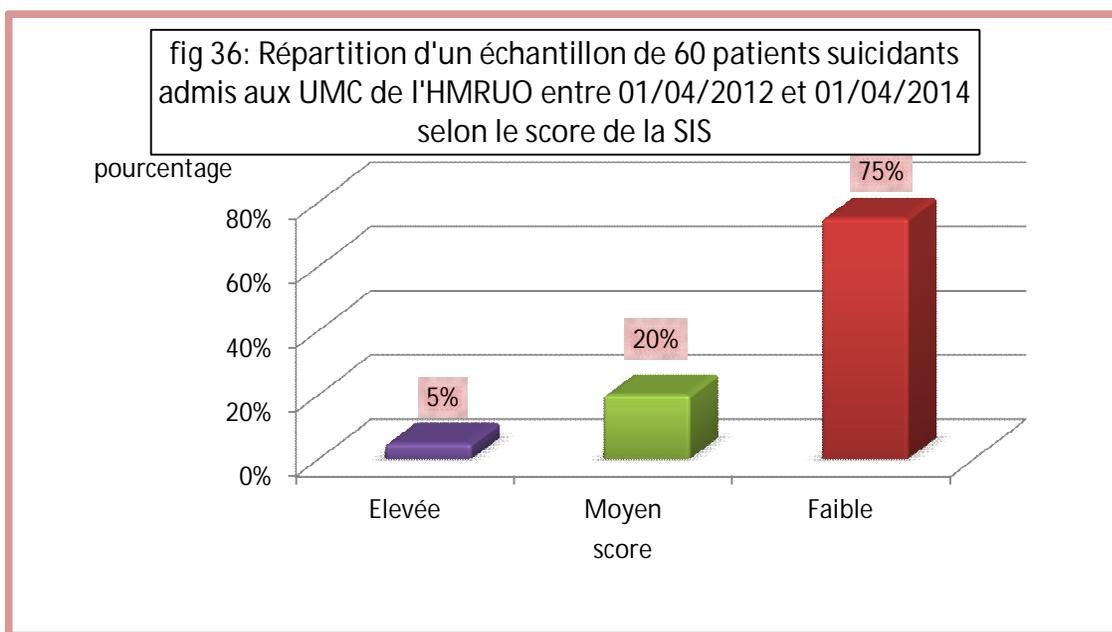
5% de réforme dans la tranche 30-32 ans

7% de réforme dans la tranche supérieure à 33 ans.

15. Le score de la SIS :

Score	Fréquence	Pourcentage
Elevée	03	05%
Moyen	12	20%
Faible	45	75%
Total	60	100,00%

Tab.36. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon le score de la SIS



En ce qui concerne les scores constatés de la SIS (l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa tentative de suicide), nous trouvons que :

20 % ont eu un score moyen ,75 % un score faible et 05 % un fort score.

—Intentionnalité *faible* : 0 – 3.

— Intentionnalité *moyenne* : 4 – 10.

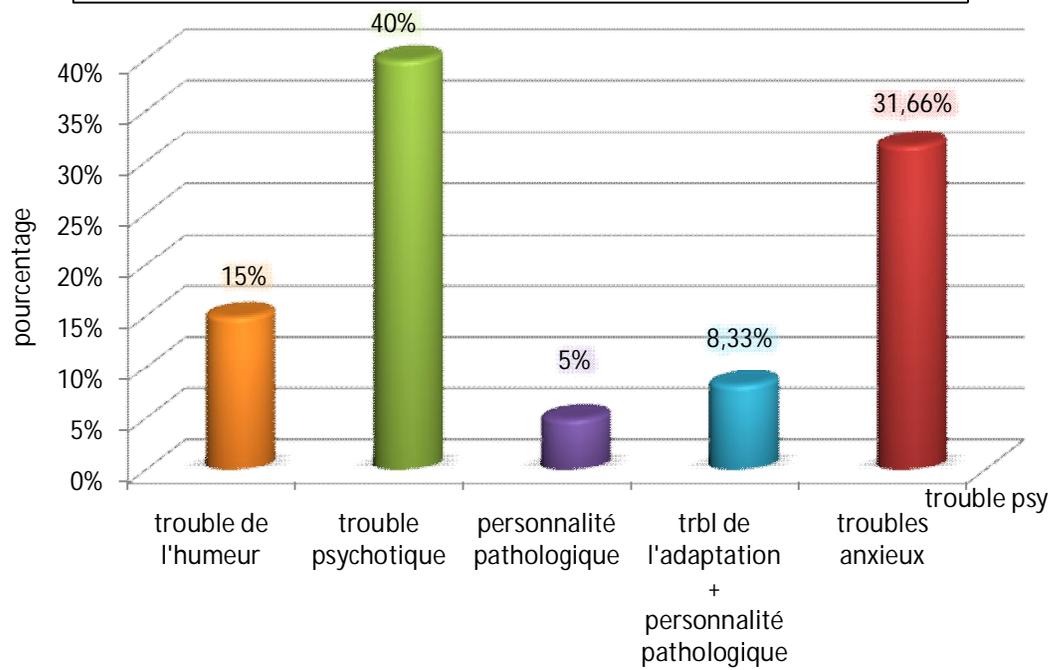
— Intentionnalité *élevée* : 11 -25.

16. La nature de la maladie:

Nature de maladie	Fréquence	Pourcentage
Trouble humeur	09	15%
Trouble psychotique	24	40%
Trouble anxieux	19	31,66%
Trouble de l'adaptation (axe I) + personnalité pathologique (axe II)	05	08,33%
Personnalité pathologique	03	05 %
Total	60	100%

Tab.37. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la nature de la maladie

fig 37: Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la nature de la maladie



Diagnostic psychiatrique au sens du DSM-IV, tous les patients présentent un trouble psychiatrique caractérisé au moment de la prise en charge.

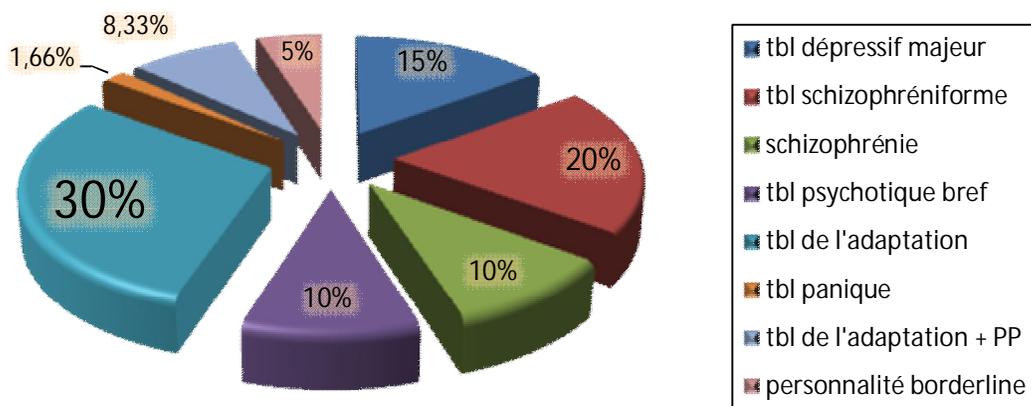
- Les troubles psychotiques sont les plus souvent retrouvés 40%, suivi par des troubles anxieux dans 32% des cas
- Nous avons ensuite les troubles de l'humeur qui représente 15% des cas puis vient le trouble de l'adaptation associé à une personnalité pathologique dans 8% et enfin les personnalités pathologiques dans 5% des cas.

17. La nature de la maladie en détail:

La nature de la maladie	Fréquence	Pourcentage
Trouble dépressif majeur	09	15%
Trouble schizophréniforme	12	20%
Schizophrénie	06	10%
Trouble psychotique bref	06	10%
Trouble de l'adaptation	18	30%
Trouble panique	01	01,66%
Trouble de l'adaptation + personnalité pathologique	05	08,33%
Personnalité borderline	03	05%

Tab.38. Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la nature de la maladie en détail

fig 38 :Répartition d'un échantillon de 60 patients suicidants admis aux UMC de l'HMRUO entre 01/04/2012 et 01/04/2014 selon la nature de la maladie en détail



Les troubles psychotiques se divisent en : - trouble psychotique bref : 10%
 - Trouble schizophréniforme : 20%
 - Et schizophrénie : 10%

Les troubles anxieux retrouvés dans 32% des cas avec une prégnance particulière du trouble de l'adaptation au milieu militaire 30%.

Trouble de l'humeur : 15%, essentiellement dépression. L'épisode dépressif caractérisé constitue également un diagnostic fréquent. A la vue de L'anamnèse et de la présentation clinique au moment de la prise en charge, le trouble thymique n'entraîne pas dans le cadre du spectre bipolaire.

Le trouble de l'adaptation ne constitue pas toujours le diagnostic principal au terme d'une consultation, mais peut coexister avec une autre trouble dans un cortège de symptômes confondus, notamment dans les registres des personnalités pathologiques, dans notre étude 8,33% des cas répondent au critère diagnostic de trouble de l'adaptation sur l'axe I du DSM IV associé à une personnalité pathologique sur l'axe II.

Nous trouvons dans 5% de personnalité borderline.

Dans notre étude, aucun patient n'a présenté un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Ceci peut paraître surprenant dans une population potentiellement davantage confrontée au réel de la mort que la population générale. . D'une part, cette pathologie fait L'objet d'une attention particulière de la part des médecins d'unité qui nous adressent rapidement ces patients en consultation. Une prise en charge précoce éviterait les passages à l'acte.

B- DISCUSSIONS :

1. Justification de l'étude :

Le recours aux soins de santé en milieu civil de patients militaires implique une perte de données statistiques qui est source de biais pour la surveillance épidémiologique du service de santé des armées. Par exemple, si un patient militaire consulte aux urgences d'un hôpital général après une tentative de suicide, les données de recours au système de soins seront ignorées du département d'épidémiologie et de santé publique des armées.

Pour explorer cette limite, nous avons réalisé une enquête car très peu d'études ont été diligentées sur les tentatives de suicide dans les armées Algériennes.

Nous avons aussi recherché s'il existait une psychopathologie sous-jacente particulière à la tentative de suicide, et nous nous sommes évidemment interrogés sur cette éventuelle psychopathologie

2. Représentativité de notre population :

Notre échantillon est de taille relativement modeste, ce qui limite la généralisation des résultats. Il faudrait un échantillon plus large pour resserrer les intervalles.

Il aurait été intéressant d'avoir, dans notre échantillon, des personnels féminins. Ce qui n'a pas été possible, car ces personnels ne sont pas hospitalisés au niveau de notre service de psychiatrie. Comme ce dernier n'assure que l'hospitalisation des hommes uniquement.

3. Atteinte des objectifs :

Cette étude nous a permis de reconnaître une « population type » en termes Sociodémographiques et psychopathologiques.

La population à risque de conduites suicidaires s'est révélée correspondre aux contractuels 50 % et aux actives 30 % de l'arme infanterie (40%) appartenant à des unités opérationnelles à 60 %.

Leur contrat est de quatre ans mais leur carrière peut durer 15 ans, à l'issue de leur contrat militaire, les engagés volontaires de l'armée de terre se reconvertissent dans la vie civile.

L'exploration de la psychopathologie sous-jacente révèle la présence d'un trouble psychiatrique dans la majorité des cas.

Les passages à l'acte sont la plupart du temps impulsifs 45%.

Le passage à l'acte est souvent l'apogée d'une crise psychique traduisant une désadaptation du sujet face à une situation familiale conflictuelle ou des difficultés professionnelles.

4. Biais :

4.1-Biais de sélection :

Choix de la population

Un militaire basé dans la 2° RM peut tout à fait consulter dans un autre hôpital militaire que celui dévoué à son unité de rattachement. La population de notre étude n'est ainsi pas représentative de la population militaire.

Les résultats n'ont pu être extrapolés aux effectifs militaires.

Notre étude ne s'est déroulée que dans un seul centre : HMRUO, Il faudrait étendre l'étude sur plusieurs centres.

Biais de survie sélective

Certains patients ont pu réaliser une tentative de suicide pendant un congé maladie passé dans une autre région que celle de la 2° RM.

En conséquence, ces données épidémiologiques sont manquantes.

Biais de « perdu de vue »

Certains patients ont quitté l'institution militaire après une conduite suicidaire, mais avant qu'une prise en charge psychiatrique ne soit instaurée, pour cause de fin de contrat, de retraite ou d'inaptitude médicale autre que psychique.

Ces données échappent donc à notre étude.

4.2-Biais d'information :

Le relevé des données médicales n'est pas exhaustif. Les antécédents médicaux personnels et familiaux, les facteurs de risque de trouble psychiatrique et l'éventuelle comorbidité organique ne sont pas colligés.

Biais de prévarication

Les militaires sont souvent réticents à accepter et à exprimer certains symptômes médicaux et notamment psychologiques. Ils peuvent occulter un antécédent suicidaire récent.

La peur du non respect de l'anonymat est à l'origine d'un autre biais de prévarication, notamment pour les sujets appartenant à des groupes quantitativement moindres (femmes, officiers.). Rappelons que le secret médical du médecin militaire peut être exceptionnellement partagé avec le commandement si des circonstances particulières, essentiellement opérationnelles, l'imposent. En pratique, le médecin d'unité incite le sujet à évoquer d'éventuelles difficultés professionnelles ou personnelles aux cadres compétents.

Biais de mémorisation

Pouvant être liés à une pathologie psychiatrique, ils peuvent aussi être le résultat du délai entre la date de la tentative de suicide et l'expression d'un mal-être ultérieur qui va faire revenir le praticien sur l'anamnèse.

Cet aspect illustre le hiatus entre la présentation clinique du patient au moment de la consultation et son état de santé mentale au moment du passage à l'acte.

Biais d'enquêteur

Dans notre étude, un seul enquêteur a procédé au recueil des données de manière standardisée et reproductible.

Il n'y a pas eu de cas contrôle dans cette étude. Il aurait fallu donner le questionnaire à d'autres militaires admis pour un autre motif qu'une tentative de suicide à l' HMRUO, afin de connaître la prévalence des tentatives de suicide chez les militaires.

4.3-Biais de mesure :

Un biais de mesure est à redouter lorsque le consultant parle peu ou mal un langage peu ou pas maîtrisée par le praticien.

Les traits de la pathologie mentale peuvent être sur ou sous estimés en fonction de présentations interculturelles particulières.

Les résultats de notre étude sont, dans l'ensemble, congruents aux données de la littérature. Les quelques différences observées peuvent être attribuées d'une part, aux biais inhérents à la méthodologie employée et, d'autre part, à la faible puissance des études publiées, en raison, le plus souvent, des faibles effectifs inclus.

L'interprétation des résultats de notre enquête doit être nuancée en raison des limites et des biais.

4.4- biais de recrutement :

En milieu militaire, la population est jeune dont l'âge ne dépasse pas la 50ème, donc notre échantillon est limitée.

5. L'originalité du sujet :

✚ Le sujet peut être considéré comme original, non pas, en raison du thème qui est la TS mais du fait de son application à la population militaire. Très peu d'études et de très rares recherches ont été effectuées sur ce thème. Et à notre connaissance, en Algérie, une étude récente faite sur les TS en milieu militaire au niveau de l'hôpital militaire régional universitaire de Constantine par Dr Yakhlef.

✚ L'aspect préventif de l'étude

Le simple fait, d'avoir pris connaissance de son existence peut-être constitué en soi un moyen de prévention. L'étude aura peut être contribué à une prise de conscience, une réflexion ou une sensibilisation du commandement.

✚ l'étude de la TS, permettra la confrontation, la comparaison et l'échange des résultats à un niveau national c'est-à-dire peu être avec les différentes régions militaires et pourquoi pas avec les autres centres hospitalo-universitaire.

6. Les éléments sociodémographiques :

Les données scientifiques concernant la suicidalité des militaires sont difficiles à retrouver dans la littérature. Les articles sur le sujet sont rares. Les articles publiés dans la revue *Military Medicine* sont essentiellement basés sur des données des armées américaines et israéliennes. Il nous est apparu illusoire de comparer ces résultats avec les nôtres étant donné les différences de recrutement entre les armées d'une part, et la différence d'engagement sur les théâtres des conflits internationaux d'autre part. Ainsi une partie du recrutement des personnels sous l'égide du Pentagone est réalisée dans des classes socio-ethnographiques particulières ; quant à Israël son recrutement est en grande partie fourni par le service militaire obligatoire qui dure trois ans.

Nous allons comparer nos résultats avec une enquête menée en France en 2007 intitulée : tentatives de suicide chez les militaires français : épidémiologie, facteurs de risque et psychopathologie. A propos de 39 observations cliniques. Et aussi aux résultats des d'une étude épidémiologique faite par Dr Yakhlef au niveau de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine/ 5^{ème} région militaire durant une période allant du 2012 au 2013.

a- l'âge :

Dans la littérature : Les tentatives de suicide étaient les plus fréquentes entre 15 et 35 ans et diminuaient ensuite. Des études conduites en population générale aux États-unis permettent d'estimer la prévalence sur la vie entière des TS à 4,6 % chez les 15-54 ans [étude NCS, Kessler, 1999]. Choquet et al. ont mis en évidence que 7 % des jeunes, entre 11 et 19 ans, déclarent avoir fait une tentative de suicide. [183] Fergusson et al. [184] ont constaté que 12 % d'une cohorte d'adolescents ont eu des idées suicidaires avant l'âge de 16 ans et que 3 % d'entre eux ont fait une tentative de suicide. Une revue récente de la littérature internationale [185] colligeant 128 études sur 513 188 adolescents a retrouvé un taux de 9,7 % de TS à un moment quelconque de leur vie, et 29,9 % d'idées suicidaires.

Dans notre échantillon ; La tranche d'âge des 18-20 ans représente 40 % des cas, suivi par celle des 21-23 ans et 24-26 ans chacune est représentée par 20 %, avant 26 ans. L'étude française retrouve 75 % entre la tranche d'âge 20-24. l'étude faite au niveau de la 5eme région militaire entre 2012-2013 retrouve 35% % entre la tranche d'âge 21-23, 79% avant 26 ans.

Les moyennes d'âge sont comparables à celles de la littérature, avec la tranche d'âge la plus représentée des 18-26 ans.

Effectivement, la population militaire est représentée par des sujets jeunes.

b- le sexe :

En ce qui concerne le sexe des patients, nous retrouvons une surreprésentation masculine (100%), en raison de la constitution de la population militaire. Les résultats de notre étude concordent donc avec ceux de la littérature qui mettent en évidence une nette prédominance du sexe masculin parmi les suicidants.

Nous cohorte est représenté exclusivement par le masculine. Celle de l'étude française près de 82 % de sexe masculin. L'étude militaire au niveau de la 5^{ème} région militaire retrouve près de 97.70% de sexe masculin.

c- statut marital :

Selon plusieurs études, nous pouvons noter que :

- Le veuvage ou le divorce sont identifiés comme des facteurs de risque de suicide aboutis (Hirschfeld 1997) ;
- L'absence d'enfants de moins de 18 ans à domicile vient s'ajouter aux risques précédents dans les autopsies psychiques de Gliato (1999).
- Dans notre étude, nous avons trouvé une part importante de patients vivant seuls (90 % : 80% célibataire et 10% divorcé).
- L'étude faite au niveau de la 5eme région militaire entre 2012-2013 retrouve près de 91% de patients célibataires.

- La même étude française retrouve 87 % célibataire.
- Classiquement, les personnes vivant seuls ont un risque suicidaire plus important que celles vivant en milieu familial, du fait de l'isolement social.
- Le fait d'être, célibataire, sans enfant ou de manière générale l'isolement socio-affectif semble être un facteur de risque de suicide chez les jeunes militaires.
- La situation matrimoniale représente un indicateur peu précis du degré de solitude du patient. Néanmoins, le fait de vivre seul (séparé, divorcé, veuf ou célibataire) constitue en soi un facteur de risque de conduite suicidaire.

d- facteur de stress :

Une étude faite aux Etats-Unis sur une population de suicidés retrouvait fréquemment des événements de vie stressants pouvant avoir précipité le passage à l'acte par exemple un conflit conjugal, une rupture conjugale ou sentimentale, des difficultés financières, une maladie physique ou encore un problème judiciaire. Les facteurs précipitants étaient plus souvent une rupture sentimentale (WEINBERGER et al, 2000).

Dans notre étude 80 % des patients ont été confrontés à un des facteurs de stress dans les semaines avant la TS.

Les conflits familiaux est le motif le plus retrouvé dans notre étude, représenté par 33 %, suivi de déception affective dans 27% des cas, l'étude faite au niveau de la 5^{ème} région militaire retrouve le même motif dans 60,5% des cas.

Ces conflits familiaux peuvent être expliqués par les problèmes de communication au sein de la famille.

e- Niveau d'instruction :

Pour notre étude, nous observons une fréquence relativement importante du niveau scolaire secondaire soit 50 % des cas, en relation avec la constitution de l'effectif de l'ANP et de notre échantillon qui compte d'hommes de troupes et sous officiers dont le niveau d'étude correspond au secondaire d'une part, d'autre part ces jeunes adolescents n'en pas de qualifications professionnelles.

90 % avaient un niveau scolaire inférieur au baccalauréat avec respectivement 30 % présentant un niveau scolaire moyen et 50 % un niveau scolaire secondaire. L'étude faite au niveau de la 5^{ème} région militaire entre 2012-2013 retrouve 79% de patients qui ont un niveau scolaire inférieur au baccalauréat.

f- La perte des parents :

La situation des parents est, somme toute, assez rarement étudiée dans les travaux portant sur les suicidants. Dans notre étude, dans 90 % cas. Les deux parents étaient en vie. L'étude faite au niveau par Dr (5^{ème} région militaire) retrouve que près de 84 % les deux parents étaient encore en vie au moment du geste suicidaire

8. Caractéristiques cliniques :

a) Hospitalisation en psychiatrie :

La notion d'une hospitalisation antérieure nous a permis d'évaluer la proportion de patients ayant été pris en charge dans une structure spécialisée. Nous constatons que cette proportion est faible (2 % des cas). Celle de la 5^{ème} région militaire retrouve près de 2.3% des cas.

Les troubles psychiatriques de manière générale constituent un facteur de risque suicidaire

b) Antécédents personnels de consultation en psychiatrie :

notre étude met en évidence une forte proportion de sujets suivis par un spécialiste avant le passage à l'acte. En effet, près de 20 % des suicidants avaient un suivi psychiatrique ou psychologique avant le geste. L'étude au niveau de la 5^{ème} région militaire retrouve près de 21% de consultants. En effet, les troubles psychiatriques de manière générale constituent un facteur de risque suicidaire

c) Antécédents personnels d'une tentative de suicide :

Une majorité des suicidants n'avaient pas d'antécédent suicidaire personnel, ce qui est admissible en milieu militaire sachant que la TS est passible d'une traduction devant le tribunal militaire, et souvent sanctionnée par une inaptitude au service armé. Toutefois, une proportion non négligeable, et suffisamment importante pour que nous en tenions compte, avait déjà effectué un geste suicidaire antérieurement (5 %) Or, il est actuellement montré que le facteur de risque le plus puissant de suicide abouti est la présence, dans les antécédents, d'une ou plusieurs tentatives de suicide.

L'existence d'antécédents de tentatives de suicide multiplierait le risque de suicide par 40. Cette donnée montre, toute l'importance de la prise en charge des suicidants pour ce qui est de la prévention secondaire.

Dans notre étude il s'agit majoritairement 95 % de primo-suicidants, et 5% avaient déjà réalisé un geste suicidaire. Nos résultats sont comparables avec les données de la littérature.

L'étude française faite en 2007 et qui concerne un homme dans 78 % des cas, cette donnée est unanimement retrouvée dans la littérature militaire. Celle de Dr (5^{ème} région militaire) retrouve près de 79% de primo-suicidants.

Les antécédents de tentative de suicide sont retrouvés à des taux variables dans la littérature, en fonction de la population étudiée.

d) Usage de substances psycho actives :

Dans notre étude, nous constatons une faible proportion de sujets dépendants à l'alcool seul près de 10% des cas, par rapport à la consommation d'alcool avec d'autres substances (30%). Il faut dire que les patients sont réticents à rapporter de tels informations les concernant par peur de sanctions de la part de la hiérarchie.

e) Le jour de la tentative de suicide :

Le jour du geste suicidaire était reporté à 30 % à une journée de la semaine (Mardi). Celle de Dr Ykhlef retrouve près de 30% de tentative de suicide était réalisée le Mercredi.

En effet, les militaires restent au sein de l'unité pendant la semaine, ils ont le droit à une permission le week-end, ce qui explique le pourcentage le plus élevé trouvé dans notre étude.

f) L'heure de la TS :

Le moment de la journée (matin, après-midi, soir, etc.) au cours duquel la tentative de suicide s'était produite était précisé dans 40 % entre 12 h-20h, c'est le moment où l'anxiété devient intense.

g) L'idéation suicidaire :

Les idées suicidaires ont été retrouvées chez 60 %. Cela correspond aux résultats trouvés dans la littérature. L'étude faite au niveau de la 5^{ème} région militaire près de 12% des patients avaient des idées suicidaires.

Il a été d'ailleurs observé que la communication d'idées suicidaires à des tiers est retrouvée dans 60% des suicides (Ladame F et col 1995), mais le plus souvent peu de réponses adaptées ont été proposées par ces tiers. Si le patient a présenté des symptômes de dépression, en particulier de désespoir, il est capital d'évaluer l'intentionnalité suicidaire (Gliatto 1997). Il importe notamment de rechercher la présence d'un projet suicidaire, et de préciser la fréquence, l'intensité, la durée des idées suicidaires, ainsi que leur caractère éventuellement envahissant.

h) Le lieu de la tentative de suicide :

La majorité des suicidants ont effectué leur TS à l'unité environ 70 % des cas, le même pourcentage est retrouvé dans l'étude faite au niveau de la 5^{ème} région militaire (2012-2013). L'unité est considérée comme un lieu stable, durable et habituel pour le militaire. Tout simplement le militaire vit dans l'unité.

Le fait que l'unité soit un lieu fréquemment choisi par les suicidants, nous amène à formuler l'hypothèse que le geste suicidaire est, dans un certain nombre de situations, adressé à l'autre ou à une dimension relationnelle importante.

i) Diagnostics psychiatriques :

Des études menées tant dans des pays industrialisés qu'en voie de développement, démontrent que la majorité des conduites suicidaires révèlent un diagnostic de désordre mental.

Esquirol est allé plus loin dans sa thèse psychiatrique en considérant que le suicide est un symptôme et que tout suicidant est un malade mental [99].

Le diagnostic d'une pathologie psychiatrique au niveau de l'axe I (trouble anxieux 40 %, trouble schizophréniforme et schizophrénie 30%) était associé à un diagnostic de trouble de personnalité au niveau de l'axe II (8 %).

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

Dans notre série, et contrairement à ce que sont retrouvés dans les études étrangères –où les troubles dépressifs occupent le premier rang- les troubles psychotiques, troubles anxieux représentaient les trois quart des cas.

Les jeunes militaires rencontrent des difficultés dans leur relation à l'autre. Le rapport avec les autres devient un phénomène d'autant plus prégnant et anxiogène qu'il est inévitable. Cela peut expliquer en partie le passage à l'acte des jeunes recrues dans les premiers mois de leur arrivée dans leur unité.

Le trouble de l'adaptation au milieu militaire est un motif fréquent. Ainsi dans notre étude, nous remarquons 30 % de trouble de l'adaptation au milieu militaire (28% dans l'étude faite au niveau de la 5^{ème} RM) et 8% de trouble de l'adaptation associé à une personnalité pathologique.

j) Personnalité pathologique :

Ce type de personnalité est trouvé chez 32,4% des jeunes suicidants hospitalisés [124].

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

Dans notre étude, nous trouvons la personnalité borderline et c'est la personnalité la plus fréquente.

k) Le déroulement de l'acte :

Dans notre cohorte près de 45% des patients étaient impulsifs dans 35% des cas présentant une angoisse. Près de 56% de patients ont tenté a leur vie par impulsivité dans l'étude de la 5^{ème} région militaire.

La propension et le rôle de l'impulsivité dans le suicide apparaissent comme étant inversement corrélés à l'âge : plus l'âge augmente et moins l'impulsivité est incriminée dans les déterminants du passage à l'acte.

La dimension d'impulsivité serait souvent associée d'une part aux conduites suicidaires chez les sujets jeunes, d'autre part à la personnalité borderline.

l) Les modalités opératoires :

En ce qui concerne les modalités opératoires utilisés par les candidats au suicide, dans notre échantillon ; la phlébotomie 33,33% occupe la première place, suivi par l'ingestion volontaire des médicaments dans 20% des cas puis l'arme à feu dans 10% des cas.

Les moyens utilisés entre 2012-2013 (5^{ème} région militaire) sont dominés par la phlébotomie 21 % suivie par l'arme à feu dans près de 19% des cas puis l'ingestion volontaire de médicament 14 %. Dans l'étude française l'intoxication médicamenteuse occupe la première place 64% puis la phlébotomie dans environ 15%.

En dehors des hypothèses psychopathologiques, certains auteurs ont tenté d'identifier différents facteurs pouvant déterminer le choix du moyen.

SEIDEN a en effet proposé trois facteurs qui, selon lui, se combinent pour orienter le choix du moyen : l'accessibilité ou la disponibilité du moyen ; la suggestion ou la contamination du choix du moyen ; la valeur symbolique et psychologique du moyen.

Nous suggérons l'existence d'une possible relation entre les traits impulsifs et le choix du moyen chez les jeunes militaires. Le passage à l'acte suicidaire par arme à feu aurait donc une dimension impulsive particulièrement importante par rapport à d'autres moyens.

Dans notre échantillon, nous constatons un fort pourcentage de phlébotomie et de l'ingestion volontaire des médicaments. Ceci peut être le fait d'une crise existentielle, notamment lorsque les liens du sujet avec l'institution sont rompus.

m) La décision médico-militaire :

Près de 87 % des patients suicidants ont été déclarés inaptes au service armé et 13 % ont bénéficié de congés de longue durée.

L'étude de la 5^{ème} région militaire retrouve également 88% de réforme.

La prise d'une décision médico-militaire par le psychiatre est indispensable car toute tentative de suicide peut bouleverser l'entourage et peut engendrer le suicide par contagion.

Il nous a paru intéressant de récapituler les différences et similitudes entre notre étude et celle du Dr Ykhlef qui a porté sur un échantillon assez comparable au niveau d'une autre région militaire (tableau39).

		Etude au niveau de la 5^{ème} RM 2012-2013	Notre étude au niveau de la 2^{ème} RM 2012-2014
Sexe	Masculin	98%	100%
	Féminin	2%	00%
Tranche d'âge	18-20 ans	–	40%
	21-23	35%	–
	Avant 26 ans	79%	80%
Statut marital	Célibataire	91%	80%
	divorcé	00%	10%
Existence d'un facteur de stress		53,5%	80%
Niveau d'instruction	moyenne	56%	30%
	secondaire	23%	50%
	avant le BAC	79%	80%
ATCD personnels de TS		21%	05%

Substance psycho-active la plus consommée	Plusieurs substances	26%	–
	Alcool + cannabis	–	20%
Moyen le plus utilisé	Phlébotomie	21%	33,33%
	Ingestion de médicament	14%	20%
	Arme à feu	19%	10%
Lieu de la TS	Unité	70%	70%
L'heure de la TS	12-20h	56%	40%
Jour de la TS	Mercredi	28%	–
	Mardi	–	30%
Déroulement de l'acte	Impulsif	56%	45%
Motif invoqué	Conflits familiaux	60,5%	33%
DMM :	Réforme	88%	87%
	convalescence	12%	13%
Nature de la maladie	Trouble de l'adaptation	28%	30%

Tab 39 : Comparaison avec une étude faite au niveau de la 5^{ème} région militaire 2012-2013

9. La sélection :

Nous finirons ce chapitre en disant que les militaires sont normalement « triés » par les divers centres de recrutement. Cette étape débute par la visite de recrutement qui joue un rôle de véritable « filtre », son but est d'éliminer le hasard dans le choix. En effet, en écartant les sujets malades et les sujets prédisposés, elle préserve ces derniers de la survenue de maladies parfois graves, souvent longues, dont le résultat est, pour l'armée, une lourde charge, une diminution du rendement militaire et des perturbations de la collectivité.

Cette action prophylactique trouve son efficacité ; et nos résultats (notre étude et celle qui a été faite par Dr Yakhlef à l'HMRUC entre 2012 et 2013) montrent clairement que le nombre de tentatives de suicides sont largement inférieur aux résultats retrouvés dans les différentes études en milieu civil.

Certes le filtre n'est pas parfait, mais il est perfectible. Il ne s'agit plus de déceler uniquement les troubles mentaux mais aussi de faire un pronostic d'adaptation.

Le pronostic d'adaptation étant le problème qui se pose en tout premier lieu, alors que déjà nous éprouvons une très grande difficulté à comprendre le processus de ce phénomène chez un adolescent en « situation normale », qui pourra dire que tel ou tel sujet s'adaptera ou non au milieu militaire ?

Il y a une importante différence entre un diagnostic de personnalité et un pronostic de comportement. C'est ainsi qu'apparaît dans notre quotidien et dans nos réflexions, la notion nouvelle de vulnérabilité des individus. [55]

Les études diachroniques en milieu militaire ont tendance à démontrer que la clinique sous-estime cette notion de vulnérabilité.

La question d'adaptabilité et de vulnérabilité soulève toujours un problème. Puisqu'à côté de la prédisposition susceptible d'entraîner à elle seule la décompensation d'un sujet, intervient le rôle fondamental de l'événement vécu par chacun selon son histoire que le sélectionneur ne connaît pas ou ne peut connaître.

Nous pouvons dire que la collectivité militaire offre des aspects dynamiques profonds, souvent positifs, qui ne peuvent être sous-estimés et nous ne pouvons qu'insister sur les aspects constructifs qu'elle apporte aux jeunes adultes. Nous terminons sur les notions de « leadership » et de « moral » qui revêtent une importance capitale et toute particulière en temps de guerre, où elles constituent une des bases de la psychoprophylaxie. [55]

CONCLUSION

La question du suicide reste une interrogation médicale, sociale, philosophique et éthique. D'autres travaux de recherche seront nécessaires pour préciser l'épidémiologie, la psychopathologie et les moyens de prévention des comportements auto-agressifs dans l'armée Algérienne.

Dans l'avenir, nous réfléchissons à une étude épidémiologique et psychopathologique prospective multicentrique et incluant des entretiens cliniques structurés, dont la finalité ne sera pas de dresser un « portrait robot » déshumanisant du suicidant, mais au contraire de réinscrire l'acte auto-agressif dans la singularité du sujet pour élaborer un sens au passage à l'acte afin de prévenir une récurrence.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive qui a mis en évidence une sous-population de militaires particulièrement concernée par le risque auto-agressif.

Nous avons réuni des conceptions théoriques diverses tant neurobiologiques que socio-environnementales pour proposer des moyens de préventions pratiques destinés aux protagonistes du système administratif et ceux du système de soins.

Dans l'étude théorique, nous avons mis en exergue les principaux facteurs de risque de suicide, l'approche sémiologique descriptive des tentatives de suicides, la proportion du risque suicidaire dans les groupes de patients présentant des troubles mentaux, les particularités psychopathologiques des tentatives de suicides chez l'enfant, l'adolescent et le

sujet âgé, les différentes hypothèses neurobiologiques impliquées dans le déterminisme des tentatives de suicides.

Notre étude pratique de type prospective porté sur un échantillon de 60 patients adressés par les médecins des différentes unités de la 2^o région militaire pour une tentative de suicide et hospitalisés au service de psychiatrie durant la période allant du 01 avril 2012 au 01 avril 2014. Dans le but de répondre aux objectifs de notre travail, nous avons pu dégager les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des tentatives de suicide et évaluer le profil des suicidant militaires.

Une représentation masculine caractérise notre échantillon, la tranche d'âge la plus touchée est celle des 18- 20 ans (jeunes suicidants). 90% de nos suicidants ont un niveau scolaire inférieur au baccalauréat tandis que le niveau universitaire est sous-représenté avec seulement 10% des patients. 80% des patients sont célibataires et 10% divorcé sans enfants. Les primosuicidants représentent 95% pour 5% de suicidants récidivistes. Le moyen le plus utilisé est la phlébotomie avec une fréquence relative de 33% suivi de l'ingestion volontaire médicamenteuse avec une fréquence relative de 20%. Les conflits familiaux sont largement invoqués par nos patients suicidants suivi de conflits affectifs. Le score de l'intensité du désir de mort au moment de sa tentative de suicide est Fort (75%).

Les troubles diagnostiqués sur l'axe I du DSM IV sont représentés par : trouble de l'adaptation (30%) ; Trouble schizophréniforme (20%) ; Trouble dépressif majeur (15%) ; Schizophrénie (10%) ; Trouble psychotique bref (10%) ; Trouble panique (2%) ;

Sur l'axe II nous trouvons 5% de personnalité pathologique essentiellement représenté par la personnalité borderline et 8% de l'association d'un diagnostic sur l'axe I et l'axe II (trouble de l'adaptation + personnalité pathologique).

La tentative de suicide n'est pas un geste anodin, sans lendemain: celui qui a attenté à sa vie peut exprimer son réel désir de mourir ou un appel de détresse. C'est à partir de cela que nous devrions nous interroger à la fois sur la santé de l'individu et sur celle de son institution; et intervenir dans une double perspective de guérison et de prévention.

RECOMMANDATIONS

➤ A court terme :

- tout suicidant doit bénéficier d'un avis psychiatrique dans les 24 heures qui suivent son admission. A défaut d'un avis psychiatrique, nous préconisons la recherche systématique des critères d'un épisode dépressif.
- Il est recommandé de repérer systématiquement les consommations des substances psychoactives par un examen clinique minutieux et, si besoin, des examens complémentaires sur signes d'appel.
- Eviter de réagir par des paroles ou des contre-attitudes susceptibles de retentir négativement sur le suicidant. L'efficacité d'un apport psychothérapeutique est liée au degré de la relation de confiance nouée avec le sujet.
- La famille du suicidant doit être reçue par le psychiatre ou le psychologue clinicien au moins une fois.
- Analyser l'impact de l'acte suicidaire sur les proches.

➤ A moyen terme :

- Organisation des journées scientifiques régionales sur les conduites suicidaires.
- Prévenir les récurrences par une bonne analyse des facteurs de risque associés à la conduite suicidaire et mettre en branle d'éventuelle prise en charge thérapeutiques.
- Impliquer la famille dans la prise en charge thérapeutique car elle est souvent au centre de la problématique suicidaire.

- Eviter plusieurs écueils en rapport avec la dramatisation, l'indifférence, la banalisation et les rationalisations, manifestées par la famille, qui risquent de favoriser un nouveau passage à l'acte.
- Le renforcement du dépistage des problèmes de santé mentale au cours des examens médicaux périodiques.
- La disposition d'un système de surveillance destiné au contrôle de soins de santé mentale en garnison.
- Le suivi systématique des patients à risque élevé permet de réduire le risque de comportements suicidaires.
- L'amélioration de l'efficacité de la sélection psychologique des nouveaux recrues. Une plus grande place accordée à l'approche psychologique et psychiatrique afin de détecter les failles internes.
- La prolongation de la période probatoire (qui est d'une durée de trois mois), qui succède à l'incorporation, car la nouvelle recrue enfin plongée dans son milieu professionnel dissimule difficilement un trouble adaptatif ou une psychopathologie quelconque.

➤ **A long terme :**

- 1- Organisation d'un projet de recherche sur le phénomène suicidaire :

Nous proposons :

- une déclaration obligatoire de tout suicide et de tentative de suicide aux observatoires régionaux de la santé pour mettre à la disposition des chercheurs une base de données fiables concernant les indicateurs de morbidité et de mortalité suicidaire en Algérie.

- La création et l'élaboration d'un centre national d'épidémiologie sur les causes médicales du décès.
- La création d'un réseau informatique entre les différents instituts médicolégaux et éventuellement le centre épidémiologique, et le département de la justice.
- L'autopsie psychologique apparaît comme un outil de choix.
- La création d'un observatoire des suicides et des conduites suicidaires en Algérie. Le but de cet observatoire serait d'établir une base de données commune sur les tentatives de suicide et les suicides aboutis, issus de la collaboration des différents acteurs ayant affaire aux suicidants pour mieux appréhender le phénomène suicidaire sous divers angles et permettre une prévention du passage à l'acte.

2- L'enseignement de la spécificité de la psychiatrie militaire pour les étudiants en médecine

- Il convient d'inclure dans les études de médecine l'enseignement de la sémiologie et des facteurs de risque de comportement autoagressif.
- la traduction en arabe et la validation de l'échelle d'intentionnalité et d'idéation suicidaire de Beck.

3 – La mise en place d'une législation plus stricte en matière du suicide.

- La mise en place d'une loi plus stricte, dans un but préventif, pour réduire l'accès au moyen du suicide.

4 – Envisager, dans l'avenir, des études scientifiques plus approfondis en rapport avec la recherche génétique et biologique en suicidologie.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- [1]: DURKHEIM E. Le Suicide. Paris [France], Alcan, 1897.
- [2]: HALBWACHS M. Les causes du suicide. Paris : Alcan, 1930.
- [3] : OMS. Le suicide problème de santé énorme mais évitable. Genève, le 8 Septembre 2004.
- [4]: BEIGNER (B), la mort, fascicule 70 du juris- classeur civil n°23
- [5] : VEDRINE.J, SOREL. P et WEBER. D, sémiologie des conduites suicidaires. E. M. C psychiatrie, 37-114-A-80,1996,p8
- [6] : ROUAN G., PEDINIELLI JL., GIMENEZ G. Le suicide est-il le meurtre de soi-même ? La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Décembre 2000, Tome IV, n°43 : 70-73.
- [7] : BENSMAIL B. le psychiatre aujourd'hui Alger O.P.U.1992
- [8] : ANUSAKSATHIEN NARONGDAJ. Thèse de doctorat en psychologie clinique (le test du dessin du personnage chez le sujet suicidaire). 31 mars 2011 à Poitiers, p29-30-31].
- [9] : MICHELA CANEVASCINI. Le suicide comme langage de l'oppression. Ethnographie d'un service d'urgence en psychiatrie, thèse de doctorat des sciences sociales lausanne 2012, p12]
- [10] : FREUD S. Deuil et Mélancolie.In : Métapsychologie. Paris : Gallimard, 1968 :147-174
- [11] : FREDERICK DIONNE, LE PSYMAL ET LES CONDUITES SUICIDAIRES : la théorie, la pratique et la recherche, thèse présentée à l'université de Quebec à trois-Rivières. Juillet 2008, p :5-6,23-24.]
- [12]: MORON P. Le suicide. Presse universitaire de France ; Paris;1979 (2ème édition):463.
- [13]: VEDERINE J. DOUBIER J.P. Signification et prévention de suicide. Rev.Prat.1987 37 [13] 731-736.
- [14]: MINOIS G. History of suicide: voluntary death in Western culture. Baltimore, Maryland [États-unis d'Amérique], Johns Hopkins University Press, 1999.

- [15] : ROUAN G., PEDNINELLI JL., GIMENEZ G. Le suicide est-il le meurtre de soi-même ? La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Décembre 2000, Tome IV, n°43 : 70-73.
- [16]: SHNEIDMAN E. Definition of suicide. New York [États-unis d'Amérique], John Wiley & Sons, 1985.
- [17]: DIEKSTRA RF W. GULBINAT W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. Geneva: WHO, 1993:1-46.
- [18]: PLATT. S et Coll The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Acta psychiatr scand 1992: 87, 97-104
- [19] : CIM 10/ICD 10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. OMS/Masson, 1993
- [20] : J.P. KAHN. Risque suicidaire de l'adulte : identification et prise en charge. Cours de psychiatrie CNUP, module 3, question 44, page 21, CHU Angers
- [21] : PAYKEL ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. British Journal of Psychiatry, 1974, 124:460–469.
- [22]: KESSLER RC, BORGES G, WALTERS EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1999, 56:617–626.
- [23] : CONFERENCE DE CONSENSUS. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte long. Fédération Française de Psychiatrie ,19-20 octobre 2000.
- [24] : PIERRE JUILLET. Dictionnaire de psychiatre. Éditions CILF Hubert Joly Paulin Journeau Abdelouahab Ayadi.ISBN:285319-279-2.Editions 2000.
- [25] : ENCYCLOPEDIE LIBRE de Wikipedia. Article:attentat-suicide.
- [26] : BRIAN-L MISHANA, MICHEL TOUSIGNANT. Comprendre le suicide. Les Presses de l'Université de Montréal, 2004/ISBN 2760618722, 9782760618725 ,172 pages.

- [27] : HANUS M. Le deuil après suicide. Paris: Maloine; 2004.
- [28] : BADEYRAN G, PARAYRE C, MOUQUET MC, TELLIER S, DRAGOS S, ELLENBERG E. Suicides et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique. Paris : DRESS, Etudes et Résultats n109, 2002.
- [29] : MOUQUET MC, BELLAMY V, CARASCO V. Suicides et tentatives de suicide en France. Paris : DRESS, Etudes et Résultats n488, 2006, 1-8.
- [30] : CHAPPERT JL, PEQUIGNOT F, PAVILLON G, JOUGLA E. Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicides : biais et impact sur les données nationales en France, partir des causes indéterminés quant l'intention. Paris : DREES CépiDc, séries Etudes, 2003, 45p.
- [31] : JOUGLA E, PEQUIGNOT F, CHAPPERT JL, ROSSOLLIN F, LE TOULLEC A, PAVILLON G. La qualité des données de mortalité par le suicide. Revue Epidémiologique de Santé Publique 2002 ; 50 (1) : 49-62.
- [32] : GOLBERG M, LECLERC L, BONENFANT S, CHASTANG JF, SCHMAUS A, KANIEWSKI N, ZINS M. Cohort profile : the GAZEL cohort study. International Journal of Epidemiology 2007 ; 36 (1) : 32-39.
- [33] : GOLDBERG M, LECLERC A, CHASTANG JF, MORCET JF, MARNE MJ, LUCE D, BOUMENDIL E. Mise en place d'une cohorte Epidémiologique Electricité de France Gaz de France. Recrutement des volontaires. Principales caractéristiques de l'échantillon. Revue Epidémiologique de Santé Publique 1990 : 265-268 (38) ; 378-380.
- [34] : WORLD HEALTH ORGANISATION. Figures and facts about suicide. WHO, Geneva, 1999.
- [35] : MOUQUET M, BELLAMY V. Suicides et Tentatives de suicides en France. Études et Résultats. 2006;488:1-8.

- [36] : BADEAYAN G, PARAYRE C. Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. *Études et Résultats*. 2001;109:1-8.
- [37] : BELLAMY V. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et Résultats*, DREES. 2004(347).
- [38] : STACK S. Suicide in the media : a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2005 ; 35 (2) : 121-133.
- [39] : CHASTANG F, RIOUX P, DUPONT I, KOVESH V, ZARIFIAN E. Enquête prospective sur les tentatives de suicide. *L'Encéphale* 1997 ; 23 (2) : 100-104.
- [40]: O'LOUGHLIN S, SHERWOOD J. A 20-year review of trends in deliberate self-harm in a British town 1981-2000. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005 ; 40 (6) : 446- 453.
- [41]: GALVAN A, HARE T, VOSS H, GLOVER G, CASEY BJ. Risk-taking and the adolescent brain: who is at risk? *Developmental Science* 2007 ; 10 (2) : 8-14.
- [42]: GASQUET I, CHOQUET M. Gender role in adolescent suicidal behavior : observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993 ; 87 (1) : 59-65.
- [43]: NORDENTOFT M, BREUM L, MUNCK LK, NORDESTGAARD AG, HUNDING A, LAURSEN BJAELDAGER PA. High mortality by natural and unnatural causes : a 10-year follow-up study of patients admitted to a poisoning treatment center after suicide attempts. *British Medical Journal* 1993 ; 306 (6893) : 1637-1641.
- [44]: BRENT DA, PERPER JA, GOLDSTEIN CE, KOLKO DJ, ALLAN MJ, ALLAN CJ, ZELENAK JP. Risk factors in adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry* 1988 ; 45 (6) : 581-588.
- [45]: MANN JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine* 2002 ; 136 (4) : 302-311.

- [46]: BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002 ; 7 (2) : 6-8.
- [47]: HAWTON K, ZAHL D, WEATHERALL R. Suicide following deliberate self-harm : long- term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 537-542.
- [48] : STAIKOWSKY F, THEIL F, CANDELLA S. Trends in the pharmaceutical profile of intentional drug overdoses seen in the emergency room. *Presse Médicale* 2005 ; 34 (12) : 842-846.
- [49] : AUXEMERY- Y, Étude rétrospective de trente-neuf cas de tentatives de suicide prises en charge dans un HIA. *Réflexion clinique et psychopathologique*.273-6.
- [50] : MESSAOUDI.A, thèse sur : tentative de suicide dans la wilaya de Tizi-Ouzou à propos d'une étude prospective clinique et épidémiologique, p198.
- [51] : YAKHLEF. M, thèse soutenu en 2014 : les tentatives de suicide en milieu militaire : profil psychopathologique et épidémiologique, p : 59-158-159.
- [52] P. KARLI : « homme agressif » 1987.
- [53] : P. KARLI (1960). Effets des lésions expérimentales du septum sur l'agressivité interspécifique rat-souris. *Compte rendu de la société de Biologie, Paris*, 1079- 1082.
- [54] : VOLAVKA J. *Neurobiologie of violence*. American Psychiatric Press 1995.
- [55] : SEMAOUNE. B : thèse sur violence et urgences psychiatrique en milieu militaire, p : 40-120-122.
- [56] : P. COURTET, S. GUILLAUME, F. JOLLANT, D. CASTELNAU, A. MALAFOSSE. *Neurobiologie des conduites suicidaires : voies de recherche actuelles*, EMC[37-500-c-10].10.1016/s0246-1072(08)48252-4.
- [57] : P. COURTET, FABRICE JOLLANT, DIDIER CASTELNAU, BERNARD ASTRUC, CATHERINE BURESI, MD, ALAIN MALAFOSSE. *Implication des genes du système*

serotonergique dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires, Medical subject heading. J

Psychiatry Neurosci 2004 ;29(5) : 350-9

[58] : TUCKER P, RUWE WD, MASTERS B, HOSSAIN A et coll. Neuroimmune and cortisol changes in selective serotonin reuptake inhibitor and placebo treatment of chronic posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry 2004, 56 : page 121-128.

[59] : apport des marqueurs biologiques dans le cadre de la prévention du suicide, suicide-autopsie psychologique, outils de recherche en prévention. Page 47-94.25/10/08.(<http://ist.inserm.fr/basisrapports/suicide.html>)

[60] : HEERINGEN. K. V. la neurobiologie du suicide et des tendances suicidaires

[61] : MIACHON S, CLAUSTRAT B, CESPUGLIO R (1995). Induction of muricidal behavior by ACTH or adrenalectomy in young male Wistar rats. Brain Research Bulletin, 36, 119-123.

[62] : ALVAREZ J C, CREMNITER D, LESIUR PH, GREGOIRE A, GILTON A et coll. Low blood cholesterol and low platelet serotonin levels in violent suicide attempters. Biol Psychiatry 1999, 45 : 1066-1069.

[63] : ALVAREZ J C, CREMNITER D, GLUK N, QUINTIN P, LEBOYER M et coll. Low serum cholesterol in violent but not in non-violent suicide attempters. Psychiatry Res 2000, 95 : 103-108

[64] : GUIDOTTI A, FORCHETT CM, CORDA MG, KONKEL D, BENETT CD, COSTA E (1983). Isolation, characterisation and purification to homogeneity of an endogenous polypeptide with agonistic action on benzodiazepine receptors. Proc Natl Acad Sci U.S.A, 80, 3531-3535

[65] : MIRKOVIC BOJAN. Une approche neurodéveloppementale dans la compréhension de l'étiopathogénie des conduites suicidaires. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine et pharmacie de Rouen 12 juillet 2012

- [66] : GRAFF J, MANSUY .IM, Epigénetic codes in cognition and behaviour. Behav Brain Res 2008.
- [67] : RADTKE .KM et al. Transgenerztional impact of intimate partner violence on methyletion in the peomoter of the glucocorticoid receptor. Transnational Psychiatry 2011.
- [68] : MC GOWAN. PO et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in humain brain associates with childhood abuse. Nat. Neurosci 2009.
- [69] : HEIM. C et al. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse neglect. Dev. Psychobiol 2010.
- [70] : LOPEZ. JF et al. localization and quantification of proopiomelanocortin mRNA and glucocorticoid receptor mRNA in pituitaries of suicide victims. Neuroendocrinology 1992
- [71] : DUMSER. T et al. Weight of adrenal glands may be increased in persons who commit suicide. Am. J. Forens Med. Pathol 1998
- [72] : SZIGETHY. E et al. Adrenal weight and morphology in victims of competed suicide. Biol. Psychiatry 1994.
- [73] : IVY. AS et al. Hippicampal dysfunction and cognitive impairments provoked by chronic early-life stress involve excessive activation of CRH receptors. J. Neurosci 2010
- [74] : NAVALTA. CP et al . effects of childerhood sexual abuse on neuropsychological and cognitive function in college women. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci 2006.
- [75] : Mc CRORY. E et al. Research review, the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. J. Child Psychol. Psychiatry 2010
- [76] : TOMODA. A et al. Reduced prefrontal cortical gray matter volume in young adults exposed to harsh corporal punishment. Neuroimage 47 :2009.
- [77] : YANG. B, CLUM. GA. Childhood stress leads to later suicidality via its effect on cognitive functioning. Suicide Life Threat. Behav 2000.

- [78] : EMILIE OLIE DPT. Urgences etpost urgences psychiatriques, hopital Lapeyronie CHU Montpellier 371 AV, DOYEN G. GIRAUD 34295 MONTPELLIER CEDEX 5.275
- [79]: PROGRAMENT KL. The psychology of religion and coping. New york: Gilford Press 1997.
- [80] : GAROUILLE, EM., GOLDBERG,J., BEALS J., HERRELL R., MASSON S.M. AISUPERPFP T. Spirituality and attempted suicide among American indians. Soc. Sci. Med. 56, 1571-1579.2002
- [81]: KOENIG H.G., GEORGE L.K., TITUS P. 2004. Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. J. Am. Geriatr. Soc. 52, 554-562.
- [82] : C. Mc CLAIN-JACOBSON, M.A. BARRY ROSENFELD, Ph.D., ANNE KOSINSKI, B.S.,HAYLEY PESSIN, Ph.D., JAMES E. CIMINO, M.D., WILLIAM BREITBART, M.D. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. General Hospital Psychiatry 26 [2004] 484– 486.
- [83] : MODIFI M, DE VELLIS RF, DE VELLIS BM, BLAZER DG, PANTER AT, JORDAN JM. The relationship between spirituality and depressive symptoms: testing psychosocial mechanisms. J Nerv Ment Dis. 2007 Aug; 195[8]:681-8.
- [84]: DANIEL T. RASIC, S.L. BELIK, B. ELIAS, L. Y. KATZ, M. ENNS, J. SAREEN. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. J. Affect. Disorder. 2008.
- [85] : NISBET PA, DUBERSTEIN PR, CONWELL Y, SEIDLITZ L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. J Nerv Ment Dis. 2000 Aug;188[8]:543-6.
- [86]: HUGUELET P, MOHR S, BORRAS L, GILLIERON C, BRANDT PY. Spirituality and religious practices in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders and their clinicians. Psychiatr Serv 2006;57:366-72.

- [87]: DERVIC K, OQUEENDO MA, GRUNEBAUM MF, ELLIS S, BURKE AK, MANN JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. : 2004 Dec;161[12]:2303-8.
- [88]: M.A. OQUENDO, M.E. BONGIOVI-GARCIA, H. GALFALVY, P.H. GOLDBERG, M.F. GRUNEBAUM and A.K. BURKE et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 164 [2007], pp. 134–141.
- [89] : D. LIZARDI, K. DERVIC, M.F. GRUNEBAUM, A. K. BURKE, J.J. MANN, M. A. OQUENDO. The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. *J. Psychiatric Research* 42 [2008] 815-821.
- [90]: FOSTER T, GILLESPIE K, Mc CLELLAND R, PATTERSON C. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*. 1999 Aug;175:175-9.
- [91]: JARBIN H, VON KNORRING AL. Suicide and suicide attempts in adolescent onset psychotic disorder. *Nordic J Psychiatry* 2004;58:115-23.
- [92]: BREIER A, ASTRACHAN BM. Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1984;141:206-9.
- [93]: P. HUGUELET, S. MOHR, V. JUNG, C. GILLIERON, PY. BRANDT, L. BORRAS. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry* 22 [2007] 188-194.
- [94]: HUBER S. Religious measures. Paper presented at the workshop on conducting research on religion, spirituality and health. Klinik SGM, Langenthal, Switzerland, 12-17 September. 2005.
- [95] : ZONDA, T. & LESTER, D. [1990]. Suicide among Hungarian Gypsies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82[5], 381-382

- [96] : SHVER A. Le suicide chez les adolescents. Division des affaires politiques et sociales. Direction de la recherche parlementaire 1990.
- [97]: CROW, GARY A., LETHA I. Crisis intervention and suicide prevention. Springfield 1987.
- [98] : ENCYCLOPEDIE libre de Wikipedia. Article:le suicide: Point de vue religieux sur le suicide. Un article de Wikipédia, l'encyclopédie libre
- [99] : ESQUIROL J. Les maladies mentales. Paris, 1839.
- [100] : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV TR : Manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux. Washington DC, 1994. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson, P.
- [101]: GOODWIN F.K JAMISON K.R Manic depressive illness. New York : Oxford University Press 1990.
- [102] : LOO. H LOO. P La dépression. PUF, paris 1991.
- [103] : B. BONIN D. SECHTER. Évaluation prospective du risque suicidaire chez un patient déprimé. In Dépression et suicide. Paris, Masson, 2000:103-127.
- [104]: MALONE KM, HAAS GL, SWEENEY JA, MANN JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. J Affect Disord. 1995;34:173-185.
- [105] : ROUILLON F. Guide pratique de psychiatrie. Coll. Mediguides, 2° Ed.Masson2005, 157 pages.
- [106] : CASADEBAIG F, PHILIPPE A. Mortalité chez des patients schizophrènes : trois ans de suivi d'une cohorte. Encephale 1999; 25:329-37.
- [107]: MELTZER HY. Suicide in schizophrenia: Risk factors and clozapine treatment. J Clin Psychiatry 1998; 59[Suppl. 3]:15-20.

- [108] : CONFERENCE CONSENSUS : Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques. Texte des recommandations longues. Fédération Française de Psychiatrie ,23 et 24 janvier 2003.
- [109]: OSBY U, CORREIA N, BRANDT L, EKBOM A, SPAREN P. Mortality and causes of death in schizophrenia. In: Stockholm county, Sweden.Schizophr Res 2000; 29:21–8.
- [110] : HARKAVY-FRIEDMAN JM, RESTIFO K, MALASPINA D, KAUFMANN CA, MADOR XF, YALE AS. Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. Am J Psychiatry 1999;156:1276–8.
- [111]: ROSSAU CD, MORTENSEN PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: Nested case-control study. Br J Psychiatry 1997; 171:355–9.
- [112]: ROY A. Suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry 1998;141:171–7.
- [113]: VEDRINNE J, SOREL P, WEBER D. Sémiologie des conduites suicidaires. EMC [Elsevier, Paris] Psychiatrie, 37114 A80, 1999.
- [114]: KREYNBUHL JA, KELLY DL, CONLEY RR. Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia. Schizophr Res 2002; 58:253–61.
- [115]: BARAK Y, KNOBLER CY, AIZENBERG D. Suicide attempts amongst elderly schizophrenia patients: a 10-year case-control study. Schizophr Res 2004;71:77–81.
- [116]: FENTON WS, Mc GLASHAN TH, VICTOR BJ, BIYLER CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with Schizophrenia spectrum disorders. Am J Psychiatry 1997;154:199–204.
- [117] : MULLER DJ, BARKOW K, KOVALENKO S, OHLRAUN S, FANGERAU H, KOLSCH H, et al. Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics. Eur Psychiatry 2005; 20:65–9.

- [118]: ALTAMURA AC, BASSETTI R, BIGNOTTI S, PIOLI R, MUNDO E. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: A retrospective study. *Schizophr Res* 2003; 60:47–55
- [119]: KELLY DL, SHIM JC, FELDMAN SM, Yu Y, CONLEY RR. Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *J Psychiatr Res* 2004; 38:531–6.
- [120] : DE HERT M, Mc KENZIE K, PEUSKENS J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: A long-term follow- up study. *Schizophr Res* 2001; 47:127–34.
- [121] : G. GAVAUDAN et al. Suicide and schizophrenia: risk evaluation and prevention. *Annales Médico Psychologiques* 164 [2006] 165–175.
- [122]: CASEY P. Parasuicide and personality disorders. In : Crept P ed. *Suicide behavior in Europe: recent research findings*. Romr:libbey CIC 1992:277-283.
- [123] : RECAMIER PC. *La suicidose:le génie des origines*. Paris:Payot, 1992:84-91.
- [124] : BRENT et al. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:95-105.
- [125]: Pr.DELBROUK. *Le suicide. Impact internat de psychiatrie* 1999 p 15-17.
- [126]: Th. LEMPERIERE et A. FELINE. *Psychiatrie de l'adulte*. P 232-233 Paris 1999.
- [127]: HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205–228.
- [128]: INSKIP HM, HARRIS EC, BARRACLOU B. Lifetime risk of suicide for affective disorder,alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172:35–37.
- [129] : F.ADES; M. LEJOYEUX. Quelles sont les relations entre crise suicidaire et alcool. In : Fédération française de psychiatrie. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*.

Texte des experts. Paris : Anaes, Conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000, p. 327-376.

[130]: CORYLL ET AL. primary unipolar depression and the prognostic importance of delusions. Arch Gen Psychiatry 1982 ;39 :1181-1184.

[131]: WEISSMAN ET AL. suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. N Engl J Med 1989 ; 321:1209-1214.

[132] : DUCROCQ F, COTTENCIN O, BOSS V, JARDON V, DEMARTY AL, DUHEM S, LIBERSA C, GOUDEMAM M, VAIVA G. Séquelles psycho traumatiques après tentative de suicide. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2007 ; 7 (2) : 79-88.

[133] : VALLET D, ARVERS P, FURTWENGLER P, RENAUD C, NEEL F, RENAUT O, BRANDMEYER E, GIACARDI C. Etude exploratrice sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de terre. Médecine et Armées 2005 ; 33 (5) : 441-445.

[134] : DUCROCQ F, VAIVA G. Dépression et état de stress post traumatique. In : Guay S, Marchand A. Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, Evaluation et traitement. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2006, 372p.

[135]: KESSLER RC, BORGES G, WALTERS EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity survey. Archives of General Psychiatry 1999 ; 56 (7) : 617-626.

[136] : FIDELLE G, SIMON DE KERGUNIC T, AUXEMERY Y. Addictions et trauma : données épidémiologiques et cliniques. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2009 ; 9 (1) : 45- 54.

[137] : OMNES C, VAIVA G, PHILIPPE A, ROUILLON F, ROELANDT JL. Risque suicidaire dans l'enquête Santé Mentale en Population Générale : premiers résultats. L'Information Psychiatrique 2005 ; 81 (4) : 308-312.

- [138] : VAIVA G, DUCROCQ F, JEHEL L, GENEST P, DUCHET C. Psychotraumatismes et risque suicidaire en France. Prévalences croisées dans l'enquête SMPG. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2007 ; 7 (2) : 69-77.
- [139]:MARSHALL RD, OLFSON M, HELLMAN F, BLANCO C, GUARDINO M, STRUENING EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. The American Journal of Psychiatry 2001 ; 158 (9) : 1467-1473.
- [140]: FERRADA-NOLI M, ASBERG M, ORMSTAD K. Suicidal behaviour after severe trauma. Part 2: The association between methods of torture and of suicide ideation in posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 1998; 11 (1) : 113-124.
- [141]: GOLOMB D. Symbolic expression in PTSD: Vietnam combat veterans in art therapy. Arts Psychotherapy 1985; 12: 1-12.
- [142]: HENDIN H, HAAS AP. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. The American Journal of Psychiatry 1991; 148 (5): 586-591.
- [143]: LEHMANN L, MCCORMICK RA, MCCRACKEN L. Suicidal behavior among patients in the VA health care system. Psychiatric Services 1995; 46 (10) : 1069-1071.
- [144]: ANDERSON RN. Deaths: Leading Causes for 1999. National Vital Statistics Reports, vol 49, no 11. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2001.
- [145] : WALTER M. KERMARREC I. Idées ou conduites suicidaires; orientation diagnostique et CAT en situation d'urgence. Revue de Praticien;1999;49.
- [146] : CONFERENCE DE CONSENSUS Du 19 - 20 octobre 2000 La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte court. Paris: John Libbey 479 Eurotext; 2001.
- [147] : JEAN MALKA, P. DUVERGER. Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent identification et prise en charge. Module 3 : maturation et vulnérabilité - item n°44 et module 11 : synthèse clinique et thérapeutique - item n° 189.

- [148]: MAGDALENA SZUMILAS BSC STANLEY P. KUTCHER MD. Youth and suicide. CMAJ. January 29, 2008 JAMC, 178[3].
- [149]: KUO WH, GALLO JJ, TIEN AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. Psychol Med 2001; 31:1181–1191.
- [150]: INSTITUTE OF MEDICINE. Reducing Suicide: A National Imperative. Washington, DC, National Academies Press, 2002.
- [151] : CONWELL Y, DUBERSTEIN PR, COX C, HERRMANN J, FORBES N, CAINE ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. Am J Geriatr Psychiatry 1998; 6:122–126.
- [152]: FRIERSON RL. Suicide attempts by the old and the very old. Arch Intern Med 1991; 151:141–144.
- [153]: LADAME F, OTTINO J, PAWLAK C. adolescence et suicide. 1995.
- [154]: BECK A.T., SCHUYLER D., HERMAN I. Development of Suicidal Intent Scales. In Beck A.T., Resnik H.L.P., Lettier A.J. [eds]: The Prediction of Suicide, 1974, Bowie, Maryland, Charles Press Publishing
- [155]: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington [DC]: American Psychiatric Association; 2003. p 40.
- [156] : ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide. Recommandations Professionnelles. Novembre 1998.
- [157] : PIERCE D.W. The predictive validation of a suicide intent scale : A five year follow-up. Brit. J. Psychiat., 1981, 139, 391-396.

- [158]: BECK AT. Suicide intent scale (1978) In Blumenthal SJ ,Kupfer,eds.Suicide over the life cycle.Risk factors,assessment,and treatment of suicidal patients. Washington : American psychiatric Press Inc, 1990 :769-73.
- [159]: GRISE (Y). op. cit., page 294-250.
- [160] : GRISE (Y). op. cit., page 250.
- [161] : GRISE (Y). op. cit., page 257.
- [162] : GRISE (Y). op. cit., page 271.
- [163] : DEBOUT (M.), la France du suicide. Page 19.
- [164] : MINOIS (G.), histoire du suicide, page. 59.
- [165] : PLATON, les lois, cité par MINOIS (G), op. cit., page. 60.
- [166] : MINOIS (G), op. cit., p. 60.
- [167] : DBOUT, op. cit., p. 20, cit PLATON, les lois ; MINOIS (G.), op. cit., p. 60.
- [168] : SENEQUE, 70 ème lettre à Lucillius cité par DBOUT (M), op. cit., p. 20, note n°1.
- [169] : MINOIS (G.), op. cit., p.71.
- [170] : MINOIS (G.), op. cit., p.363.
- [171] : Organisation Islamique des Sciences Médicales, Koweït, 1981, p.65.
- [172] : ORDONNANCE n°71-28 du 22 avril 1971. Portant code de justice militaire section IV article 273.
- [173] : M.DE CLERCQ. Suicide et tentatives de suicide. Louvain Med 117 :S502, 1998.
- [174] : BARNER-RASMUSSEN, P., et al. Suicide in psychiatric patients in Denmark, 1971-1981. Acta Psychiatrica Scandinavia 1986, 73 ,441-448.
- [175]: CRAMMER, J.L. The special characteristics of suicides in hospital inpatients. British Journal of Psychiatry1984, 145, 460-463.
- [176]: OEHMICHEN.M et al. Suicide in the psychiatric hospital: international trends and Medicolegal Aspects. Acta Medicinæ Legalis et Socialis1988, 38, 2, 215-223.

[177] : ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte Recommandations. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. Paris 2000.

[178] : la prévention du suicide. Indications pour les médecin généralistes. Prise en charge des troubles mentaux et neurologiques. Département de santé Mentale et Toxicomanie. Organisation mondiale de la santé. Genève 2001.

[179]: RUTZ W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. Journal of Affective Disorders 2001; 62 (1-2): 123-129.

[180]: RUTZ W, VON KNORRING L, WALINDER J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatrica Scandinavica 1989;80: 1514.

[181] : KREYENBUHL JA, KELLY DL, CONLEY RR. Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia. Schizophr Res 2002;58:253-61.

[182] : ATALLAH S. QUENARD O. Sur le suicide par fusil de chasse, Ann Chir plast Esth 1980 ; 25 ; 373-5

[183] : ROUAN G., PEDINIELLI JL., GIMENEZ G. Le suicide est-il le meurtre de soi-même ? La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Décembre 2000, Tome IV, n° 43 : 70-73.

[184]: ROGGENBACH J, MÜLLER-OERLINGHAUSEN B, FRANKE L. Suicidality, impulsivity and aggression -- is there a link to 5HIAA concentration in the cerebrospinal fluid? Psychiatry Research 2002; 113 (1-2): 193-206.

[185]: RUDD, M.D., JOINER, T.E. JR, RUMZEK, H. (2004). Childhood diagnoses and later risk for multiple suicide attempts. . Suicide life-Threatening behaviour, 34(2) : 113-25.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Lésion auto-infligée selon la classification international dixième révision

Annexe II : Critères diagnostique d'un trouble dépressif majeur selon DSM IV

Annexe III : Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

Annexe IV : Echelle d'idéation suicidaire de Beck

Annexe V : questionnaire

Annexe 1

Lésion auto-infligée

(X60-X84)

Comprend : Intoxication ou lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu
Suicide (tentative de)

Utiliser un code supplémentaire appartenant à la catégorie U98.- pour identifier le lieu de l'événement.

X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux Non opiacés, et exposition à ces produits

Comprend : Anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]

Dérivés du 4 — aminophénol

Dérivés pyrazolés

Salicylés

X61 Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, Antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs

Comprend : Antidépresseurs

Barbituriques

Composés de la méthaqualone

Dérivés de l'hydantoïne

Iminostilbènes

Neuroleptiques

Psychostimulants

Succinimides et oxazolidine-diones

Tranquillisants

X62 Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs

Comprend : Cannabis (dérivés)

Cocaïne

Codéine

Héroïne

Lysergide [LSD]
Mescaline
Méthadone
Morphine
Opium (alcaloïdes)

X63 Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits

Comprend : Parasympatholytiques [anticholinergiques et antimuscariniques] et spasmolytiques

Parasympathomimétiques [cholinergiques]

Sympatholytiques [anti-adrénergiques]

Sympathomimétiques [adrénergiques]

X64 Auto-intoxication par des drogues, médicaments et substances biologiques, et exposition à ces produits, autres et sans précision

Comprend : Anesthésiques (généraux) (locaux)

Antibiotiques systémiques et autres anti-infectieux

Gaz thérapeutiques

Hormones et leurs substituts synthétiques

Médicaments agissant sur :

- appareil cardiovasculaire
- tractus gastro-intestinal

Médicaments intervenant dans le métabolisme de l'eau, des sels minéraux et de l'acide urique

Médicaments systémiques et hématologiques

Préparations topiques

Substances agissant essentiellement sur les muscles lisses et striés, et sur l'appareil respiratoire

Vaccins

X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool

Comprend : Alcool :

- SAI
- butylique [1 — butanol]
- éthylique [éthanol]
- isopropylique [2 — propanol]
- méthylique [méthanol]
- propylique [1 — propanol]

Huile de fusel

X66 Auto-intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbureshalogénés et leurs émanations, et exposition à ces produits

Comprend : Benzène et ses homologues

Chlorofluorocarbures

Pétrole (dérivés)

Tétrachlorure de carbone [tétrachlorométhane]

X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations, et exposition à ces produits

Comprend : Dioxyde de soufre

Gaz d'échappement d'un (véhicule à) moteur

Gaz d'utilitaires

Gaz lacrymogène

Hélium (non médicinal) NCA

Monoxyde de carbone

Oxydes d'azote

A l'exclusion de : métaux, y compris leurs fumées et vapeurs (X69.-)

X68 Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits Comprend :

Fongicides

Fumigants

Herbicides

Insecticides

Produits de conservation du bois

Rodenticides

A l'exclusion de : engrais végétaux (X69.-)

X69 Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives, et exposition à ces produits, autres et sans précision

Comprend : Aliments toxiques et plantes vénéneuses

Colles et adhésifs

Corrosifs aromatiques, acides et bases caustiques

Engrais végétaux

Métaux, y compris leurs fumées et vapeurs

Peintures et teintures

Savons et détergents

X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation

X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion

X72 Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing

X73 Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille

X74 Lésion auto-infligée par décharge d'arme à feu, autre et sans précision

X74.00o Lésion auto-infligée par décharge d'un fusil à balles BB

X74.01o Lésion auto-infligée par décharge d'un fusil à air comprimé

X74.08o Lésion auto-infligée par décharge d'autre arme à feu précisée

X74.09o Lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu, sans précision

X75 Lésion auto-infligée par utilisation de matériel explosif

X76 Lésion auto-infligée par la fumée, le feu et les flammes

X77 Lésion auto-infligée par la vapeur d'eau, des gaz et des objets brûlants

X78 Lésion auto-infligée par objets tranchants

X79Lésion auto-infligée par objets contondants

X80Lésion auto-infligée en sautant d'un endroit élevé

Comprend : Chute intentionnelle d'un niveau à un autre

X81Lésion auto-infligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement

X82Lésion auto-infligée par collision d'un véhicule à moteur

Comprend : Collision intentionnelle avec :

- train
- tramway
- véhicule à moteur

A l'exclusion de : écrasement d'aéronef (X83)

X83Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés

Comprend : Lésion auto-infligée par :

- écrasement d'aéronef
- électrocution
- substances caustiques, sauf intoxication

X84Lésion auto-infligée par un moyen non précisé

ANNEXE 2

CLASSIFICATION DSM IV DES TROUBLES DEPRESSIFS

Les troubles dépressifs :

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

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

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

Épisode dépressif majeur DSM :

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

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée presque tous les jours signalée par le sujet ou observée par les autres.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteurs presque tous les jours. 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

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

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

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

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

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

Annexe 3

ECHELLE D'INTENTIONNALITE SUICIDAIRE DE BECK

A/ CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES À LA TENTATIVE DE SUICIDE :

1/ Isolement

- 0 — Quelqu'un de présent
- 1 — Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple)
- 2 — Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal)

2/ Moment choisi

- 0 — Intervention probable
- 1 — Intervention improbable
- 2 — Intervention très improbable

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

- 0 — Aucune précaution ne prise
- 1 — Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : seul dans sa chambre, porte non fermée à clef)
- 2 — Précautions actives (porte fermée à clef...)

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

- 0 — A averti de son geste une personne pouvant le secourir
- 1 — A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste
- 2 — N'a contacté ou averti personne

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

- 0 — Aucune
- 1 — A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre
- 2 — A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs

6— préparation active de la tentative

- 0— aucune
- 1— minime a modéré
- 2— extensive

7/ Lettre d'adieu

- 0 — Pas de lettre
- 1 — Lettre écrite, mais déchirée ou jetée
- 2 — Présence d'une lettre

8/communication expresse de l'intention avant le suicide

- 0— aucune
- 1— communication équivoque
- 2— communication sans équivoque

B /RAPPORT DU SUJET :

9/But invoqué de la tentative

- 0— pour manipuler l'environnement, attirer l'intention, se venger
- 1— mélange de « 0 » et « 2 »
- 2— pour s'échapper, différer, résoudre les problèmes

10/Estimation d'une issue fatale

- 0-a pensée que la mort était improbable
- 1-a pensée que la mort était possible, mais non probable
- 2-a pensée que la mort était probable ou certaine

11/Estimation de la létalité de la méthode employée

- 0-a fait moins que ce qu'il estimait léthal
- 1— n'était pas sur que ce qu'il s'était fait serait fatal
- 2-a égalé ou excédé ce qu'il croyait être fatal

12/Gravité de la tentative

- 0— n'a pas sérieusement tenté de mettre fin à sa vie
- 1— incertain de gravité mortelle
- 2— a sérieusement tenté de mettre fin à sa vie

13— Attitude envers vivre/mourir

- 0— ne ne voulait pas mourir
- 1— mélange de « 0 » et « 2 »
- 2— voulait mourir

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

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

15— Degré de préméditation

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

C / AUTRES ASPECTS (non inclus dans le total de calcul de score)**16— réaction à la tentative**

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

17— vision de la mort

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

18— nombre de tentatives antérieures

0— aucune

1-une ou deux

2— trois ou plus

19— Relation entre consommation alcoolique et tentative

0— consommation avant la tentative, mais sans rapport à la tentative, en quantité insuffisante selon la victime pour altérer le jugement l'évaluation de la réalité

1— suffisamment d'alcool pour altérer le jugement l'évaluation de la réalité et diminuer la responsabilité

2— consommation délibérer d'alcool pour faciliter le passage à l'acte

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

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

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

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

Échelle d'idéation suicidaire

I / CARACTERISTIQUES DE L'ATTITUDE VIVRE/MOURIR

1. / Désir de vivre :

- a. 0-moderé à fort
- b. 1-faible
- c. 2-nul

2. / Désir de mourir

- a. 0-nul
- b. 1-faible
- c. 2-moderé à fort

3. / Raisons pour vivre/mourir

- a. 0-vivre plutôt que mourir
- b. 1-à peu près égaux
- c. 2-mourir plutôt que vivre

4. / Désir de commettre une TS active

- a. 0-nul
- b. 1-faible
- c. 2-moderé à fort

5. / TS passive

- 1. 0-prendrait des précautions pour sauver sa vie
- 2. 1-laisserait la décision vivre/mourir au hasard (par exp. traverse sans précaution une rue passante)
- 3. 2-éviterait de librement les mesures nécessaire pour sauver ou maintenir sa vie (par exp. diabétique cessant la prise d'insuline)

Si les quatre entrées codées pour les items 4 ou 5 sont « 0 » sauter les sections II III IV et entrer « 8 », non applicable dans chaque espace de codage vide

II/ CARACTERISTIQUES DE L'IDEATION/DESIR SUICIDAIRE

6 / Dimension temporelle : durée

- 0-bref, périodique éphémères
- 1-périodes plus longs
- 2-continu (chronique) ou presque continu

7 / Dimension temporelle : fréquence

- 0-rare, occasionnel
- 1-intermittent
- 2-persistant ou continu

8 / Attitude vers l'idéation/désir

- 0-rejet
- 1-ambivalent ; indifférent
- 2-accepte

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

- 0-a le sentiment de contrôle
- 1-contrôle incertain
- 2-n'a aucun sentiment de contrôle

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

- 0-ne tenterait pas le suicide à cause de cela
- 1-peu concerné par cela
- 2-peu ou pas de considération pour ces facteurs (indiquer les facteurs de dissuasion s'ils existent)

11 / Raison pour envisager une tentative

- 0-pour manipuler l'environnement, attire l'attention se venger
- 1-mélange de « 0 » et de « 2 »
- 2-pour s'échapper différer résoudre les problèmes

III/ CARACTERISTIQUES DE LA TENTATIVE ENVISAGEE

12 / Méthodes : spécificité / planification

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

13 / Méthodes : disponibilité/opportunité

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

14 / Sentiment de « capacité » à accomplir la tentative

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

15 / Attente /anticipation de la tentative

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

IV / ACTUALISATION DE LA TENTATIVE ENVISAGEE

16 / Préparation effective

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

17 / Lettre d'adieu

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

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

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

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

- 0-révèle ouvertement l'idéation
- 1-dévoile partiellement l'idéation
- 2-tente de dissimuler

V/ FACTURS CONTEXTUELS Les items 20 et 21 ne sont pas inclus dans le score total

20 / TS antérieurs

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

21 / Intention de mourir lors la dernière TS

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

QUESTIONNAIRE

A/ DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES :

- Nom et prénom :.....

- Age :.....

SEXE :.....

Grade :.....

Catégorie :.....

Situation maritale :Célibataire marié divorcé veuf FACTEURS DE STRESS PSYCHO SOCIAUX Oui non Perte des parents :Les deux un parent non Perte de conjoint :Oui non Nombre d'enfant :Pas d'enfants 1 à 2 enfants sup à 2 enfants Nombre de fratrie :..... rang de fratrie :.....Niveau d'instruction :Non scolarisés primaire secondaire supérieur intégration professionnelle Bonne moyenne nulle

Milieu de vie

Rural

Urbain

B/ ANTECEDENTS:

Antécédents personnels T.S :

Oui non

Si oui :

Combien de fois :....

Quel moyen :....

Antécédent personnel d'hospitalisation psychiatrique :

Oui non

*si oui combien de fois :....

Antécédents personnels de consultation psychiatrique :

Oui non

Nature de la maladie si Antécédent psychiatrique :

— trouble anxieux

— Trouble de l'humeur

— schizophrénie

— paranoïa

— psychose aiguë

— Personnalité psychopathique

— autres

Usage de substances :

Oui non

Abus dépendance occasionnels

*si oui les quels :

Cannabis psychotropes solvants

Alcool autres

Antécédents <input type="checkbox"/> familiaux de consultation psychiatrique :			
Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux d'hospitalisation psychiatrique :			
Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Antécédents familiaux de TŞ <input type="checkbox"/> :			
Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de suicide :			
Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<u>C/LA TENTATIVE DE SUICIDE :</u>			
Moyens utilisés <input type="checkbox"/> :			
Pendaison <input type="checkbox"/>			
Arme à feu <input type="checkbox"/>			
Défenestration <input type="checkbox"/>			
Phlébotomie <input type="checkbox"/>			
Gaz <input type="checkbox"/>			
Insecticide <input type="checkbox"/>			
Caustique <input type="checkbox"/>			
Médicament <input type="checkbox"/>			
Autres <input type="checkbox"/>			
*si médicament :			
Benzodiazépines <input type="checkbox"/> antidépresseurs <input type="checkbox"/> neuroleptique <input type="checkbox"/>			
AINS-antalgique <input type="checkbox"/> ATB <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>			
Lieu de TŞ <input type="checkbox"/> :			
Domicile <input type="checkbox"/> extérieur <input type="checkbox"/> unité <input type="checkbox"/>			
Heure de TŞ <input type="checkbox"/> :			
0à 8 h <input type="checkbox"/> 08à12h <input type="checkbox"/> 12à20h <input type="checkbox"/> 20à0h <input type="checkbox"/>			

Jour de la TS :

LU MA MER JEU VEN SAM DIM

Déroulement de l'acte :

Impulsif prémédité angoisse

Demande de l'aide de l'entourage :

Oui non

Idéation suicidaire avant l'acte :

Présent absente

Divulgence de l'intention suicidaire à un proche ou collègue :

Oui non

Soins médicaux :

Pas nécessaire soins ambulatoires hospitalisation

Réanimation observation chirurgie

Motifs invoqués :

Conflits familiaux

Difficultés professionnelles

Financières

Perte d'un bien

Échec

Deuil

Maladie grave

Déception affective

Autres

Regrets par rapport au geste :

Oui non

Veut refaire une autre TS

Oui

non

DMM :

Traitement et rejoint son unité

Traitement et mise en convalescence

Traitement et réforme

Résumé :

Les tentatives de suicides constituent un des principaux motifs d'hospitalisation aux urgences médico-chirurgicales. Le but de notre travail était d'étudier les tentatives de suicide en milieu militaire pour déterminer les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des tentatives de suicide des patients et d'évaluer le profil des suicidants militaires afin de proposer une stratégie de prévention.

Il s'agit d'une étude descriptive à recrutement prospectif portant sur un échantillon de 60 patients admis aux urgences médico-chirurgicales (UMC) de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran/ 2 RM, du 01 avril 2012 au 01 avril 2014.

Les résultats révèlent une représentation masculine de notre échantillon, la tranche d'âge la plus touchée est celle des 18- 20 ans (jeunes suicidants). 90% de nos suicidants ont un niveau scolaire inférieur au baccalauréat tandis que le niveau universitaire est sous-représenté avec seulement 10% des patients. 80% des patients sont célibataires et 10% divorcés sans enfants. Les primosuicidants représentent 95% pour 5% de suicidants récidivistes. Le moyen le plus utilisé est la phlébotomie avec une fréquence relative de 33% suivi de l'ingestion volontaire des médicaments avec une fréquence relative de 20%. Les conflits familiaux sont largement invoqués par nos patients suicidants suivi de conflits affectifs. Sans antécédents psychiatriques, déclarés inaptes au service armé. Le score de l'intensité du désir de mort au moment de sa tentative de suicide était bas (75%).

Les troubles diagnostiqués sur l'axe I du DSM IV sont représentés par : trouble de l'adaptation (30%) ; Trouble schizophréniforme (20%) ; Trouble dépressif majeur (15%) ; Schizophrénie (10%) ; Trouble psychotique bref (10%) ; Trouble panique (2%) ;

Sur l'axe II nous trouvons 5% de personnalité pathologique essentiellement représenté par la personnalité borderline et 8% de l'association d'un diagnostic sur l'axe I et l'axe II (trouble de l'adaptation + personnalité pathologique).

La reconnaissance des facteurs de risques psychiatriques et socio-familiaux associés aux tentatives de suicides est déterminantes dans la prise en charge thérapeutique des suicidants et dans la prévention de la récurrence suicidaire.

Le rôle du psychiatre au sein d'une équipe soignante pluridisciplinaire aux urgences médico-chirurgicales est incontournable dans la prise en charge des suicidants.

Mots clés : tentative de suicide, milieu militaire, facteurs de risques, caractéristiques cliniques et épidémiologiques, prévention.

تشكل محاولات الإنتحار إحدى الأسباب الأولية للاستشفاء بالاستعجالات الطبية و الجراحية. الهدف من عملنا هذا كان دراسة محاولات الإنتحار في الوسط العسكري من أجل تحديد الموصفات الطبية و الوبائية لمحاولات الانتحار للمرضى المعالجين و تقييم شخصية العسكريين الإنتحاريين من أجل اقتراح إستراتيجية وقائية.

تتعلق هذه بدراسة وصفية مع تجنيد مستقبلي منطوي على نموذج لـ 60 مرضى معالجين تم إستقبالهم بالإستعجالات الطبية و الجراحية بالمستشفى الجهوي العسكري الجامعي لولاية وهران/ن ع 2 (من 01 أبريل 2012 إلى 01 أبريل 2014) تشير النتائج على نموذج من ذكور، فئة السن المعنية أكثر هي فئة الـ 18-20 سنة (إنتحاريين شباب)، 90% من الإنتحاريين لديهم مستوى دراسي أدنى من البكالوريا أما المستوى الجامعي فهو ممثل بنقص مع 10% فقط من المرضى المعالجين، 80% من المرضى المعالجين عزاب و 10% مطلقين بدون أطفال. يشكل الإنتحاريو لأول مرة 95% مقابل 5% من مكرري الإنتحار. الوسيلة الأكثر إستعمال هي ألفصد مع تكرار نسبي 33% يليه إبتلاع طوعي للأدوية مع تكرار نسبي 20%. الخلافات العائلية معينة بصفة عريضة من قبل مرضانا المعالجين. ، بدون سوابق نفسية، المتواجدين في حالة عدم التأهل للخدمة الوطنية، لمن، تكون نتيجة شدة الرغبة في الموت في لحظة محاولة الانتحار منخفضة (75%).

تكون الإضطرابات المشخصة في المحور I من دليل التشخيص و الإحصائيات للإضطرابات العقلية IV ممثلة بـ :
 إضطرابات التكيف (30%)؛ إضطرابات فصامي الشكل (20%)؛ إضطرابات إكتباتية هامة (15%)؛ فصام (10%)؛
 إضطرابات ذهانية وجيزة (10%)؛ إضطرابات ذعرية (2%)؛
 نجد في المحور II 5% من الشخصية المرضية، ممثلة، أساسيا، من طرف الشخصية الحدية و 8% من طرف جمع تشخيص من المحور I و المحور II (إضطرابات التكيف + إضطرابات ذهانية).

يكون تمييز العوامل الخطيرة النفسية و الإجتماعية و الأسرية المرتبطة بمحاولات الانتحار مقررة للعناية العلاجية للإنتحاري و للوقاية من تكرير الإنتحار.

إن دور الطبيب النفسي في فريق علاج متعدد الاختصاصات ضمن الإستعجالات الطبية و الجراحية لا مفر منه من أجل العناية العلاجية للإنتحاري.

الكلمات المفتاحية: محاولة إنتحار، وسط عسكري، عوامل الخطر، موصفات طبية و وبائية، وقاية.

المؤلفة: الدكتورة منصورى نبيلة

مدير الأطروحة : الأستاذ سمعون بوعلام

Summary:

The suicide attempts constitute one of the primary reasons of hospitalisation within the medical and surgical emergencies. The purpose of our work was to study the suicide attempts in the military environment in order to identify the clinical and epidemiological characteristics of the suicide attempts of the treating patients and to evaluate the profile of the suicidal soldiers in order to suggest a preventive strategy.

It concerns a descriptive study with a prospective recruitment involving a sample of 60 treating patients admitted to the medical and surgical emergencies (MSE) of the Oran's university military regional hospital/2 RM, from April 1st 2012 to April 01st 2014.

The results indicate a representation of men of our sample, the most concerned age range is the one of 18-20 years (young suicidal), 90% of our suicidal have a scholastic level inferior to the baccalaureate whereas the university level is under-represented with only 10% of the treating patients, 80% of the treating patients are single and 10% are divorced without children. The first time suicidal represent 95% for 5% of recidivist suicidal. The most used mean is the phlebotomy with a relative frequency of 33%, followed-up by the voluntary ingestion of drugs with a relative frequency of 20%. The family conflicts are widely invoked by our suicidal treating patients. Non-commissioned officers, reservists related to the infantry, without psychiatric antecedents, found unfit for the army service, for whom, the score of the intensity of the desire of death at the moment of the suicide attempt is low (75%).

The diagnosed troubles on the axis I of the DSM IV are represented by: adjustment disorder (30%); schizophreniform disorder (20%); major depressive disorder (15%); schizophrenia (10%); brief psychotic disorder (10%); panic disorder (2%);

On the axis II we find 5% of pathologic personality, mainly, represented by the borderline personality and 8% of the association of a diagnostic on the axis I and the axis II (adjustment disorder + pathologic personality).

The recognition of the psychiatric and the socio-family risk factors associated to the suicide attempts are determinant for the suicidal therapeutic cares and for the prevention of repeated suicidal.

The role of the psychiatrist within a multidisciplinary treatment team through the medical and surgical emergencies is inescapable for the suicidal therapeutic cares.

Keywords: suicide attempt, military environment, factors of risks, clinical and epidemiological characteristics, prevention.

Author : Dr.MANSOURI-nabila

Thesis Director: Pr. SEMAOUNE BOUALEM