

République algérienne démocratique et populaire



Université KASDI MERBAH d'OUARGLA

Faculté de Médecine

Département de Médecine



**Caractéristiques épidémiologiques et cliniques
des tentatives de suicide au niveau
de l'EPH d'OUARGLA 2020-2021**

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

Dr BOUROUBA Nadjoua

Dr BELEHCEN Nessrine

Encadré par :

Dr BAIT Soumya

Maitre-assistant en psychiatrie

Devant le Jury Composé de :

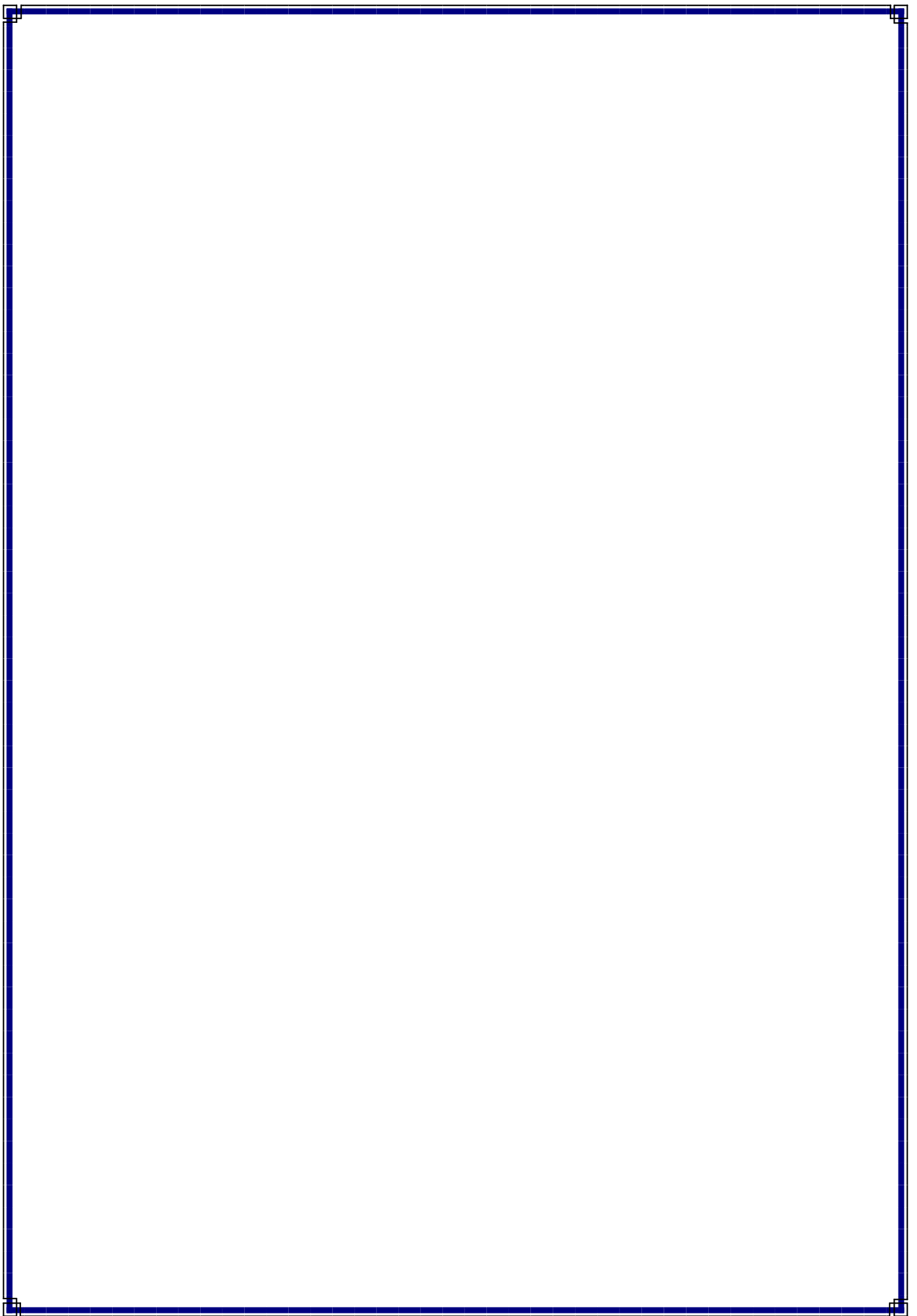
Président jury : BOUAZIZ Hocine Maitre-conférence en épidémiologie

Membres jury : DJOUADI Abd Ellah Maitre-assistant en psychiatrie

Membres jury : BOUKHRIS Taha Maitre-assistant en gastrologie

Année Universitaire

2020-2021



République algérienne démocratique et populaire



Université KASDI MERBAH d'OUARGLA

Faculté de Médecine

Département de Médecine



**Caractéristiques épidémiologiques et cliniques
des tentatives de suicide au niveau
de l'EPH d'OUARGLA 2020-2021**

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

Dr BOUROUBA Nadjoua

Dr BELEHCEN Nessrine

Encadré par :

Dr BAIT Soumya

Maitre-assistant en psychiatrie

Devant le Jury Composé de :

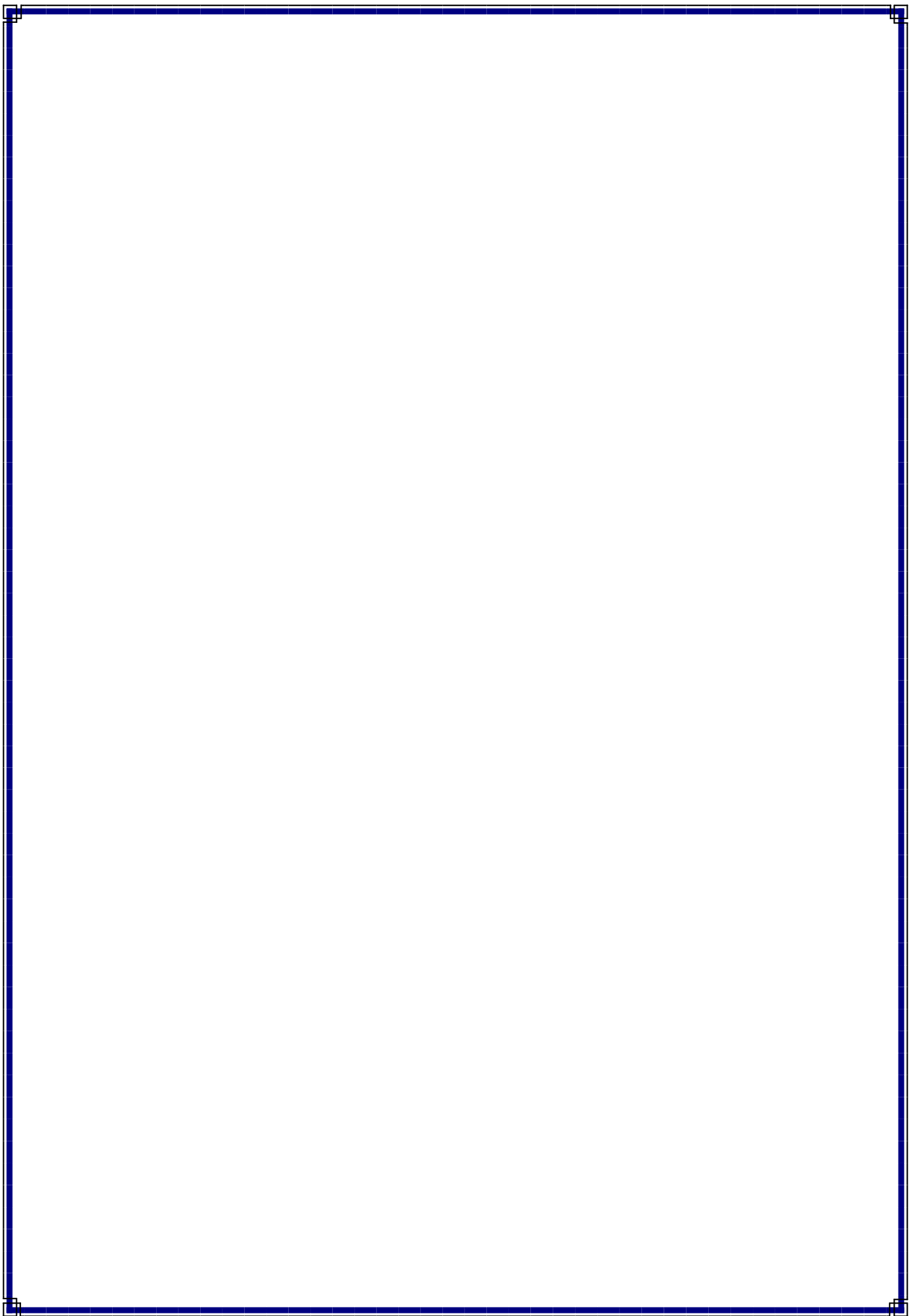
Président jury : BOUAZIZ Hocine Maitre-conférence en épidémiologie

Membres jury : DJOUADI Abd Ellah Maitre-assistant en psychiatrie

Membres jury : BOUKHRIS Taha Maitre-assistant en gastrologie

Année Universitaire

2020-2021



REMERCIEMENTS

A Madame maitre-assistant en psychiatrie BAIT Soumya

Votre rigueur scientifique, vos qualités pédagogiques, vos précieux conseils et vos critiques ont permis l'aboutissement de ce travail.

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A nos maîtres et juges de thèse,

Monsieur BOUAZIZ Hocine

MITRE CONFERENCE EN EPEDIMIOLOGIE

Monsieur DJOUADI Abd Ellah

MAITRE-ASSISTANT EN PSYCHITRIE

Monsieur BOUKHRIS Taha

MAITRE-ASSISTANT EN GASTRO-HEPATO-ENTOROLOGIE

Vous nous faites un grand honneur en acceptant avec une très grande amabilité de siéger à notre jury de thèse.

Veuillez, cher maître, d'accepter ce travail en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder prospérité et bonheur, et vous assister dans la réalisation de vos projets.

Dédicaces

»Bonheur, elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries»

Marcel Proust.

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours et qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que je leur dédie cette thèse ...

AU BON DIEU

Tout puissant ; Qui m'a inspirée ; Qui ma guidée dans le bon chemin, Je vous dois ce que je suis devenue ; Louanges et remerciements ; Pour votre clémence et miséricorde

A ma douce mère

A ma source inépuisable de tendresse et d'amour, à celle qui a toujours su être là pour moi dans le meilleur et dans le pire, à celle qui m'a toujours tout donné sans jamais rien compter, Aucun hommage ne saura transmettre à sa juste valeur: l'amour et le respect que je porte pour toi.

Je ne te remercierai jamais assez pour tous les sacrifices que tu as fait et que tu fais toujours pour moi. Je ne te remercierai jamais assez pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui, Je te dédie ce modeste travail qui grâce à toi a pu voir le jour, en guise de mon éternelle reconnaissance et mon amour inconditionnel, en espérant être à la hauteur de tes attentes.

Merci pour tout et surtout merci d'être ma maman. Je t'aime la plus belle mère au monde.

A nos frères et nos sœurs, A toute ma famille, grands et petits,

Pour votre soutien inconditionnel et votre affection, en témoignage à mon attachement et ma gratitude, pour tous les moments partagés, pour le bonheur et la complicité, je vous dédie ce travail. Puissent nos liens familiaux se pérenniser et consolider encore et encore. **Je vous aime**

A la mémoire de nos proches amoureux défunts,

Nous souhaitons qu'ils soient avec nous ce momentla miséricorde de Dieu sur eux

A tous mes enseignants,

A mes chères amies qui m'accompagne durant l'internat

A toutes mes camarades le long de mon cursus

A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur,

Je vous dédie ce travail avec tout mon amour et ma reconnaissance.

A tous ceux qui ont participé de loin ou de près à la réalisation de ce travail :

Tous qui participent avec nos au collecte des cas soit au PU ou aux services.

A Tous les patients qui nos aides à remplir les questionnaires

Liste des abréviations :

CIM : Classification internationale des maladies

DGSN : Direction générale de la sûreté nationale

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EPH : Etablissement public hospitalier

HT : Habitude toxique

IC : Ingestion caustique

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONS : Office nationale des statistiques

PU : pavillon d'urgence

PVC : pression veineuse centrale

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

TS : Tentative de suicide

UMC : Urgence médico- chirurgicale

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

Liste des tableaux :

TABLEAU 1:	LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DU SUICIDE.....	26
TABLEAU 2:	LES DIFFERENTS PRODUITS CAUSTIQUES	39
TABLEAU 3:	REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE SEXE	62
TABLEAU 4:	REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LES TRANCHES D'AGE.....	64
TABLEAU 5:	REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA SELON L'ADRESSE.	65
TABLEAU 6:	REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE LIEU DE NAISSANCE	67
TABLEAU 7:	REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION	68
TABLEAU 8:	REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE STATUT MARITAL.....	69
TABLEAU 9:	REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE	70
TABLEAU 10:	REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON L'ANTECEDENT D'AFFECTION ORGANIQUE.	71
TABLEAU 11:	REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON L'ANTECEDENT D'AFFECTION PSYCHO-PSYCHIATRIQUE.....	72
TABLEAU 12:	REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON L'EXPOSITION A D'AUTRES SUICIDES DANS L'ENTOURAGE.	73

TABLEAU 13: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 30 PATIENTS QUI ONT D'AUTRES SUICIDE DANS L'ENTOURAGE ET ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE TYPE DE SUICIDE DANS L'ENTOURAGE.	75
TABLEAU 14: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LES HABITUDES TOXIQUES.....	76
TABLEAU 15: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LES HABITUDES TOXIQUES TYPE TABAC.	78
TABLEAU 16: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 14 PATIENTS QUI SONT TABAGIQUES ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA SELON LE NOMBRE D'ANNEES DE DEBUT DU TABAC.	78
TABLEAU 17: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LES HABITUDES TOXIQUES TYPE PSYCHOTROPES.....	79
TABLEAU 18: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 10 PATIENTS QUI ONT HABITUDE TOXIQUE TYPE PSYCHOTROPES ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE NOMBRE D'ANNEES DE DEBUT DU PSYCHOTROPES	80
TABLEAU 19: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON AUTRES HABITUDES TOXIQUES.	81
TABLEAU 20: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 7 PATIENTS QUI ONT AUTRES HABITUDES TOXIQUES ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE NOMBRE D'ANNEES DE DEBUT.	82
TABLEAU 21: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE TYPE DU TS.	84
TABLEAU 22: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE NOMBRE DU TS.....	86

TABLEAU 23: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LA CAUSE DU TS.	87
TABLEAU 24: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LA PRESENCE DES IDEES SUICIDAIRES ENCORE.	89
TABLEAU 25: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE REGRET DU GESTE SUICIDAIRE.	90
TABLEAU 26: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE TYPE DU TS EN FONCTION DU SEXE.	91
TABLEAU 27: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE TYPE DU TS EN FONCTION DES TRANCHES D'AGE.	93
TABLEAU 28: REPARTITION DES PATIENTS QUI ONT FAIT UNE TS PAR IC EN FONCTION DU SEXE ET DE L'AGE	95
TABLEAU 29: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE SELON LE TYPE DU TS EN FONCTION DE LA PRESENCE DES HABITUDES TOXIQUES.....	99
TABLEAU 30: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC ENTRE 05- 2020 ET 04-2021 SELON LE TYPE DES HABITUDES TOXIQUES.	100

Liste des graphes :

GRAPHIQUE 1: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LE SEXE	63
GRAPHIQUE 2: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LES TRANCHES D'AGE.....	64
GRAPHIQUE 3: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA SELON L'ADRESSE.....	66
GRAPHIQUE 4: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LE LIEU DE NAISSANCE	67
GRAPHIQUE 5: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION.	68
GRAPHIQUE 6: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE STATUT MARITAL.....	69
GRAPHIQUE 7: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE.	70
GRAPHIQUE 8: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE	71
GRAPHIQUE 9: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON L'ANTECEDENT D'AFFECTION PSYCHO-PSYCHIATRIQUE.	72
GRAPHIQUE 10: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON L'EXPOSITION A D'AUTRES SUICIDES DANS L'ENTOURAGE.	74
GRAPHIQUE 11: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 30 PATIENTS QUI ONT D'AUTRES SUICIDE DANS L'ENTOURAGE ET ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE TYPE DE SUICIDE DANS L'ENTOURAGE	75

GRAPHIQUE 12: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LES HABITUDES TOXIQUES.....	76
GRAPHIQUE 13: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LES EFFECTIFS DES HABITUDES TOXIQUES.	77
GRAPHIQUE 14: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 14 PATIENTS QUI SONT TABAGIQUES ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE NOMBRE D'ANNEES DE DEBUT DU TABAC.....	79
GRAPHIQUE 15: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 10 PATIENTS QUI ONT HABITUDE TOXIQUE TYPE PSYCHOTROPES ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE NOMBRE D'ANNEES DE DEBUT DU PSYCHOTROPES	81
GRAPHIQUE 16: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 7 PATIENTS QUI ONT AUTRES HABITUDES TOXIQUES ADMIS AL'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE NOMBRE D'ANNEES DE DEBUT	83
GRAPHIQUE 17: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE SELON LE TYPE DU TS.	84
GRAPHIQUE 18: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA SELON LE TYPE DU TS.....	85
GRAPHIQUE 19: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE NOMBRE DU TS.....	86
GRAPHIQUE 20: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LA CAUSE DU TS.	88
GRAPHIQUE 21: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE SELON LA PRESENCE DES IDEES SUICIDAIRES ENCORE.	89
GRAPHIQUE 22: REPARTITION D'UN ECHANTILLON DE 44 PATIENTS ADMIS A 'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE ENTRE 05-2020 ET 04-2021 SELON LE REGRET DU GESTE SUICIDAIRE.	90

GRAPHIQUE 23: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LE SEXE.	92
GRAPHIQUE 24: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS AL'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LES TRANCHES D'AGE.	94
GRAPHIQUE 25: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC SELON LE SEXE ET LES TRANCHES D'AGE.	95
GRAPHIQUE 26: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC SELON LE STATUT MARITAL, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE.	96
GRAPHIQUE 27: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LA PRESENCE D'AFFECTION ORGANIQUE ET PSYCHO-PSYCHIATRIQUE.	97
GRAPHIQUE 28: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON L'EXPOSITION A D'AUTRE SUICIDE DANS L'ENTOURAGE.	98
GRAPHIQUE 29: : REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC SELON LA PRESENCE DES HABITUDES TOXIQUES.	99
GRAPHIQUE 30: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LE TYPE DES HABITUDES TOXIQUES.	101
GRAPHIQUE 31: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LE NOMBRE DU TS.	102
GRAPHIQUE 32: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC ENTRE 05-2020ET 04-2021 SELON LA CAUSE DU TS.	103
GRAPHIQUE 33: REPARTITION GLOBALE D'UN ECHANTILLON DE 21 PATIENTS ADMIS A L'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA POUR TENTATIVE DE SUICIDE PAR IC ENTRE 05-	

2020ET 04-2021 SELON LA PRESENCE DES IDEES SUICIDAIRES ENCORE ET SELON LE REGRET
DU GESTE SUICIDAIRE. 104

Table des matières :

REMERCIEMENTS	II
DEDICACES.....	IV
LISTE DES ABREVIATIONS	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES GRAPHES	X
TABLE DES MATIERES.....	XIV
RESUME	XIX
SUMMARY	XX
ملخص	XXI
INTRODUCTION	1
I. AMPLEUR DU PROBLEME	2
II. OBJECTIFS :	4
REVUE DE LITTERATURE.....	5
I. DEFINITIONS ET CONCEPTS :(3).....	6
II. L’HISTOIRE DU SUICIDE : SUJET TABOU	9
A. <i>Profil historique du phénomène suicidaire</i> :	9
1. Le suicide de l’Antiquité au Moyen-âge.....	9
2. Le suicide à l’époque contemporaine	10
B. <i>Courant sociologique</i> :	11
C. <i>Courant psychologique</i> :	12
III. SUICIDE ET RELIGIONS MONOTHEISTES.....	13
A. <i>Le judaïsme</i>	13
B. <i>L’église catholique</i>	14
C. <i>Les églises protestantes</i>	14
D. <i>Le suicide dans l’islam</i> :.....	14
IV. EPIDEMIOLOGIE.....	14
A. <i>Dans le monde</i>	14
B. <i>Au Maghreb</i>	15
C. <i>En Algérie</i>	15
V. LE PROCESSUS SUICIDAIRE	16

A.	<i>La recherche de solution</i>	17
B.	<i>L'idéation suicidaire</i>	17
C.	<i>La rumination</i>	17
D.	<i>Le désespoir</i>	17
E.	<i>La cristallisation</i>	18
F.	<i>La tentative de suicide et le suicide complété</i>	18
VI.	LA PSYCHOPATHOLOGIE	18
VII.	TENTATIVES DE SUICIDE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES :(4,5,13)	19
A.	<i>Les troubles dépressifs</i> :	20
-	Trouble dépressif unipolaire :	20
-	Trouble dysthymique :	20
-	Trouble dépressif non spécifié :	20
❖	Tentatives de suicide chez les déprimés :	21
B.	<i>Tentatives de suicide et Schizophrénie</i>	22
❖	Tentatives de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie :	22
C.	<i>Tentatives de suicide et Troubles de Personnalité</i>	23
1.	Personnalité histrionique :	23
2.	Personnalité borderline (état limite) :	24
3.	Personnalité psychopathique antisociale :	24
D.	<i>Autres troubles psychiatriques</i>	25
1.	Troubles anxieux :	25
2.	Psychoses délirantes aiguës.....	25
VIII.	LES FACTEURS DE RISQUE.....	27
A.	<i>Les facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés</i>	27
1)	Les obstacles à l'accès aux soins de santé.....	28
2)	L'accès aux moyens	28
3)	La couverture médiatique et l'utilisation des médias sociaux inappropriées	28
4)	La stigmatisation associée à la demande d'aide	29
B.	<i>Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations</i>	29
1)	Les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits	29
2)	Les difficultés liées à l'acculturation et au déplacement	29
3)	La discrimination	30
4)	Les traumatismes ou les abus	30
5)	Le sentiment d'isolement et le manque de soutien social	31
6)	Le conflit relationnel, la mésentente et la perte	31
C.	<i>Les facteurs de risque individuels</i>	31
1)	Les antécédents de tentative de suicide	32
2)	Les troubles mentaux.....	32
3)	L'usage nocif de l'alcool et d'autres substances psychoactives	32
4)	La perte d'emploi et les pertes financières	33

5)	Le désespoir	33
6)	La douleur et les maladies chroniques	33
7)	Les antécédents familiaux de suicide	34
8)	Les facteurs génétiques et biologiques	34
IX.	CAUSES, FACTEURS DE RISQUES ET FACTEURS DECLENCHANTS	34
X.	MODES ET MOYENS DE SUICIDE :	36
A.	<i>suicide par pendaison</i> :	36
B.	<i>Suicide par défenestration</i> :	36
C.	<i>Suicide par noyade</i> :	36
D.	<i>Suicide par prise médicamenteuse</i> :	36
E.	<i>Autres</i> :	36
F.	<i>Suicide par ingestion des produits caustiques</i> :	37
➤	CIRCONSTANCES DE SURVENUE (33)	37
➤	TYPES DES PRODUITS INGÉRÉS	38
➤	PROCESSUS LÉSIONNELS	38
➤	MODES D’ACTIONS DES AGENTS CAUSTIQUES :	39
XI.	PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS AUX URGENCES	40
A.	<i>Prise en charge en général :(1)</i>	40
1.	Accueil aux urgences	40
2.	Examen somatique	40
3.	Évaluation psychologique	40
4.	Évaluation sociale	41
B.	<i>Prise en charge des tentatives du suicide par ingestion caustique :(35)</i>	42
1.	Avant l'hospitalisation	42
2.	Clinique et paraclinique	43
A.	<i>Interrogatoire</i>	43
2.	Traitement	48
XII.	ELEMENTS DE PRONOSTIC	52
XIII.	PREVENTION DU PHENOMENE SUICIDAIRE	52
A.	<i>Prévention primaire</i>	52
B.	<i>Prévention secondaire</i>	53
C.	<i>Prévention tertiaire</i>	53
D.	<i>Stratégies de prévention selon l’OMS</i>	53
	MATERIELS ET METHODES	55
1-	Type d’étude	56
2-	Durée de recrutement	56
3-	Contexte de l’étude	56
4-	La population d’étude	56
5-	Les variables étudiées	57

6- Modalités de collecte et de contrôle des données :	59
7- Aspects éthiques :	60

RESULTATS..... 61

I. L'ENSEMBLE DES CAS DES TENTATIVES DE SUICIDE	62
A. <i>Les caractéristiques sociodémographiques</i> :	62
1/-Répartition des patients en fonction du sexe :	62
2/- Répartition des patients selon les tranches d'âge :	63
3/- Répartition des patients selon l'adresse :	65
Dans notre échantillon de 44 patients, la majorité des patients habitent à ROUISSAT (11 cas), suivi par (10 cas) qui habitent à ELKHAFDJI.....	65
4/- Répartition des patients selon le lieu de naissance :	67
5/- Répartition des patients selon le niveau d'instruction	68
6/- Répartition des patients selon le statut marital :	69
7/- Répartition des patients selon l'activité professionnelle :	70
B. <i>les antécédents</i> :	71
1/-Répartition des patients selon l'antécédent d'affection organique :	71
2/-Répartition des patients selon l'antécédent d'affection psycho-psychiatrique :	72
3/-Répartition des patients selon l'exposition à d'autres suicides dans.....	73
4/-Répartition des patients qui ont d'autres suicides dans l'entourage selon le type du TS :	74
5/-Répartition des patients selon les habitudes toxiques :	76
6/-Répartition des patients selon le type des habitudes toxiques :	77
6/.a-Répartition des patients selon les habitudes toxiques type tabac :	77
6/.a.1-Répartition des patients selon la date du début du tabac :	78
6/.b-Répartition des patients selon les habitudes toxiques type psychotropes :	79
6/.b.1-Répartition des patients selon la date du début des psychotropes :	80
6/.c-Répartition des patients selon autres habitudes toxiques :	81
6/.c.1-Répartition des patients selon la date du début des autres habitudes toxiques :	82
C. <i>Circonstance du TS</i> :	83
1/-Répartition des patients selon le type du TS :	83
2/-Répartition des patients selon le nombre du TS :	86
3/-Répartition des patients selon la cause du TS :	87
D. <i>CONTEXTE DU TS</i> :	89
1/-Répartition des patients selon la présence des idées suicidaires encore :	89
2-Répartition des patients selon le regret du geste suicidaire :	90
II. TENTATIVE DU SUICIDE PAR INGESTION CAUSTIQUE	91
A. <i>Les caractéristiques sociodémographiques</i> :	91
1/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon le sexe :	91
2/ -Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon les tranches d'âge :	93
2'/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC en fonction du sexe et de l'âge :	94

3/-Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon le statut marital, le niveau d'instruction et l'activité professionnelle" :.....	96
B. Les antécédents :	97
1/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon les affections organique et psycho-psychiatrique :	97
2/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon l'exposition d'autre suicide dans l'entourage :	98
3/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon les habitudes toxiques :	98
4/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon le type des habitudes toxiques :	100
C. Circonstances des du TS.....	101
1/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon le nombre du TS :.....	101
2/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon la cause du TS :	102
D. Contexte du TS	104
1/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon la présence des idées suicidaires encore et selon le regret du geste suicidaire :	104
DISCUSSION	105
I. DISCUSSION	106
A. Les facteurs sociodémographiques.....	106
B. Les antécédents :	108
B/psychotropes et autres HT :	109
C. Circonstances du TS :	110
D. Contexte du TS :	111
II. LES FORCES DE LA RECHERCHE.....	112
III. LES LIMITES DE LA RECHERCHE	112
IV. SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	112
CONCLUSION :	114
REFERENCES :	116
.....	119
ANNEXE	119
.....	120
.....	121

Résumé

Introduction : Les tentatives de suicide constituent un des principaux motifs d'hospitalisation aux urgences médico-chirurgicales. Le but de notre travail était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients admis aux urgences médico-chirurgicales pour tentative de suicide.

Méthode : Nous rapportons une étude descriptive rétrospective du 44 cas de la tentative du suicide, dont 21 cas sont des tentatives du suicide par ingestion caustique admis au service d'urgence medico-chirurgical de l'EPH MOHEMED BODIAF – OUARGLA-, durant 12 mois ; de mai 2020 à avril 2021.

Le diagnostic principal, des patients inclus, était une tentative du suicide par intoxication volontaires ou autolyse.

Résultats : Les résultats révèlent une proportion des TS par IC presque égal à demi (48%), constitue le moyen suicidaire le plus important ;dont une prédominance féminine(67%) ; l'effectif de la classe d'âge des 16-21 ans est le plus important; 77% des patients sont de chômeurs et 61 % des célibataires ; l'impulsivité dans le passage à l'acte et les problèmes des couples sont égal et représentée dans 28 % des cas et les récidivistes suicidaires sont sous représentés dans notre échantillon avec une fréquence relative de 41 %. Ces chiffres sont approximativement égaux aux résultats qu'on a trouvé dans l'ensemble des TS.

On a enregistré des fréquences importantes pour des valeurs qui peuvent être des facteurs du risques des TS en général, aussi que pour les TS par ingestion caustique (l'âge entre 16 et 21 ans ,le sexe féminin, le célibat, le chômage ,la présence d'une TS dans l'entourage, la consommation des psychotropes).Alors que (le sexe masculin, le niveau universitaire) peuvent représenter des facteurs de protection.

Conclusion : Les résultats de notre étude ne font que renforcer l'importance de rechercher les facteurs de risque prédictifs et précipitants d'une conduite suicidaire

Et ce, afin de permettre une prévention, un diagnostic précoce et une prise en charge adapte pour améliorer la symptomatologie, éviter les complications et prévenir au maximum le risque du passage à l'acte auto lytique.

Mots clés : *caractéristiques épidémiologiques, tentative du suicide, ingestion caustique, facteurs de risque, EPH MOUHAMED BOUDIAF.*

Summary

Introduction: Suicide attempts are one of the main reasons for hospitalization in medical-surgical emergencies. The purpose of our work was to determine the epidemiological and clinical characteristics of patients admitted to medical-surgical emergencies for attempted suicide.

Method: We report a descriptive study of 44 cases of attempted suicide, of which 21 cases are attempts of suicide by caustic ingestion admitted to the medico-surgical emergency department of the public hospital MOHEMED BODIAF – OUARGLA-, during 12 months; from May 2020 to April 2021.

The main diagnosis, of the patients included, was a suicide attempt by voluntary intoxication or autolysis.

Results : The results reveal a proportion of TS per CI almost equal to half (48%), constitutes the most important suicidal means; of which a female predominance (67%); the workforce of the age group of 16-21 years is the most important; 77% of patients are unemployed and 61% of singles; impulsivity in the act and the problems of couples are equal and represented in 28% of cases and suicidal repeat offenders are underrepresented in our sample with a relative frequency of 41%. These figures are approximately equal to the results found in all TS.

Significant frequencies have been recorded for values that may be risk factors for TS in general, as well as for TS by caustic ingestion (age between 16 and 21 years, female sex, celibacy, unemployment, the presence of TS in the environment, smoking, consumption of psychotropic). Whereas (male sex, university level) may represent protective factors.

Conclusion: The results of our study only reinforce the importance of researching them. predictive and precipitating risk factors for suicidal behavior

And this, in order to allow prevention, early diagnosis and adaptive management to improve symptomatology, avoid complications and maximally prevent risk from the passage to the self-lytic act.

Key words: *epidemiological features, suicide attempt, caustic ingestion, risk factors, the public hospital MOHEMED BODIAF.*

ملخص

مقدمة: محاولات الانتحار هي واحدة من الأسباب الرئيسية لحالات الطوارئ الطبية الجراحية. كان الغرض من عملنا هو تحديد الخصائص الوبائية والسريرية للمرضى المتابعين في حالات الطوارئ الطبية الجراحية لمحاولة الانتحار

الطريقة: نبلغ عن دراسة وصفية بأثر رجعي، لـ 44 حالة محاولة انتحار، منها 21 حالة محاولة انتحار عن طريق الابتلاع الكاوي الذي تم إدخاله إلى قسم الطوارئ الطبية الجراحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، خلال 12 شهر من ماي 2020 الى افريل 2021 كان التشخيص الرئيسي، للمرضى المشمولين، محاولة انتحار عن طريق التسمم الطوعي أو إيذاء ذاتي متعمد.

النتائج: تكشف النتائج عن نسبة محاولة انتحار عن طريق الابتلاع الكاوي تساوي تقريبا النصف (48%) ، وتشكل أهم وسائل الانتحار؛ منها هيمنة الإناث (67%) ؛ القوى العاملة في الفئة العمرية من 16-21 سنة هي الأكثر أهمية ؛ 77 % من المرضى عاطلون عن العمل و 61 % من العزاب ؛ الاندفاع في الفعل الانتحاري ومشاكل الأزواج متساوية وتمثل 28 % من الحالات، وحالات تكرار الفعل الانتحاري ممثلة تمثيلا ناقصا في عينتنا مع تردد نسبي من 41%. هذه الأرقام تساوي تقريبا النتائج الموجودة في جميع حالات محاولة الانتحار تم تسجيل ترددات كبيرة للقيم التي قد تكون عوامل خطر لمحاولات الانتحار عامة، وعن طريق الابتلاع الكاوي خاصة (العمر بين 16 و 21 سنة ، الجنس الأنثوي العزوبة ، البطالة ، وجود حالة انتحار في الوسط الاجتماعي المحيط، التدخين، استهلاك المؤثرات العقلية).

في حين أن (الجنس الذكري، المستوى الجامعي) قد يمثل عوامل وقائية
الخلاصة: نتائج دراستنا تعزز فقط أهمية البحث عن عوامل الخطر التنبؤية والعجزية للسلوك الانتحاري وهذا، من أجل السماح للوقاية والتشخيص المبكر والإدارة التكميلية لتحسين الكشف عن الأعراض، وتجنب المضاعفات ومنع المخاطر إلى أقصى حد من المرور إلى الفعل الذاتي.

الكلمات المفتاحية: السمات الوبائية عوامل الخطر ، المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ، محاولة الانتحار ، الابتلاع الكاوي

INTRODUCTION

I. Ampleur du problème

Le suicide est un sujet qui a toujours été controversé. C'est un phénomène qui a longtemps suscité l'intérêt des chercheurs. C'est un phénomène complexe qu'on ne peut prétendre aborder du seul point de vue médical.

D'autres approches, historique, philosophique, anthropologique, théologique, sociologique...se sont intéressées au phénomène.

Le suicide est « l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie ». En plus d'être une tragédie personnelle, c'est aussi un grave problème de santé publique. La fréquence du suicide et des tentatives de suicide ne cesse d'augmenter dans le monde.(1)

Plus de 700 000 personnes se suicident chaque année ; Pour chaque suicide, on dénombre de nombreuses autres tentatives de suicide . Une tentative de suicide est le principal facteur de risque de suicide ultérieur dans la population générale.

Le suicide est la quatrième cause de mortalité chez les 15-19 ans dans le monde en 2019(2)

77%des suicides surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'ingestion de pesticides, la pendaison et les armes à feu sont parmi les méthodes de suicide les plus répandues dans le monde

L'ingestion de produits caustiques reste une urgence fréquente. Elle est responsable de lésions graves, engageant le pronostic vital, dans l'immédiat et dans les formes sévères est posant un problème de rétablissement de continuité du tube digestif secondairement.

Les circonstances de survenue sont de deux types : volontaire, dans un but de suicide et accidentel.

Chaque année, près de 703 000 personnes (2) se suicident et beaucoup d'autres font une tentative de suicide. Chaque suicide est une tragédie qui touche les familles, les communautés et des pays entiers et qui a des effets durables sur ceux qui restent.

Cependant, à l'heure actuelle, il y a toujours de nombreuses personnes qui choisissent de mettre fin à leurs jours. A travers les ouvrages, nous pouvons découvrir que la courbe du suicide décolle vers les 14-15 ans et qu'elle ne redescend qu'à partir de 60 ans

Le suicide est un grave problème de santé publique ; or il peut être évité moyennant des interventions menées en temps opportun, fondées sur des données factuelles et souvent peu coûteuses. Pour que l'action nationale soit efficace, une stratégie globale multisectorielle de prévention du suicide s'impose.

-Quelles sont les personnes exposées ?

Si le lien entre suicide et troubles mentaux (en particulier la dépression et les troubles liés à l'usage de l'alcool) est bien établi dans les pays à revenu élevé, de nombreux suicides ont lieu de manière impulsive dans un moment de crise et de défaillance de l'aptitude à faire face aux stress de la vie, tels que les problèmes financiers, une rupture, une maladie ou une douleur chronique.

De plus, les conflits, les catastrophes, la violence, la maltraitance ou un deuil et un sentiment d'isolement sont fortement associés au comportement suicidaire.

Les taux de suicides sont également élevés dans les groupes vulnérables confrontés à la discrimination, tels que les réfugiés et les migrants ; les populations autochtones ; les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres ou intersexuées ; et les prisonniers. Le risque de suicide le plus important est de loin une précédente tentative de suicide.(2)

Une meilleure connaissance des facteurs prédictifs du suicide permettrait d'intervenir en amont et de prendre en charge les sujets à risque.

Notre travail se propose d'étudier les tentatives de suicide, plus précisément tentative du suicide par ingestion caustique(1)

Cela amène à se questionner sur le sujet. **Avons-nous constatées l'ampleur du problème et la détérioration de la situation dans notre région en ce concerne les tentatives du suicide par ingestion caustique ? Avons-nous la capacité pour entreprendre une action avec une personne qui pense au suicide ou qui a tenté de se suicider ?**

II. Objectifs :

1. Objectif principal

Déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de l'ensemble des tentatives de suicide entre 05-2020 et 04-2021 au niveau de l'EPH MOHAMED BOUDIAF OUARGLA,

2. Objectifs secondaires

- Déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des tentatives de suicide par ingestion caustique, au niveau de l'EPH MOHAMED BOUDIAF OUARGLA,
- Dépister les différents facteurs du risque ; ainsi que les facteurs de protection des tentatives de suicide observées chez les suicidants au niveau de l'EPH MOHAMED BOUDIAF OUARGLA,

REVUE DE LITTERATURE

I. DEFINITIONS ET CONCEPTS :(3)

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

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

Le suicide vient du latin « sui » qui signifie soi-même et du déverbal « caedere », un mot violent signifiant abattre, massacrer, faire tomber, tuer. Le terme suicide est donc un mot associé à une mort violente. Il désigne l'acte par lequel un sujet se donne volontairement la mort. L'OMS le définit comme étant « tout acte délibéré de mettre fin à ses jours, accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale » (OMS, 2002).

Dans ce contexte, on parle de mortalité suicidaire et de sujets suicidés pour désigner tout individu dont la conduite suicidaire a abouti à son décès.(4,5)

La tentative de suicide (TS) est plus difficile à définir du fait de l'hétérogénéité des comportements suicidaire et de la difficulté à attribuer à un individu la même intentionnalité qu'à un autre. La TS est employée pour désigner « tout acte inhabituel commis consciemment par un individu dans le but de se donner la mort mais n'aboutissant pas à la mort » (OMS, 2002). Ces actes peuvent correspondre à un geste de violence sur sa propre personne, à l'ingestion d'une substance toxique ou de médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique, ou à tout autre acte par lequel l'individu va mettre consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique.

Le « suicidant » va donc renvoyer à une personne qui a survécu à son geste suicidaire. On parlera de primo suicidant pour désigner un individu qui a commis un premier geste suicidaire mais qui n'avait pas d'antécédent de TS, par opposition au récidiviste. Enfin, de la même manière que l'on évoque la mortalité suicidaire pour les suicides, on parle de morbidité suicidaire pour les TS(1).

Les équivalents suicidaires sont des conduites dites « à risque » qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort (OMS, 2002). Il s'agit par exemple des conduites addictives, des automutilations répétées, des refus de s'alimenter, de l'absence de coopération au traitement

médical pour des sujets sévèrement malades etc. Ces conduites ne sont pas considérées comme des TS.(4)

Les conduites suicidaires comprennent les suicides, mais aussi les TS. Certaines conduites à risque s'apparentant à des « équivalents suicidaires ».

Les idées suicidaires correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. Ces idées sont parfois exprimées sous la forme de menaces suicidaires (OMS, 2002). Dans ce cas, on parle de sujets suicidaires. Tous les sujets suicidaires ne passent pas tous à l'acte.(4)

Une crise suicidaire correspond à une situation de rupture et de souffrance importante durant laquelle un individu est en grande vulnérabilité, se sent dans une impasse et a des idées suicidaires. Ses idées noires comme on les appelle, deviennent de plus en plus envahissantes et le suicide lui apparaît alors comme étant le seul moyen efficace de faire face à sa souffrance et de sortir de son état de crise. La crise suicidaire est réversible et temporaire (dure entre six à huit semaines) (OMS, 2002). La TS ne représente qu'une des sorties possibles de la crise suicidaire, mais elle lui confère sa gravité.

Suicides et Tentatives de suicide dans le monde(6)

Il est couramment admis que le suicide est l'une des causes de décès les plus importantes dans le monde. Le rapport de l'OMS concernant la charge mondiale de mortalité publié en 2008 souligne que parmi les cinq premières causes de mortalité figurent :

1. le VIH/sida (1,8 million de morts par an)
2. la violence (1,5 million de morts par an)
3. la tuberculose (1,3 million de morts par an)
4. les accidents de la circulation (1,2 million de morts par an)
5. le paludisme (0,8 million de morts par an)

Le décès par suicide est classé dans le groupe des morts violentes (1,5 million de morts par an) et il représente 52% des morts de cette catégorie contre 32% pour les homicides, et 12% pour les violences collectives.

La mortalité suicidaire est donc plus importante que la mortalité liée aux homicides ou aux crimes de guerre (OMS, 2002).

Suicide par ingestion des produits caustiques : Consiste à l'utilisation des acides forts, des bases forts ou des oxydants avec des volumes importants ou non pour un but d'autolyse, comme ça peut être de façon accidentel plus fréquemment c'est le cas chez les enfants

Dans les deux situations les quantités ingérées provoquent des lésions dans le tractus digestif et réalisent une urgence nécessitant une prise en charge dans une structure d'urgence médico chirurgicale.(7)

Dans le cas du but suicidaire une évaluation psychiatrique doit être mise en place.

II. L'histoire du suicide : sujet tabou

Avant d'entrer dans le vif du sujet, voici une définition du suicide afin que nous ayons tous la même définition en tête :

Le suicide ; du lat. sui « de soi » et -cide, d'apr.

Homicide : Action de causer volontairement sa propre mort (ou de le tenter), pour échapper à une situation psychologique intolérable, lorsque cet acte, dans l'esprit de la personne qui le commet, doit entraîner à coup sûr la mort.

A présent, faisons un détour sur l'histoire du suicide et du tabou qui règne autour du sujet. En effet, le suicide est un sujet qui est de plus en plus abordé. Cependant, il reste encore relativement tabou. Ce phénomène n'a jamais laissé indifférent les hommes et a toujours été un sujet de controverse.

A. Profil historique du phénomène suicidaire :

1. Le suicide de l'Antiquité au Moyen-âge

Durant l'**Antiquité**, la société grecque interdisait toute sépulture à un mort par suicide et l'enterrait en-dehors de la cité. Les principales raisons pour se donner la mort durant l'Antiquité étaient le mépris de la vie, la fuite des maux associés à l'âge, la dévotion à la patrie.

Plusieurs textes de penseurs grecs défendent le suicide et admettent qu'il peut s'agir d'une solution lorsque la dignité de la personne est en cause. La mort de Socrate posera de grandes questions sur les aspects éthiques du suicide.

Rappelons que celui-ci s'est donné la mort en buvant la ciguë pour protéger son honneur au moment où il était menacé de peine de mort.

Pourtant Socrate, tout comme Platon ou Aristote, défend l'idée que la vie appartient aux Dieux et que le suicide est condamnable. Cette idée sera également celle de l'Eglise. Dès le Moyen-âge, l'Eglise catholique adopta une position très ferme en interdisant le suicide. Pour justifier cette décision, l'évêque Saint-Augustin reprit le cinquième commandement de Moïse : « Tu ne tueras point ». Toute vie humaine appartenant à Dieu, c'était un crime, un péché de la supprimer. Saint-Augustin condamna sans exception toute personne qui se donna la mort volontairement.(8)

Lors des entretiens effectués, cette notion s'est également retrouvée. Les personnes rencontrées ont souvent été confrontées à des situations où le suicide était caché.

Le christianisme développera une position de refus face au suicide mais émettra tout de même des réserves. C'est-à-dire qu'il n'excusera que des cas particuliers, par exemple en cas de folie d'un individu et pour autant que sa conduite ait été irréprochable avant sa mort.

A la **fin du Moyen-âge**, Saint Thomas reprendra le débat et évoquera dans sa Somme théologique les arguments pour et les arguments contre le suicide. Sa conclusion sera sans appel : le suicide est un crime contre la nature et surtout contre Dieu qui est le propriétaire de nos vies.

Les grandes religions de l'histoire de l'humanité condamnent également le suicide. Les religions condamnent la pratique du meurtre et c'est en regard de cela qu'elles sont contre le meurtre de soi-même. Par exemple l'Islam a été la religion qui a été la plus sévère à ce sujet. Cette fermeté ne laisse pas de doute et le faible taux de suicide dans les pays islamiques démontre son importance.

2. Le suicide à l'époque contemporaine

Si le suicide pose le problème de la liberté de chacun, il est curieux qu'il n'ait pas suscité autant de controverses que dans la philosophie contemporaine. Le problème du suicide n'a pas été absent mais ne semble pas prioritaire aux yeux des philosophes et semble davantage préoccuper les écrivains. Albert Camus, dans son essai sur le mythe de Sisyphe, avait déclaré que le suicide était un problème fondamental et qu'il amenait à poser le problème du sens de la vie. Bien que, selon lui, l'absence de sens à la vie ne justifie pas un tel acte.

D'un point de vue sociologique, l'élément marquant a été le livre *Le suicide*, du sociologue Durkheim⁵. La problématique du suicide a été abordée bien avant lui, mais Durkheim ouvre une nouvelle approche. Selon lui le suicide est une conduite et un fait social produits par des forces sociales qui dépassent l'individu.

L'approche psychanalytique est également intéressante. Le récit le plus approfondi sur le sujet a été établi par Karl Menninger, célèbre psychiatre américain, dans son livre *Man against Himself*, publié en 1938. Sa conclusion est le prolongement de la pensée Freudienne (Freud pense que le suicide est le résultat de l'instinct de mort ou de la tendance à l'autodestruction de l'être humain). Karl Menninger tend à dire que cette tendance suicidaire se retrouve à divers degrés dans différents comportements et états pathologiques. Voici des exemples : la psychose est en réalité une maladie où la personne, par le déni, refuse la réalité du monde. L'alcoolisme serait un geste d'autopunition pour ôter sa culpabilité engendrée par des gestes agressifs et

calmer sa souffrance morale. Enfin, les gestes d'automutilation seraient les formes les plus visibles de ce désir de se donner la mort.

Certains auteurs voient en la mort l'expression du désir d'une réunion narcissique sur le plan des fantasmes, une espèce de fuite en avant à la recherche d'un paradis perdu.

B. Courant sociologique :

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

En 1897, Émile Durkheim, le fondateur de l'école française de sociologie, consacra tout un ouvrage [le Suicide] à l'étude de ce qu'il considérait comme un phénomène social. Durkheim récuse en premier lieu les explications couramment avancées au XIX siècle : à savoir l'hérédité, l'assimilation du suicide à la folie, le climat..(5,9,10).

À l'aide de statistiques, Durkheim a pu comparer les variations du taux de suicide dans le temps comme dans l'espace, afin de saisir les facteurs susceptibles d'affecter le phénomène. Durkheim conclut que « chaque société est prédisposée à fournir un contingent de morts volontaires ». Selon cet auteur, on doit chercher les facteurs explicatifs des variations du taux de suicide dans les modalités de l'intégration ou la régulation sociale.

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

□ **L'intégration sociale**, à savoir le fait que les individus partagent une conscience commune, qu'ils soient en relation permanente les uns avec les autres et se sentent voués à des objectifs communs. Une intégration sociale défailante est à l'origine à la fois du suicide altruiste et du suicide égoïste.(5,9)

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

-Le suicide égoïste provient, à l'inverse, d'une carence de liens sociaux.

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

□ **La régulation sociale** (4)<(l'autorité morale de la société sur les individus, qui leur fixe des limites et qui circonscrit leurs désirs).

Elle donne deux modes de suicide :

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

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

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

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

Halbwachs a démontré la dimension sociale de la décision individuelle du suicide : «C'est dans la société qu'il [l'individu] a appris à vouloir, et, même lorsqu'il en est retranché moralement, et qu'il croit ne plus participer à sa vie, il suit encore en partie son impulsion». Selon cet auteur « Le nombre des suicides est un indice assez exact de la quantité de souffrance, de malaise, de déséquilibre et de tristesse qui existe ou se produit dans un groupe ».

Au total, ce courant social insiste sur le rôle de la société dans la production des conduites suicidaires. Nous pouvons trouver des facteurs de risque de type génétiques et biologiques, sociodémographique, de type comportemental, de type somatique ou de type psychique.(3)

C. Courant psychologique :

La psychopathologie et la psychanalyse ont joint, aujourd'hui, leurs explications dans une étiologie souvent convergente. Dès 1905, S.Freud évoque le retournement de l'agressivité contre le moi dans le geste suicidaire, point de départ de ses travaux fondés sur la notion de « pulsion de mort » qui la définit comme «la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique», à partir de laquelle s'enrichira la réflexion sur le suicide. Cela va ouvrir une brèche dans la condamnation des suicidés.

Freud a insisté sur l'importance des facteurs individuels inconscients -au lieu des enjeux sociaux comme l'a prouvé Durkheim. Selon Freud, le suicide est une « agression interne contre un objet d'amour introjecté ». Il a décrit le modèle de la mélancolie : le surmoi perd sa fonction protectrice pour se déchaîner avec une violence contre le moi. La formule de Freud, selon laquelle « nul n'est probablement à même de trouver l'énergie de se tuer, à moins de commencer

à trouver quelqu'un à qui il s'est identifié », marqua l'interprétation psychanalytique du phénomène.

Le psychiatre allemand Karl Menninger a réuni les trois points impliqués par la formule freudienne : le suicide comme désir de mourir, de tuer et de se tuer(4,5,12) :

-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, 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.(13)

On considère, donc, que les personnes qui se suicident sont atteintes d'une maladie mentale car les difficultés de la vie ne suffisent pas à conduire les gens au suicide. La majorité de ceux qui se suicident ont une dépression ou souffrent de troubles de la personnalité, de schizophrénie, ou encore de la dépendance à la drogue ou l'alcool.(14)

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

III. Suicide et religions monothéistes

Les religions monothéiques dans leur ensemble (christianisme, judaïsme, islam) condamnent universellement le meurtre d'autrui et le meurtre de soi. A.Malafosse et

P.Huguelet montrent les positions des trois religions vis-à-vis du suicide(12) :

A. Le judaïsme

L'homme n'est pas habilité à porter atteinte à soi-même, la vie étant un don divin sacré dont on ne dispose pas. La Tora proclame : « Votre sang, partie de vous-même, j'endemanderai compte. » (La Genèse, chapitre 9). « Tu ne tueras point » est l'une des dix paroles de Yahvé à Moïse.

Le judaïsme interdit le suicide et les rites mortuaires aux suicidés.

B. L'église catholique

Saint-Augustin n'accepte aucune raison de se donner la mort : c'est un crime de se tuer. Pour des siècles, le suicide était interdit ainsi que l'enterrement du corps du suicidé.

C. Les églises protestantes

Pour les églises issues de la réforme luthéro-calvinienne, majoritaires en Europe, le suicide ne fait pas partie des exceptions explicitement autorisées, pas plus qu'il n'est explicitement interdit.

D. Le suicide dans l'islam :

Le suicide est strictement interdit en Islam : On retrouve, dans le coran(15) , le verset suivant : « Ne tuez pas vos personnes ! Dieu vous est Miséricordieux ! Qui par agressivité et iniquité commettrait ce crime, Nous le ferons brûler au feu. C'est pour Dieu bien facile » (Coran, 4 :29-30) Dans la tradition (parole du prophète), on rapporte le « hadith » suivant : « Quiconque se précipite du haut d'une montagne et se tue sera jeté dans la géhenne où il ne cessera de dégringoler éternellement. Quiconque se tue à l'aide d'un poison gardera ce poison éternellement en enfer. Quiconque se tue à l'aide d'une lame, celle-ci restera dans sa main et plongée dans son ventre en enfer où il restera éternellement.» (Rapporté par Boukhari, 5778)

IV. Epidémiologie

Lorsque l'on parle du suicide, il est impossible de ne pas aborder l'aspect épidémiologique. Il est important de savoir qu'il est difficile d'avoir des données précises dans ce domaine. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le suicide est encore tabou et il est souvent masqué en accident.

A. Dans le monde

Les suicides et tentatives de suicide posent, de nos jours, un important problème de santé publique. L'organisation mondiale de la santé (OMS) affirme qu'en moyenne, un million de personnes se suicident chaque année dans le monde(10), soit une moyenne de 3000 décès par jour et d'un suicide toutes les 40 secondes avec un nombre de tentatives de suicide 20 fois plus

élevés. Il est clairement établi que la publication des données chiffrées fiables sur les conduites suicidaires concerne uniquement un nombre restreint de pays dans le monde.

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) (16)

Si la mortalité par suicide est nettement majoritaire chez les hommes, les taux des tentatives de suicide chez les femmes sont trois fois plus élevés.

B. Au Maghreb

Le Dr Bensmail, psychiatre algérien, s'est basé sur des études(17) , souvent ponctuelles et fragmentaires, pour avancer les taux suivants concernant le Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie) :

- Pour les tentatives de suicide, leur taux annuel, tout en restant en deçà des chiffres européens, ne présente pas de différence notable pour les trois pays.

Ils sont de 31 à 34 pour cent mille (100000) habitants (en France, 266 TS pour cent mille habitants). On constate une très forte prédominance juvénile (70% chez les moins de 25 ans) et notamment féminine avec en moyenne deux femmes pour un homme. On remarque tout de même un pourcentage insignifiant pour les personnes âgées (plus de 60 ans) de 0 à 0.7%.

- Pour les suicides, les taux annuels sont relativement faibles : 2 pour 100000 habitants en Algérie et au Maroc, il est de 4.5 pour 100000 h. en Tunisie.

- Ce taux va jusqu'à 20 pour 100000 h. en France et 40 pour 100000 h. dans les pays scandinaves.

C. En Algérie

La question des difficultés de l'enregistrement des données chiffrées concernant les suicides reste posée dans notre pays.

(Mimouni.M.B., Sebaa.F.Z.,Mimouni.M, Djaoui.B, 2010), au cours de leur travail de recherche et de réflexion(18), en avaient recensé les raisons suivantes :

1- Les raisons socio-anthropologiques : le suicide est vécu comme un acte répréhensible et même « honteux. Les familles occultent le fait pour se protéger de la stigmatisation et préserver leur image de la honte d'être la famille d'un suicidé ;

2- La peur des tracasseries administratives pour récupérer le corps, ainsi que la répulsion, vis-à-vis de l'autopsie, viennent conforter ce silence ;

3- Pour les tentatives de suicide, il faut ajouter l'hésitation des patients eux-mêmes à parler de leur acte, ou à l'occulter pour pouvoir « oublier » et éviter ainsi la stigmatisation en particulier pour les filles. Ces dernières sont encore plus stigmatisées que les hommes parce que la première question posée par l'entourage et parfois même le corps médical sur le pourquoi du passage à l'acte est : « a-t-elle perdu sa virginité et/ou est-elle enceinte? » ;

4- Souvent, les institutions ne considèrent pas le suicide comme une réalité d'intérêt ni comme problème de santé publique. Le corps médical note sur les registres uniquement la cause du décès (hémorragie, crise cardiaque, strangulation...) sans mentionner « suicide », ce qui ajoute à la difficulté d'avoir des chiffres fiables ;

5- Pas de logiciel à la disposition des services concernés ;

6- Peu de communication entre les services médico-légaux et les institutions nationales (DGSN, Gendarmerie nationale, Directions de la santé et de la population, Observatoires de la santé, Office national des statistiques (ONS), etc.) ;

7- Parcellisation des tâches (la police fait l'enquête, la protection civile enlève le corps, la gendarmerie à l'extérieur des villes, la police dans les agglomérations etc.) ce qui rend la collecte des données très difficile ;

8- Résistance des services concernés à communiquer sur le sujet ;

9- Enfin, la superstition et la peur du tabou. Evoquer le malheur éveille la peur chez l'interlocuteur qui répond par une formule con juratoire « b'idech-char » (que le mal s'éloigne), comme si évoquer le mal le rend possible et plus encore, lui donne vie. Mener une recherche sur le suicide, dans notre pays, n'est guère une sinécure. Il faut sans cesse sensibiliser, négocier et surtout persévérer.

La prise en charge des conduites suicidaires rester a minimisée tant que les autorités sanitaires et en charge de la population ne considère pas le suicide comme une question de santé publique

V. Le processus suicidaire

Le processus suicidaire se définit en plusieurs étapes. Le processus suicidaire est la période qui sépare le moment où la crise survient. Dans la plupart des cas, le suicide n'est pas un geste spontané et l'acte de se donner la mort arrive après un processus qui peut s'écouler sur un temps plus ou moins long.

Bien que le processus suicidaire puisse s'étendre chez certaines personnes sur plusieurs années, il est important de noter que l'impulsivité des jeunes peut accélérer celui-ci. Cela signifie que le délai entre le moment où le jeune pense au suicide et le passage à l'acte peut être, parfois, très court.

Voici les différentes étapes du processus suicidaire :

A. La recherche de solution

Il y a d'abord la recherche de solution. Le jeune est dans une période où il rencontre des difficultés qu'il n'arrive pas à surmonter. Cela peut être un problème à l'école ou un souci sentimental. Le jeune n'arrive pas à faire face à cela.

Nous savons qu'au fur et à mesure de notre existence nous avons tous acquis différentes compétences qui nous permettent de trouver des solutions et de faire face aux situations difficiles. Pour d'autres, l'éventail des solutions est restreint ou diminue parce que les solutions ne répondent pas aux besoins présents. À ce stade, l'idée du suicide n'a pas encore été envisagée ou très peu. Le jeune essaie essentiellement d'établir la liste des possibilités qu'il a, afin de se sentir mieux et atténuer ses souffrances.

B. L'idéation suicidaire

C'est dans cette recherche de solution que le jeune va commencer à avoir des pensées suicidaires et morbides. La personne commence à s'y attarder plus longuement, à imaginer différents scénarios sans passer à l'acte mais celle-ci est en crise. La personne est considérée comme étant suicidaire.

Les pensées suicidaires touchent environ 25% des jeunes scolarisés.

C. La rumination

La souffrance devient de plus en plus insupportable et le jeune tente de trouver des solutions. Comme les solutions ne viennent pas, il commence à être épuisé et pense à la mort. L'idée suicidaire revient de plus en plus souvent. Tous ces sentiments provoquent une grande angoisse et un grand tourment chez le jeune.

D. Le désespoir

Vient ensuite le désespoir. Le jeune peut tenter d'oublier sa souffrance à travers d'autres comportements néfastes telle la consommation d'alcool. Si ces comportements néfastes ne lui apportent pas un réel apaisement, le jeune va avoir à nouveau des idées suicidaires. Peu à peu, le suicide est considéré comme étant la solution à ses souffrances. En effet, pour les jeunes

le suicide signifie la fin d'une souffrance. Beaucoup de jeunes utilisent l'expression « ôter le mal ».

E. La cristallisation

Parvenu à cette dernière étape, le passage à l'acte est quasi imminent. La personne est submergée par le désespoir. Le suicide est considéré comme étant la seule solution à ses souffrances. A ce stade il y a généralement élaboration d'un plan précis. Par exemple la date, le moyen ou le lieu. On peut parfois observer une rémission spontanée de la crise suicidaire, soudainement il ne semble plus y avoir de problème. L'adolescent peut se sentir soulagé et donner des signes de mieux-être quand le suicide représente la solution définitive, car il possède maintenant un moyen accessible de mettre fin à ses souffrances.

Parvenu à cette étape du processus suicidaire, une coupure émotive des autres et un sentiment d'isolement sont souvent présents. Le suicide représente l'ultime tentative de reprendre le contrôle. Un événement précipitant survient, un problème s'ajoute et peut amener le passage à l'acte. Dans bien des cas un élément déclencheur peut précipiter le passage à l'acte. C'est à ce moment-là qu'il est important de distinguer la tentative de suicide et le suicide complété.

F. La tentative de suicide et le suicide complété

La tentative de suicide est un passage à l'acte suicidaire mais qui n'aboutit pas au décès. L'auteur devient une sorte de rescapé, ou plus couramment dit : un suicidant.

La tentative de suicide est 30 fois plus fréquente que le suicide complété.

Le suicide complété, ou abouti, c'est lorsque le jeune passe à l'acte et décède des suites de son geste. Les personnes qui réussissent leur tentative de suicide deviennent des suicidés.

VI. La Psychopathologie

Il serait illusoire de mettre en évidence un seul type de fonctionnement psychopathologique qui expliquerait le geste suicidaire ou la pensée suicidaire. Aujourd'hui, l'accent est davantage mis sur la vulnérabilité psychique du jeune suicidant. Cela est plus perçu comme une incapacité de faire face à...

Cependant, les professionnels tendent à dire qu'il existe deux grandes catégories de suicidaires. Nous trouvons en premier lieu, l'effondrement psychique soudain, sans aucun signe précurseur. Généralement très discret avant son geste suicidaire. Repérable quasi seulement grâce aux

antécédents suicidaires. Il est principalement proche de l'idéation suicidaire. Nous trouvons tout de même lors des examens cliniques des signes dépressifs.(19)

Le 2ème type est en lien avec la dépression et est plus visible, plus facilement repérable. Nous trouvons des troubles de la personnalité, borderline. L'idéation suicidaire est isolée à côté des tentatives de suicide. Il ne faut surtout pas penser que le type un est moins grave sur le plan psychopathologique !

Etablir un diagnostic psychiatrique permet de donner beaucoup d'informations sur la personne ainsi que sur son contexte. Ces informations sont également apparues lors de mes entretiens. En effet, les professionnels ont insisté sur le fait qu'il était primordial de ne pas faire l'amalgame entre le suicide et la dépression. Un jeune dépressif ne va pas forcément se suicider. Les études démontrent qu'en principe les personnes qui font une tentative de suicide présentent des troubles psychiques. L'avis des professionnels que j'ai rencontrés rejoint celui de mes lectures. A savoir : un diagnostic psychiatrique est indispensable. Souffrir d'un trouble psychiatrique ne suffit pas pour expliquer un suicide. Cependant, ceci constitue un facteur de risque important.(19,20)

Lors des « autopsies psychologiques » ou encore l'anamnèse, il apparaît que les suicidés ont donné des signes précurseurs, des fragments d'informations sur leur mal-être. Ces signes restent souvent inaperçus. C'est après-coup que les signes précurseurs paraissent évidents.

C'est pour cela qu'un jeune qui vient demander de l'aide dans le cadre d'une symptomatologie dépressive pourra bénéficier d'appui. Par contre, pour celui qui se tait, il est beaucoup plus difficile d'agir.

VII. Tentatives de suicide et troubles psychiatriques :(4,5,13)

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

C'est pourquoi la première étape du diagnostic étiologique des tentatives de suicide doit rechercher un trouble psychiatrique, Pour certains (Rich et Runeson1992), le meilleur prédicteur de suicide est la maladie psychiatrique. Esquirol est allé plus loin dans sa thèse

psychiatrique en considérant que le suicide est un symptôme et que tout suicidant est un malade mental.

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

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

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

Dans la CIM, on retrouve dans l'épisode dépressif sévère des idées de suicide manifestes. Nous allons nous intéresser à l'ordre de fréquence et à l'importance des troubles psychiatriques dans la genèse de processus suicidaire :

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

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

-Classification de DSM V des troubles dépressifs :

A. 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 répondent 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
3. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteurs presque tous les jours.
6. fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
7. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
8. diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous
9. pensées de mort récurrentes.

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

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

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

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

❖ Tentatives de suicide chez les déprimés :

Tout patient déprimé peut mourir par suicide : « l'attrait pour la mort est presque constant de la constellation dépressive ». Cela signifie que le risque suicidaire doit être envisagé chez tout patient déprimé. Ce risque est toujours présent soit au début de la maladie, soit au cours de son

évolution. Cliniquement, certaines caractéristiques potentialisent le risque suicidaire chez les déprimés :

- L'intensité de la dépression : plus la dépression est intense plus le risque d'une tentative de suicide grave est important
- La survenue d'une variation cyclique de l'humeur ;
- L'autoaccusation ou idée de culpabilité ou persécution qu'on doit rechercher et considérer comme alarmant surtout chez le mélancolique ;
- L'agitation, l'angoisse intense ou l'existence des idées délirantes chez le sujet déprimé peuvent être à l'origine des tentatives de suicide ;
- Chez les adolescents déprimés : il faut chercher une instabilité psychomotrice et une impulsivité associée au désespoir qui comportent un risque suicidaire imminent.

B. Tentatives de suicide et Schizophrénie

La schizophrénie est une psychose débutante chez l'adulte jeune qui affecte 1 à 1,5 % de la population. Elle se caractérise par des troubles du cours de la pensée, des idées délirantes, des hallucinations et une discordance affective. C'est une pathologie d'évolution bien souvent chronique, au Ctic lourd, source de désinsertion socioprofessionnelle et d'isolement affectif.

❖ Tentatives de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie :

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

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

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

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

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

- Blessure par arme à feu [7 %] ;
- Autres : immolation, empoisonnement, interposition sur la circulation [1 %].

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

C. Tentatives de suicide et Troubles de Personnalité

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

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

- Groupe A, qui correspond aux personnalités "psychotiques". Il inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques (sujets bizarres ou excentriques).
- Groupe B, qui inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques (sujets d'apparence théâtrale, émotifs et capricieux).
- Groupe C, qui correspondant aux personnalités "névrotiques". Il inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles compulsives (sujets anxieux et craintifs). Nous allons nous intéresser aux troubles de personnalité de type limite, psychopathique et histrionique qui présentent un risque suicidaire significativement élevé par rapport à la population générale.

1. Personnalité histrionique :

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

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

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

- inauthentiques, ambigus ;
- mal préparées, n'atteignent pas le pronostic vital, mais peuvent être trompeuses et aboutir à la mort, toute attitude de banalisation est ainsi à proscrire ;
- de caractère théâtral et une certaine « mise en scène » ;
- tendance à l'escalade pour forcer l'attention des autres ;

-répétées, cette répétition des tentatives de suicide peut faire détourner par lassitude un bon nombre d'interlocuteurs familiaux et médicaux. Le geste suicidaire prend une valeur d'appel aux autres, de quête affective où le désir d'aimer conduit à jouer sa mort devant les autres comme un défi.

2. Personnalité borderline (état limite) :

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

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

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

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

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

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

3. Personnalité psychopathique antisociale :

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

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

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

La tentative de suicide survient fréquemment :

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

D. Autres troubles psychiatriques

1. Troubles anxieux :

La prévalence de suicide est élevée dans les troubles anxieux surtout les attaques de panique : « le risque de suicide est aussi élevé dans les troubles anxieux que dans la dépression » Selon Wissmann : « le risque de tentatives de suicide est multiplié par 18 dans un échantillon de population urbaine »

2. Psychoses délirantes aiguës

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

Les facteurs de risque (21)

La majorité des suicides sont précédés de signes annonciateurs, oraux ou comportementaux. Il existe évidemment des cas soudains mais il est important de comprendre les signaux d'alarme et de savoir les repérer

Tableau 1: Les principaux facteurs de risque du suicide

SYSTEME DE SANTE	Obstacles aux soins
SOCIETE	Accès aux moyens
	Couverture médiatique inappropriée
	Stigmatisation associée à la demande d'aide
COMMUNAUTE	Catastrophes naturelles, guerres et conflits
	Stress lié à l'acculturation et au déplacement
	discrimination
RELATIONS	Traumatisme ou abus
	Sentiment d'isolement et manque de soutien
INDIVIDUS	Relations conflictuelles, mésentente ou perte
	Antécédents de tentative de suicide
	Troubles mentaux
	Usage nocif de l'alcool
	Perte de l'emploi ou financière
	Désespoir
	Douleur chronique
	Antécédents familiaux de suicide
Facteurs génétiques et biologiques	

En ce qui concerne le suicide, il existe une multitude de facteurs contributifs et de chemins causaux ainsi que tout un éventail d'options pour sa prévention. Généralement, une seule cause ou un seul facteur de stress ne permet pas d'expliquer un acte suicidaire. Souvent, un cumul de plusieurs facteurs de stress vient accentuer la vulnérabilité d'une personne aux comportements suicidaires. Dans le même temps, l'existence de facteurs de risque ne conduit pas nécessairement à un comportement suicidaire. En effet, toute personne atteinte d'un trouble mentale ne se suicide pas, par exemple.

VIII. Les facteurs de risque

Un large spectre de facteurs de risque a été identifié. Les principaux sont illustrés dans le tableau 1. Pour faciliter la lecture, ils ont été regroupés dans différentes catégories, à savoir systèmes de santé, société, communauté, relations (lien social avec la famille et les amis proches) et individus, qui reflètent un modèle écologique.

Il est important de noter que la liste des facteurs de risque présentée ici est loin d'être exhaustive. Il existe bien d'autres facteurs qui peuvent être classés différemment. L'importance de chaque facteur de risque et sa classification dépendent du contexte. Ces facteurs peuvent contribuer aux comportements suicidaires directement mais également indirectement, en influençant la prédisposition des individus aux troubles mentaux. Ce serait une erreur que de considérer bien distinctement les catégories identifiées qui, à l'instar des facteurs de risques qui interagissent entre eux, ne sont pas mutuellement exclusives. Il est bien plus judicieux de penser que ces catégories évoluent des systèmes jusqu'aux individus. En réalité, certains facteurs de risque spécifiques pourraient appartenir simultanément à plusieurs de ces catégories. Par exemple, la perte d'un emploi ou d'une aide financière pourrait avoir des conséquences sur une personne et se traduire par une détérioration de ses relations avec ses proches mais elle pourrait également être liée à une récession économique au niveau systémique. Les groupes ainsi créés permettent de simplifier la longue liste des facteurs de risque existants.

A. Les facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés

Les tabous, la stigmatisation, la honte et la culpabilité masquent les comportements suicidaires. En y faisant activement face, les systèmes de santé et les sociétés peuvent aider à prévenir le suicide. Certains des principaux facteurs de risque liés aux systèmes de santé et aux sociétés sont présentés ci-après.

1) Les obstacles à l'accès aux soins de santé

La comorbidité accroît de façon significative le risque de suicide. Par conséquent, l'accès efficace et en temps opportun aux soins de santé est primordial pour réduire ce risque.(22)

Pourtant, dans bon nombre de pays, les systèmes de santé sont complexes et manquent de ressources. S'y retrouver constitue, pour les personnes ne disposant que de peu de notions de base concernant la santé en général, et la santé mentale en particulier(23), un véritable défi. La stigmatisation associée à la demande d'aide en cas de tentatives de suicide et de troubles mentaux accentue la difficulté. Il en résulte un accès aux soins inapproprié et un risque de suicide accru.

2) L'accès aux moyens

L'accès aux moyens de suicide constitue un facteur de risque majeur. L'accès direct aux moyens (notamment les pesticides, les armes à feu, les lieux en hauteur, les voies ferrées, les poisons, les médicaments, les sources de monoxyde de carbone comme les gaz d'échappement des véhicules ou le charbon de bois, ainsi que d'autres gaz hypoxiques et toxiques), ou leur proximité, augmente le risque de suicide. La disponibilité des moyens de suicide spécifiques, ou les préférences en la matière, dépendent également des contextes géographiques et culturels (24)

3) La couverture médiatique et l'utilisation des médias sociaux inappropriées

Les mauvaises pratiques en matière de couverture médiatique font du suicide un événement sensationnel et séduisant et augmentent le risque d'imitation chez les personnes vulnérables(25–27). Les pratiques médiatiques sont inappropriées lorsqu'elles couvrent sans motif valable le suicide de personnes célèbres, font état de méthodes de suicides inhabituelles ou de vagues de suicides, montrent des images ou fournissent des informations sur les méthodes utilisées ou normalisent le suicide en tant que réponse acceptable à une crise ou une épreuve difficile.

Il a été prouvé que l'exposition à des exemples de suicide augmente le risque de comportement suicidaire chez les personnes vulnérables. Par ailleurs, le rôle supplémentaire joué par Internet et les médias sociaux dans la communication sur le suicide soulève des inquiétudes croissantes. Internet représente dorénavant l'une des principales sources d'information concernant le suicide, avec des sites facilement accessibles susceptibles de véhiculer une image erronée du suicide(28). Des sites web et des médias sociaux ont été pointés du doigt pour avoir encouragé et favorisé les conduites

suicidaires. Des particuliers peuvent également diffuser, sans aucun filtrage, des actes suicidaires et des informations connexes accessibles par ces deux médias.

4) La stigmatisation associée à la demande d'aide

La stigmatisation à l'encontre des personnes qui veulent se faire aider pour des comportements suicidaires, des problèmes de santé mentale ou d'abus de substances psychoactives, ou tout autre stress émotionnel, existe toujours dans de nombreuses sociétés. Ainsi stigmatisées, ces personnes ne recevront peut-être pas l'aide dont elles ont besoin. Par ailleurs, par peur d'être à leur tour stigmatisés, les amis et les familles des personnes vulnérables pourraient ne pas leur apporter le soutien dont elles ont besoin voire même choisir d'ignorer totalement leur situation.

B. Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations

Il existe une relation étroite entre les communautés au sein desquelles les personnes vivent et les facteurs de risque du suicide. Au niveau mondial, divers facteurs culturels, religieux, juridiques et historiques ont façonné le statut et la compréhension du suicide, permettant ainsi d'identifier un large éventail de facteurs communautaires qui influent sur le risque de suicide. Les relations directes qu'entretient une personne avec sa famille, ses amis proches et d'autres peuvent également avoir un impact sur les comportements suicidaires. Certains des principaux facteurs liés à ces catégories sont décrits ci-après.

1) Les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits

En raison des impacts destructeurs qu'ils ont sur le bien-être, la santé, le logement, l'emploi et la sécurité financière, les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits civils peuvent accroître le risque de suicide. Paradoxalement, les taux de suicide peuvent diminuer pendant ou immédiatement après une catastrophe naturelle ou un conflit, mais ce phénomène varie entre les différents groupes de personnes.

Le besoin émergent de renforcer la cohésion sociale peut expliquer cette baisse subite. Dans l'ensemble, il ne semble y avoir aucune tendance claire en matière de mortalité associée à suicide suite aux catastrophes naturelles, les différentes études mettant en lumière différents schémas(29).

2) Les difficultés liées à l'acculturation et au déplacement

Les tensions liées à l'acculturation et au déplacement des populations constituent un important facteur de risque du suicide qui touche certains groupes vulnérables comme les peuples autochtones,

les demandeurs d'asile, les réfugiés, les personnes incarcérées, les personnes déplacées dans leur pays et les immigrants.

Le suicide est prévalent chez les peuples autochtones. Les taux de suicide sont bien plus élevés chez les Amérindiens des États-Unis, les Premières nations et les Inuits du Canada, les Aborigènes d'Australie et les Maoris de Nouvelle-Zélande que dans le reste de la population(30,31). Cela est particulièrement vrai chez les jeunes et, en particulier, les jeunes hommes, qui figurent parmi les groupes les plus vulnérables au monde(32).

3) La discrimination

La discrimination à l'égard de certains sous-groupes au sein d'une population peut être permanente, endémique et systémique. La privation de liberté, le rejet, la stigmatisation et la violence sont autant d'événements stressants vécus par les sous-groupes concernés et pouvant susciter une conduite suicidaire.

Parmi les exemples des liens existant entre la discrimination et le suicide, citons :

- les personnes emprisonnées ou détenues ;
- les personnes qui se déclarent lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées ;
- les personnes victimes de harcèlement, y compris par Internet, et de victimisation par les pairs
 - les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants

4) Les traumatismes ou les abus

Les traumatismes ou les abus augmentent les facteurs de stress émotionnels et peuvent entraîner la dépression et des comportements suicidaires chez les personnes déjà vulnérables. Les facteurs de stress psychosociaux associés au suicide sont attribuables à différents types de traumatismes (notamment la torture, en particulier chez les demandeurs d'asile et les réfugiés), aux problèmes d'ordre juridique ou disciplinaire, aux difficultés financières, aux problèmes liés aux études ou au travail et au harcèlement. En outre, les jeunes ayant été confrontés à des difficultés dans leur enfance et au sein de leur famille (violence physique, abus sexuels ou psychologiques, négligence, mauvais traitements, violence familiale séparation ou divorce des parents, placement en institution ou auprès des services de protection de l'enfance) présentent un risque bien plus élevé de suicide que les autres.

Les effets des facteurs négatifs liés à l'enfance tendent à être étroitement liés et corrélés. Leur interaction augmente les risques de troubles mentaux et de suicide.

5) Le sentiment d'isolement et le manque de soutien social

On parle d'isolement lorsqu'une personne se sent déconnectée de son cercle social le plus proche, à savoir son/sa partenaire, les membres de sa famille, ses pairs, ses amis et d'autres proches. L'isolement va souvent de pair avec la dépression et un sentiment de solitude et de désespoir.

Dans de nombreux cas, l'isolement survient lorsqu'une personne traverse des épreuves ou est soumise à un stress psychologique et ne parvient pas à en discuter avec un proche. Combiné à d'autres facteurs, l'isolement peut accroître le risque de comportement suicidaire, en particulier chez les personnes plus âgées qui vivent seules, l'isolement social et la solitude étant d'importants facteurs contribuant au suicide.

La cohésion sociale est le tissu qui unit les gens à différents niveaux de la société, à savoir les individus, les familles, les écoles, les quartiers, les communautés locales, les groupes culturels et la société dans son ensemble. Entretenir des relations étroites, personnelles et durables et partager des valeurs permettent de donner un sens à sa vie et de se sentir en sécurité et en phase avec son entourage.

6) Le conflit relationnel, la mésentente et la perte.

Le conflit relationnel (par ex. : la séparation), la mésentente (par ex. : les litiges relatifs à la garde des enfants) et la perte (par ex. : le décès d'un/une partenaire) peuvent susciter des souffrances et un stress psychologique propre à la situation.

En outre, ces phénomènes sont associés à un risque accru de suicide. Des relations malsaines peuvent également constituer un facteur de risque. La violence, y compris sexuelle, à l'encontre des femmes est monnaie courante et est souvent le fait d'un partenaire intime. À l'échelle mondiale, 35 % des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime, ou des violences sexuelles exercées par d'autres que leur partenaire.

C. Les facteurs de risque individuels

Le risque de suicide peut être influencé par la vulnérabilité ou la résilience de chacun. Les facteurs de risque individuels sont liés à la probabilité qu'une personne développe de comportements suicidaires.

1) Les antécédents de tentative de suicide

Les antécédents de tentative de suicide constituent, de loin, le meilleur indicateur de risque futur de suicide. Même un an après une tentative de suicide, le risque de suicide et de décès prématuré imputable à d'autres causes reste élevé.

2) Les troubles mentaux

Dans les pays à revenu élevé, près de 90 % des personnes qui se suicident présentent des troubles mentaux. Chez les 10 % restants, chez qui aucun diagnostic clair n'a été posé, les symptômes psychiatriques ressemblent à ceux des personnes décédées par suicide.

Dans certains pays asiatiques, les troubles mentaux semblent toutefois moins répandus chez les personnes qui se suicident (environ 60 %), comme l'ont montré des études menées en Chine et en Inde.

Ce facteur de risque doit être considéré avec prudence. La dépression, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et les comportements antisociaux sont relativement courants et la plupart des gens qui en sont atteints ne manifestent pourtant pas de conduite suicidaire. Il convient néanmoins de noter que les personnes qui se suicident ou tentent de se suicider présentent une importante comorbidité psychiatrique. Le risque de suicide varie selon le type de troubles, les plus fréquemment associés au comportement suicidaire étant dépression et les troubles liés à la consommation d'alcool. Le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4 % chez les patients atteints de troubles de l'humeur, 7 % chez les personnes alcooliques, 8 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire et 5 % chez les personnes schizophrènes. Le risque de comportement suicidaire augmente surtout en cas de comorbidité. En effet, ce risque est significativement accru chez les personnes qui présentent plusieurs troubles mentaux.

3) L'usage nocif de l'alcool et d'autres substances psychoactives

Tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50% de tous les cas de suicide. En outre, le risque de suicide augmente encore si, à cet usage, s'ajoutent d'autres troubles psychiatriques. Au total, 22% de tous les décès par suicide peuvent être attribués à la consommation d'alcool, ce qui signifie qu'un cinquième des suicides ne surviendraient pas si la population ne buvait pas d'alcool. La dépendance à d'autres substances

psychoactives, notamment le cannabis, l'héroïne ou la nicotine, constitue également un facteur de risque du suicide.

4) La perte d'emploi et les pertes financières

La perte d'emploi, la saisie immobilière et l'insécurité financière sont associées à un risque accru de suicide en cas de comorbidité avec d'autres facteurs de risque tels que la dépression, l'anxiété, la violence et l'usage nocif de l'alcool. Par conséquent, les récessions économiques peuvent être considérées comme un facteur de risque individuel dans la mesure où elles peuvent conduire des personnes à faire face à une perte d'emploi ou à une perte d'argent.

5) Le désespoir

Le désespoir, en tant qu'aspect cognitif du fonctionnement psychologique, est souvent utilisé comme un indicateur du risque de suicide lorsqu'il est associé à des troubles mentaux ou des antécédents de tentative de suicide. L'avenir, la perte de motivation et les attentes d'une personne sont les trois principales facettes sur lesquelles porte le désespoir.

Souvent, ce dernier est détecté par la présence de pensées telles que « les choses n'iront jamais mieux » et « ma situation ne s'améliore pas » et s'accompagne, dans la plupart des cas, d'une dépression.

6) La douleur et les maladies chroniques

La douleur et les maladies chroniques constituent d'importants facteurs de risque des comportements suicidaires. On a constaté que les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale. Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement et à la détresse augmentent le risque de suicide. Sont entre autres concernés le cancer, le diabète et le VIH/sida.

EXEMPLE DE SIDA :

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

C'est également le cas pour l'infection par le VIH lors de la découverte du diagnostic et de l'entrée dans la phase de SIDA (Marzuk 1991). Dans cette dernière phase, on note selon les études une augmentation de la fréquence des morts par suicide de 16 à 36 fois par rapport à la

population générale. Cependant, parmi la population de personnes atteintes de maladie somatique, y compris le VIH, le suicide survient rarement en l'absence d'une comorbidité psychiatrique (Marzuk 1991).

7) Les antécédents familiaux de suicide

Le suicide d'un membre de la famille peut profondément bouleverser le cours de la vie d'une personne. Pour la plupart des gens, la perte d'un être cher est un événement déchirant. Outre la peine, la nature du décès peut faire naître un sentiment de stress, de culpabilité, de honte, de colère, d'anxiété et de détresse chez les membres de la famille et les proches.

L'idée du suicide peut devenir plus acceptable chez une personne qui a perdu un membre de sa famille ou un proche par ce moyen. Pour toutes ces raisons, les personnes touchées par le suicide ou endeuillées présentent elles-mêmes un risque accru de suicide ou de trouble mental

8) Les facteurs génétiques et biologiques

Des modifications génétiques ou du développement survenant dans un certain nombre de systèmes neurobiologiques sont responsables des conduites suicidaires. Par exemple, des taux bas de sérotonine sont associés à de graves tentatives de suicide chez les patients atteints de troubles de l'humeur, de schizophrénie et de troubles de la personnalité.

Les antécédents familiaux de suicide constituent un important facteur de risque du suicide et des tentatives de suicide.

IX. Causes, facteurs de risques et facteurs déclenchants

Ces notions sont très importantes et il est vrai que nous pouvons souvent les confondre.

Or, il est primordial de les distinguer. Par ailleurs, il est important de comprendre que les facteurs de risques n'expliquent pas tout. En effet, « ces événements ne nous expliquent pas pourquoi les gens se suicident ou tentent de le faire, ils nous disent juste que ces personnes sont plus fragiles par rapport au risque de suicide ».

Le facteur déclenchant est souvent perçu comme étant la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Mais avant d'examiner ce qui remplit ce vase il est intéressant d'examiner le vase lui-même. Voici une jolie métaphore qui illustre bien ces propos : « (...) d'abord examiner le vase lui-même, de quoi il est constitué, quelle est sa forme, sa taille, sa solidité, sa résistance aux

chocs. C'est ce qu'on appelle les facteurs prédisposants. Quels sont-ils ? Il s'agit de tout ce qui a trait au milieu dans lequel un individu est venu au monde et a grandi. (...) ».

Le facteur déclenchant fait également référence à un événement récent qui a fragilisé le jeune. Cet événement le rend incapable de trouver une réponse à sa souffrance.

Beaucoup de personnes peuvent assimiler cela à la cause. Mais il est important de prendre conscience que le facteur déclenchant n'est qu'une infime partie visible de l'iceberg.

Le facteur déclenchant peut aussi être appelé le motif précipitant. Selon Marlène Falardeau : « (...) ces facteurs pèsent différemment dans la balance et aucun d'entre eux ne semble être, de façon isolée, le seul facteur ou la seule cause du suicide ».

La différenciation de ces différents termes est très importante pour le suivi de la personne et pour la prévention.

X. Modes et moyens de suicide :

Ils existent plusieurs méthodes utilisées pour se suicider, ces dessous sont des exemples les plus fréquemment utilisés :

A. suicide par pendaison :

Est l'acte de se donner la mort par strangulation, à l'aide d'une corde, d'une ceinture, d'un câble électrique ou de tout autre objet permettant de se suspendre en enserrant fortement le cou. La constance de l'effet létal sur le cerveau en fait une des méthodes de suicide ayant un fort taux de réussite.

B. Suicide par défenestration :

Est le fait de se jeter soi-même par une fenêtre dans le but de se suicider, elle est souvent fatale. Pierre Bonette différencie la précipitation (projection violente d'une hauteur élevée), de la chute qui concerne un corps tombant sous l'effet de la pesanteur.

C. Suicide par noyade :

C'est l'asphyxie par inondation des voies respiratoires causée par la submersion ou l'immersion, plus fréquemment en été ; le suicide par noyade en baignoire s'accompagne de prise de psychotropes, d'alcool...

D. Suicide par prise médicamenteuse :

C'est l'intoxication volontaire, les psychotropes sont plus fréquemment incriminés. ces médicaments sont associés à un taux accru de tentatives de suicide ; parmi ces médicaments : le bitartrate d'hydrocodone, l'acétaminophène, un analgésique opioïde (Vicodin), des anxiolytiques comme l'alprazolam (Xanax), le diazépam (Valium), la prednisone (corticostéroïde), le butalbital (barbiturique) ...

E. Autres :

suicide par arme blanche, par arme à feu, par immolation, empoisonnement et interposition sur la circulation.....

F. Suicide par ingestion des produits caustiques :

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) rapporte que l'ingestion de pesticides et les caustiques est la méthode d'autolyse la plus utilisée au monde.

Une ingestion caustique consiste à l'utilisation des acides forts, des bases forts ou des oxydants avec des volumes importants ou non pour un but d'autolyse, comme ça peut être de façon accidentel plus fréquemment ça c'est le cas chez les enfants

Dans les deux situations les quantités ingérées provoquent des lésions dans le tractus digestif et réalisent une urgence nécessitant une prise en charge dans une structure d'urgence médico chirurgicale. Les caractéristiques lésionnelles dépendent de la quantité de la substance ingérée et de sa nature. Mais toute ingestion massive de produit de forte causticité provoque une nécrose œsogastrique diffuse.

Le délai de prise en charge après ingestion d'une substance caustique est le principal facteur pronostic. Dans le cas du but suicidaire une évaluation psychiatrique doit être mise en place.

➤ **CIRCONSTANCES DE SURVENUE (33)**

Chez l'adulte, 90 % des ingestions de produits caustiques ont lieu dans un but suicidaire. Schématiquement, il existe deux tableaux psychiatriques distincts :

-- le premier est celui des psychoses graves (psychose maniaco-dépressive ou schizophrénie). L'ingestion fait suite à de nombreuses tentatives de suicide et le pronostic à long terme est grevé par cette maladie.

-- Le second tableau est représenté par des adultes jeunes, souvent impulsifs, qui passent à l'acte sans réel désir de mort, la gravité du geste étant sous-estimée. Cependant, chez certains, ce geste marque l'entrée dans une maladie psychiatrique grave.

Chez l'adulte, les ingestions accidentelles sont rares. La méprise vient du fait que le produit est souvent transféré dans une bouteille banale, pour en faciliter l'utilisation. Il est exceptionnel que les ingestions accidentelles donnent lieu à des brûlures sévères. Si tel est le cas, il faut mettre en doute ce diagnostic et rechercher une tentative de suicide masquée.

Les ingestions chez l'enfant, toujours accidentelles – et de plus en plus rares grâce aux précautions prises dans la présentation de ces produits (étiquetage, système de verrouillage sécurisé) –, ne seront pas abordées ici.

➤ TYPES DES PRODUITS INGÉRÉS

Les produits les plus fréquemment en cause peuvent être schématiquement classés en quatre groupes :

– **Les bases fortes (pH = 14)** : Destop®, Yplon®, Ouragan®, soude caustique. Ces substances induisent les brûlures les plus graves et sont la cause de la plupart des décès. Initialement, leur forte viscosité et leur commercialisation sous forme de paillettes ou de granulés, parfois associés à un agent mouillant, expliquaient le tropisme essentiellement oropharyngé et oesophagien de ces produits.

Actuellement, ces produits sont commercialisés sous forme liquide et induisent des lésions oesogastriques diffuses.

– **Les acides forts (pH < 1)** : acide chlorhydrique, acide sulfurique, acide nitrique. Leur concentration est variable selon les produits commercialisés. Les formes concentrées ont une causticité semblable à celle des bases fortes. L'émission de vapeur lors de l'ingestion peut induire des lésions trachéobronchiques. La brûlure est oesogastrique, prédominant fréquemment sur l'estomac. Pour les bases fortes et les acides forts, le délai d'installation de la brûlure maximale est de 3 à 6H.

– **L'eau de Javel** : la plupart du temps, il s'agit d'ingestions sous forme diluée qui n'induisent qu'exceptionnellement des lésions graves. Dans les ingestions sous forme concentrée, les lésions maximales sont essentiellement gastriques et peuvent se révéler après un intervalle libre de 24 heures.

– **Autres produits** : ces produits sont moins fréquemment en cause, mais ont des toxicités particulières importantes à connaître. La Rubigine® est un acide faible, puissant chélateur du calcium, et a une toxicité myocardique. Les vapeurs du formol et de l'ammoniac induisent des lésions trachéobronchiques. La causticité digestive du formol peut être longtemps évolutive. Les lésions causées par l'ammoniac peuvent être hémorragiques et nécessiter une gastrectomie d'hémostase. La potasse et le permanganate de potassium ont un tropisme gastrique. L'exérèse de ces comprimés par endoscopie permet d'en limiter la causticité.

➤ PROCESSUS LÉSIONNELS

La plupart des produits caustiques concentrés entraînent une réaction exothermique en milieu aqueux. Les acides concentrés induisent une dénaturation protéique⁽³⁴⁾ responsable d'une nécrose de coagulation, ce coagulum tendant à limiter la pénétration vers les plans profonds. Les bases fortes provoquent une nécrose liquéfiante avec saponification des lipides et des

protéines de la paroi, ce qui majore leur diffusion en profondeur. Les lésions maximales s'installent en 3 à 6 heures.

Les lésions occasionnées par l'ingestion d'eau de Javel sont dues à une réaction d'oxydation et de chloration avec dénaturation protéique. Elles peuvent continuer à évoluer pendant les 24 heures suivant l'ingestion.

Tableau 2: Les différents produits caustiques

ACIDES FORTS (pH<2)	BASES FORTES (pH>12)	OXYDANTS
<ul style="list-style-type: none"> • Acide chlorhydrique (esprit de sel) • Acide sulfurique (acide de batterie) • Détartrant WC • Antirouille pour textiles 	<ul style="list-style-type: none"> • Décapants de fours • Déboucheurs de canalisations (soude) • Potasse (olivette) 	<ul style="list-style-type: none"> • Eau de javel concentrée • Eau oxygénée • Ammonium quaternaire • Permanganate de potassium

➤ **MODES D' ACTIONS DES AGENTS CAUSTIQUES :**

- ACIDES FORTS (pH < 2)

Les ions H⁺ provoquent une intense déshydratation et une coagulation des protéines entraînant la mort cellulaire. La nécrose de surface est d'emblée maximale et fait obstacle à la progression du caustique conduisant à des brûlures le plus souvent bien limitées, relativement peu profondes, sauf en cas d'ingestion massive.

Les atteintes sont surtout gastriques, du fait d'un pylorospasme réflexe qui retient le caustique dans l'estomac.

- BASES FORTES (pH > 12,5)

Les ions OH⁻ sont à l'origine d'une solubilisation et d'une hydrolyse du collagène et des protéines et d'une saponification des lipides. Cette nécrose de liquéfaction permet une pénétration

plus profonde du toxique induisant des lésions initialement sous-estimées mais évolutives, avec d'importants phénomènes inflammatoires. L'atteinte est plus marquée au niveau de l'œsophage.

XI. Prise en charge des suicidants aux urgences

A. Prise en charge en général :(1)

Dans tous les cas de TS, il est nécessaire que soit effectuée sans délai une triple évaluation somatique, psychologique et sociale. Cette triple évaluation demande des compétences, du temps et des moyens adéquats, qui rendent nécessaire une admission dans un premier temps dans le service des urgences d'un hôpital.

.1. Accueil aux urgences

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 et à l'adhésion de patient. Les soins prévus doivent être présentés au patient dès que son état somatique et sa vigilance le permettent. Tout en fixant un cadre strict à la prise en charge, il apparaît important de favoriser un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité.

.2. Examen somatique

L'examen somatique initial évalue la gravité immédiate et différée du geste suicidaire et permet de définir le traitement et la surveillance adaptés. Il doit être complété dans un second temps pour évaluer, entre autres, l'état général, l'état nutritionnel et statur pondéral, les comorbidités, l'hygiène de vie, le développement pubertaire et la vie sexuelle (en particulier recherche d'une éventuelle grossesse en cours). Il apporte des éléments utiles à l'évaluation psychologique. Il guide le choix des examens complémentaires, des consultations spécialisées et des traitements éventuellement nécessaires.

.3. Évaluation psychologique

L'évaluation psychologique requiert l'intervention d'un psychiatre,). Elle doit commencer le plus précocement possible, en général dans les 24 heures qui suivent l'admission, dès que l'état somatique et la vigilance le permettent. Il faut s'assurer qu'elle peut se dérouler dans un climat de confidentialité et de compréhension permettant de poser les bases du projet thérapeutique. Cette étape d'évaluation est en soi thérapeutique si elle est réalisée dans de bonnes conditions. Les objectifs de l'entretien initial sont le recueil des premières plaintes psychiques, l'étude du contexte de la crise, et la recherche d'une éventuelle pathologie psychiatrique et de signes de gravité pouvant faire craindre une récurrence à court terme. Il est

généralement impossible de recueillir dans le contexte des urgences tous les éléments nécessaires à l'évaluation psychologique, l'essentiel étant de préparer les entretiens qui suivront.

Les éléments à réunir concernent en particulier :

- le geste suicidaire : modalités, intentionnalité, but, facteurs déclenchants, idées suicidaires passées et actuelles, antécédents de TS personnels ou dans l'entourage ;
- la santé mentale : antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, modalités de prise en charge, adhésion aux traitements proposés, prise de médicaments psychotropes, prise de drogues, abus d'alcool, abus de tabac ;
- la biographie : maltraitance, abus sexuels, événements entraînant une rupture ou une menace de rupture (en particulier amoureuse), fugues, grossesses, interruptions volontaires de grossesse ;
- le mode de vie et l'insertion sociale : situation familiale, d'instruction ou professionnelle, degré et désir d'autonomie, étayage par l'entourage, conduites avec prises de risques (activités ou sports dangereux, relations sexuelles non protégées, conduites violentes), projets d'instructions, professionnels et relationnels.

Bien qu'aucun critère ne soit formellement prédictif, il faut rechercher les éléments faisant craindre une récurrence à court terme de la TS :

- antécédent de TS, en particulier dans le jeune âge, antécédent de TS dans l'entourage ;
- absence de facteur déclenchant explicite ;
- pathologie psychiatrique, en premier lieu les états dépressifs, particulièrement polymorphes chez l'adolescent ;
- abus sexuels, maltraitance ;
- conduites violentes et comportements à risque, prise de drogues, abus régulier d'alcool.

Il est nécessaire de rencontrer les parents et/ou l'entourage proche, afin d'appréhender leur propre vécu, de recueillir leurs difficultés et leurs plaintes, et d'apprécier la qualité de l'étayage à l'extérieur de l'hôpital.

.4. Évaluation sociale

Elle doit préciser le contexte social de l'entourage, la situation d'instruction ou professionnelle du patient, son niveau d'adaptation et l'existence éventuelle d'un suivi social en cours.

Elle peut conduire à alerter les services sociaux et/ou les autorités judiciaires en cas de maltraitance ou d'abus sexuels. Elle nécessite l'intervention d'un(e) assistant(e) social(e) au sein de l'équipe.

B. Prise en charge des tentatives de suicide par ingestion caustique :(35)

Le tableau clinique initial, souvent impressionnant, explique les fréquentes erreurs de l'entourage ou du premier médecin appelé.

1. Avant l'hospitalisation

Certains gestes sont à proscrire afin de ne pas aggraver les lésions déjà constituées :(36)

- Décubitus dorsale car cette attitude majorerait les risques de régurgitation et d'inhalation du caustique(37)

- Lavage gastrique car réexpose l'œsophage au caustique. D'autre part, il existe un risque de perforation à la pose de la sonde et un risque d'inhalation en cas de produit moussant(38)

- Mise en place d'une sonde gastrique en raison du risque de perforation, de reflux gastro-œsophagien et d'aggravation des lésions par la réaction inflammatoire entretenue.(39)

- Les vomissements induits qui exposent à une aggravation des lésions par « second passage » du produit sur la muqueuse et entraînent un risque d'inhalation

- L'absorption de boissons, d'agents neutralisants comme le lait (risque d'inhalation, réactions exothermiques).(37)

- Le charbon actif (qui perturbe l'analyse endoscopique par la coloration de la muqueuse qu'il induit).

- Ne pas administrer de pansements gastriques qui perturberaient les examens fibroscopiques.

- Aucun antidote n'est efficace.(7,40)

En revanche, il semble nécessaire de :

- Médicaliser la prise en charge et le transport du patient (Samu) ;

- Rechercher des stigmates de poly-intoxication (médicamenteuse ou alcoolique) et la cause de l'ingestion (accidentelle, suicidaire et ses raisons) ;

- Le malade est placé en position demi-assise (prévention des régurgitations et du risque d'inhalation).

- Mettre en place une voie veineuse, afin de pouvoir corriger une éventuelle déplétion volumique(41) ;

- Nettoyer la bouche à l'aide de compresses sèches (42);

- Oxygéner le patient en évitant si possible, sauf en cas de détresse vitale, une intubation trachéale. Il s'agit d'intubations souvent difficiles, qui gênent l'évaluation ultérieure des lésions trachéales et qui exposent au risque d'essaimage des produits caustiques dans les voies aériennes. De ce fait, si l'état du patient le permet, il est utile de laver la cavité buccale avec du sérum physiologique et d'aspirer minutieusement avant l'intubation en séquence rapide. Une trachéotomie peut s'avérer nécessaire en cas d'intubation impossible. Il faut également assurer l'analgésie du patient, avec des produits non sédatifs chez un patient en ventilation spontanée.(40)

- Diriger le patient vers une structure spécialisée ou une prise en charge multidisciplinaire est possible en permanence (anesthésie-reanimation, chirurgie, et endoscopie digestive et bronchique)(40)

2. Clinique et paraclinique

La prise en charge des ingestions de produits caustiques est une urgence diagnostique et thérapeutique ; elle nécessite un interrogatoire précis, un examen clinique minutieux et des examens paracliniques adaptés au contexte clinique. L'attitude thérapeutique comporte un volet symptomatique et un volet curatif (43,44)

A. Interrogatoire

L'interrogatoire est un élément capital de la prise en charge. Il doit être précoce et minutieux dès les premiers instants, auprès du patient et/ou de son entourage pour recueillir des renseignements sur le caustique ingéré (concentration, nature, volume, heure d'ingestion), savoir s'il y a d'éventuels antécédents psychiatriques et s'informer sur le caractère volontaire ou accidentel du geste

Il permet dans un premier temps de guider l'envoi de secours adaptés et de donner des conseils sur les gestes à faire ou à proscrire en fonction de la gravité potentielle de l'ingestion. Dans un second temps, lorsque les secours sont sur place, il peut guider la conduite à tenir. Cet interrogatoire doit être mené de manière à ne pas retarder la prise en charge d'une situation urgente

L'emballage du produit doit si possible être récupéré. En l'absence d'information suffisante sur la composition du produit, un appel au centre antipoison est préconisé afin de connaître au moins le PH, et si possible la composition exacte du produit.

B. Diagnostic clinique

1. Signes fonctionnels :

Les signes fonctionnels que peut présenter le patient dans les suites d'une ingestion de caustique sont nombreux. La liste citée ci-dessous est loin d'être exhaustive mais elle énumère les symptômes les plus fréquemment rencontrés dans la littérature. Ces signes vont de signes banals, dits mineurs, (80% des cas), à des signes plus sévères, dits majeurs. Ils sont représentés par :

- Une absence de symptôme dans 40 à 50% des cas.
- Des brûlures cutanées
- Des signes évoquant une atteinte de la cavité buccale (brûlure oropharyngée, hypersialorrhée).
- Des signes évoquant une atteinte œsophagienne (dysphagie, odynophagie, douleur rétro-sternale).
- Des signes évocateurs d'une médiastinite (douleur thoracique à irradiation dorsale, Fièvre).
- Des signes évocateurs d'une atteinte gastrique (douleur épigastrique, éructation, nausée, vomissement, hématemèse).
- Des signes d'hémorragie digestive.
- Des signes évocateurs de péritonite (douleur abdominale, défense, contracture).
- Des signes évoquant une atteinte laryngée ou épiglottique (enrouement, dysphonie, toux, dyspnée inspiratoire).
- Des signes évoquant une atteinte de l'arbre (stridor, dyspnée, détresse respiratoire)
- Une agitation, une angoisse, une prostration
- Un état de choc

Il est important de rappeler qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité des symptômes et la gravité des lésions endoscopiques. Cependant certains symptômes sont parfois retenus comme évocateurs de lésions oeso-gastriques sévères : hématemèse, dyspnée laryngée, détresse respiratoire, brûlure épigastrique majeure, vomissements et hypersialorrhée.

2. Signes physiques

L'examen clinique doit être minutieux car, même si la plupart des signes cliniques ont une faible valeur prédictive des lésions œsophagiennes ou gastriques, d'autres sont évocateurs de lésions sévères.

„Formes non compliquées :

- Lésions de brûlures cutanées (visage, tronc)

- Lésions oro-pharyngées (lèvres, langue, palais, pharynx)

Mais quelle que soit la profondeur de ces lésions, celles-ci ne sont pas corrélées à la sévérité des lésions œsogastriques. En effet, le patient qui, dans un but suicidaire, avale d'un trait une dose massive peut présenter une cavité buccale pratiquement indemne. A l'inverse, les lésions buccales peuvent être préoccupantes chez un patient qui n'a pas dégluti le produit caustique

Formes compliquées :

Elles s'observent d'autant plus que le délai d'admission est long.

- Hémorragie cataclysmique secondaire a une fistule entre l'œsophage et l'aorte, l'artère pulmonaire ou l'artère sous-clavière retro-œsophagienne.

- Signes péritonéaux associant douleurs abdominales et contractures, évocateurs d'une Perforation gastrique

- Médiastinale par perforation œsophagienne : le diagnostic se fait par la présence d'une douleur thoracique à irradiation dorsale, l'existence d'un emphysème sous-cutané cervicale le signe de HAMMAM qui se traduit par un claquement rythme par les battements cardiaques lors de l'auscultation thoracique

- Fistule tracheo-oesophagienne ou broncho-oesophagienne évoquée devant une toux et/ou une dyspnée.

- Troubles de conscience

- Signes respiratoires :

„**Dyspnée** par obstruction des voies aériennes secondaire à un œdème épiglottique, supra glottique ou sous glottique, a une destruction du carrefour pharyngolaryngé , ou encore à une hyper salivation

„**Diminution du murmure vésiculaire** par la présence d'épanchements pleuraux en cas de perforation.

„ **Tableau de détresse respiratoire aiguë** (SDRA) secondaire à une pneumopathie d'inhalation ou à une lésion du parenchyme pulmonaire

„ **Tableau d'acidose métabolique** franche avec hyperventilation et polypnée compensatrice.

- Etat de choc à point de départ septique, hypovolémie ou hémorragique suite à une rupture vasculaire.

- Décès.

Il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité des symptômes et la gravité des lésions d'une part, ni entre la gravité des lésions bucco pharyngées et celle des lésions œsogastriques d'autre part.

„_ Critères de gravité

Des éléments de gravité peuvent être relevés dès le bilan initial, nécessitent une prise en charge immédiate, bien que ceux-ci n'aient pas été formellement valides par une étude contrôlée. Ils comprennent :

- une ingestion massive (> 150 ml) d'un acide ou d'une base forte ;
- Détresse respiratoire. On peut être confronté à une insuffisance respiratoire aiguë générée par :
 - Une obstruction du carrefour pharyngolaryngé secondaire à une brûlure et/ou un œdème de la glotte. Dans ce cas, il faut recourir en urgence à une intubation endotrachéale ou à une trachéotomie associée à une corticothérapie IVD à forte dose.
 - Une destruction du carrefour pharyngolaryngé consécutive à une ingestion de paillettes de soude. Cette situation impose une intubation voire mieux, une cricothyrotomie ou une trachéotomie.
 - Une pneumopathie d'inhalation inhérente à l'ingestion d'un caustique volatil ou à de fausses routes, provoquant un œdème lésionnel bilatéral ou une pneumopathie localisée préférentiellement au lobe inférieur droit. Le traitement reposera sur des fibres-aspirations trachéobronchiques fréquentes avec parfois nécessité d'une ventilation artificielle.
 - Une nécrose trachéobronchique.
 - Péritonite caustique

Le diagnostic de péritonite est posé devant l'association d'une contracture abdominale généralisée et d'un état de choc sur le plan clinique, et d'un pneumopéritoine objective par l'ASP sur le plan radiologique. Cette situation survient essentiellement en cas d'ingestion massive d'un acide fort concentré (> 150 ml) associée à une prise en charge tardive. La nécrose gastrique est alors importante et l'évolution est souvent fatale malgré un traitement chirurgical immédiat

- un état de choc

En cas de lésions sévères, le patient peut présenter un état de choc hypovolémique.

La prise en charge reposera initialement sur la pose d'une voie veineuse centrale afin

D'assurer un remplissage efficace et de surveiller la PVC

- une hypoxie ;
- une acidose ;

- des troubles psychiques (confusion, agitation).

Les critères endoscopiques de gravité restent bien entendu les critères majeurs

C. Les examens complémentaires :

1. Endoscopie digestive :

La fibroscopie œsogastrique est l'élément diagnostique essentiel et détermine le pronostic et la prise en charge thérapeutique.

2. Fibroscopie trachéo-bronchique

Une fibroscopie trachéo-bronchique est réalisée de préférence sur un patient intubé si la brûlure œsophagienne est de stade supérieure à IIb ou s'il existe des signes fonctionnels respiratoires. On retrouve deux types de lésions : par inhalation ou par diffusion.

3. Les examens biologiques

Ils permettent d'évaluer le retentissement de l'ingestion sur l'organisme, et de guider la réanimation. Le but est de rechercher une hyperleucocytose, une coagulation intra-vasculaire disséminée et une acidose qui, si elles sont présentes, correspondent à des facteurs péjoratifs de l'évolution.

- Numération formule sanguine de référence pour évaluer les pertes sanguines ultérieures ;
- Créatinine, urée, pour évaluer la fonction rénale ;
- Glycémie, ionogramme, gazométrie, lactates pour évaluer les pertes liquidiennes et le retentissement fonctionnel métabolique et tissulaire ;
- Bilan hépatique pour évaluer la fonction hépatique ;
- Alcoolémie ;
- Groupe sanguin et rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) ;
- Bilan hémostase à la recherche de troubles de coagulation (hémolyse) ;
- En cas d'ingestion d'antirouille type acide fluorhydrique, la calcémie est indispensable.

Un Electro Cardiogramme peut être demandé à la recherche des stigmates des troubles ioniques : hypocalcémie, hypomagnésémie, hyperkaliémie.

4. L' imagerie

a. Radiographie pulmonaire de face

Elle permet de rechercher : (- Un pneumo médiastin ; Un pneumo thorax, Un épanchement pleural ; Une pneumopathie d'inhalation).

b. Radiographie de l'abdomen sans préparation

L'ASP permet de mettre en évidence les complications de type perforatif. Cet examen doit être centré sur les coupes diaphragmatiques. Les diverses anomalies visualisées sont :

- Un pneumopéritoine.
- Une distension gastrique.
- Un iléus paralytique.

c. Echographie abdominale

L'échographie a été abandonnée depuis les progrès de l'endoscopie digestive haute qui apporte de bien meilleurs renseignements sur l'état du tube digestif supérieur et sur la présence d'une perforation éventuelle. Cet examen est peu intéressant en matière de pathologie œsophagienne. Associée à la clinique, la fibroscopie surclasse l'échographie.

d. Tomodensitométrie

Avec injection de produit de contraste, thoracique et abdominale, qui est actuellement l'imagerie de choix permettant de visualiser les signes d'une perforation digestive non décelable radiologiquement.

Pour prédire le diagnostic de nécrose œsophagienne Trans pariétale, la sensibilité et spécificité de la TDM sont respectivement de 81,2% et 80,8 %.

e. Transit œsogastroduodenal (TOGD)

Cet examen radiologique, longtemps le seul possible, est actuellement détrôné par l'avènement du fibroscope souple du moins à la phase aiguë, car il reste le plus souvent utilisé à la phase de cicatrisation pour mettre en évidence une complication éventuelle telle une sténose.

2. Traitement

1/Les extrêmes urgences : traitement chirurgical

Elles sont définies par une évolution « naturelle » constamment mortelle ; le décès survient en phase aiguë par un choc hypovolémique consécutif à des lésions sévères étendues des organes du tube digestif supérieur avec ou sans perforation. La péritonite ou la médiastinale associée à la perforation contribue à la perte de liquide mais aussi à la diffusion

Éventuelle du caustique vers d'autres organes : colon, foie, rate ; pancréas.....il peut également s'agir d'une infection secondaire des lésions, responsable dans les jours suivant l'ingestion, d'un choc septique. Cette agression bactérienne peut entraîner une perforation secondaire des lésions initiales non cicatrisées.

Les critères d'indications de chirurgie en urgence :

- Ingestion massive (>150 ml) d'un acide fort ou d'une base forte.
- Agitation, confusion.
- Anomalies de l'hémostase (CIVD, fibrinolyse).
- Acidose biologique.
- Hypoxie.
- Signes de péritonite.
- Découverte à l'endoscopie de lésions gastriques de stade III ou de lésions gastrique et œsophagiennes de stade III. Les critères endoscopiques de gravité restent bien entendu les critères majeurs. Il s'agit d'intervenir le plus rapidement afin d'éviter une perforation caustique ainsi que l'extension de la brûlure aux organes de voisinage. Le délai admis est de 12 heures après l'ingestion .en effet, il est enregistré deux à trois fois plus de décès si l'intervention a lieu plus de douze heures après l'ingestion.

Les interventions effectuées avant la douzième heure ont une mortalité variant entre 18 et 30 %, tandis que celles réalisées au-delà de cette limite se terminent par le décès du patient dans 70 à 90% des cas. L'intervention la plus pratiquée est l'oesophagectomie à thorax fermé par stripping.

2/ Les traitements médicaux

- Avant l'hospitalisation

Certains gestes sont à proscrire afin de ne pas aggraver les lésions déjà constituées. Les antidotes n'existent pas. Il faut éviter d'administrer per os des produits pouvant favoriser les fausses routes et perturber la réalisation de l'endoscopie digestive. Faire vomir, expose à l'aggravation des lésions (second passage) et à l'inhalation bronchique. De même, la mise en place d'une sonde gastrique expose à un risque similaire.

En revanche, il semble nécessaire de :

- Médicaliser la prise en charge et le transport du patient recueillir des renseignements sur le caustique ingère (concentration, nature, volume, heure d'ingestion) ; rechercher des stigmates

de poly-intoxication (médicamenteuse ou alcoolique) et la cause de l'ingestion (accidentelle, suicidaire et ses raisons) ;

- Oxygéner le patient en évitant si possible, sauf en cas de détresse vitale, une intubation trachéale. (Il s'agit d'intubations souvent difficiles, qui gênent l'évaluation ultérieure des lésions trachéales et qui exposent au risque d'essaimage des produits caustiques dans les voies aériennes).

- Diriger le patient vers une structure spécialisée ou une prise en charge multidisciplinaire est possible en permanence (anesthésie-reanimation, chirurgie, et endoscopie digestive et bronchique).

- Pendant l'hospitalisation :

Le principe du traitement médical est la mise au repos du tube digestif supérieur jusqu'à la cicatrisation totale des lésions du tractus. Il n'y a en règle pas d'antidote possible, étant donné la rapidité de constitution des lésions.

A. Réanimation des formes graves

Dans les formes graves, le traitement doit prévenir ou corriger un état de choc, une détresse respiratoire ou une grande acidose métabolique.

- **Détresse respiratoire** peut être provoquée par les lésions pharyngolaryngées (œdème glottique ou sous-glottique) avec risque d'obstruction de la filière aérienne, ou par les pneumopathies d'inhalation ou lors d'une perforation œsophagienne.

- En cas d'œdème glottique, l'injection de corticoïdes doit être pratiquée en urgence.

- En cas d'une perforation œsophagienne, l'intubation trachéale avec ventilation artificielle s'impose. Elle est pratiquée par un opérateur entraîne car il faut éviter tout traumatisme supplémentaire ainsi que le risque de régurgitation et d'essaimage du produit. Une anesthésie générale est indispensable pour réaliser ce geste. Ce n'est qu'en cas d'échec qu'une trachéotomie en urgence est réalisée

- **Détresse circulatoire**, témoin de la gravité de l'atteinte est liée en particulier à l'hypovolémie. Elle nécessite la mise en place d'une voie veineuse centrale par voie fémorale. Une pression artérielle par voie sanglante permet de suivre l'évolution hémodynamique. Le remplissage par cristalloïdes et colloïdes se fait selon les recommandations habituelles. L'usage d'amines vasopressives (adrénaline ou noradrénaline) complète la thérapeutique, si le recours aux macromolécules ne parvient pas à rétablir les constantes hémodynamiques. Ainsi qu'une

transfusion iso-groupe iso-rhésus s'avère nécessaire en cas d'hémorragie massive avec un taux d'hémoglobine inférieure à 8dg/l.

B. Les anti-sécrétoires

Ils sont systématiquement administrés et de préférence dès les premiers jours, après l'ingestion (antiacides, antihistaminiques, inhibiteurs de pompes à protons). Ils sont justifiés par l'existence fréquente d'un reflux gastro-œsophagien, facteur d'aggravation des lésions caustiques.

C. Les antibiotiques

L'antibiothérapie à large spectre minimise la pullulation microbienne qui accompagne la phase de détersion des lésions. Pour Kirsh et al, ils recommandent d'utiliser une antibioprophylaxie pendant 7 à 15 jours. D'autres insistent sur le fait qu'elle ne doit pas être systématique. Il peut s'agir d'une monothérapie

- Amoxicilline + acide clavulanique.
- Céfotaxime ou ceftriaxone.

Ou d'une association :

- Amoxicilline + acide clavulanique avec aminoside.
- Céfotaxime ou ceftriaxone avec imidazole.

Si un état septicémique apparaît, il faut isoler le germe et adapter l'antibiothérapie.

D. Les antalgiques

La prescription d'antalgique est en revanche légitime, mais on doit éviter les morphiniques les premiers jours, pour ne pas masquer l'apparition d'un syndrome péritonéal

E. Autres médicaments

Les anti-émétiques sont indiqués en cas de vomissements. L'utilisation des topiques pour les lésions buccales et cutanées. D'autres traitements ont été proposés mais sans efficacité certaine, notamment l'héparine pour combattre les phénomènes de thrombose [49].

F. La nutrition parentérale (NPT)

L'alimentation orale n'est classiquement autorisée d'emblée que dans les stades peu sévères. Cet apport nutritionnel doit être important au niveau calorique que protéique. Les besoins sont de 40 à 50 Kcal/kg/j dont 0,2 à 0,35g d'azote/kg/j soit, pour un adulte, environ 2500 à 3000 Kcal/j comprenant 12,5 à 14,5g d'azote.

XII. Éléments de pronostic

Un tiers des suicidant récidivent. Parmi les facteurs de risque de récurrence les plus fréquemment identifiés, on trouve la notion d'une personnalité pathologique, d'antécédents familiaux pathologiques (alcoolisme, abus sexuels notamment), de pathologie relationnelle familiale, de pathologie dépressive enfin.

Mais il est également un facteur évident de risque de récurrence, qui concerne l'absence de prise en compte du premier geste de la part de l'entourage. Ce "raté" concerne en particulier les équivalents suicidaires ou encore les tentatives de suicide n'ayant pas mis en jeu le pronostic vital...et qualifiées à tort de "TS a minima". La banalisation du geste est donc un facteur de risque majeur de récurrence, souvent plus grave (escalade dans la prise de risque).

Il est enfin très difficile d'évaluer un pronostic à distance de la tentative de suicide chez l'adolescent. Une étude française récente montre que la mortalité à 5 ans chez les adolescents hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide est sept fois plus élevée que celle de la population générale du même âge. (Raynaud J-P. et Coll. : Suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent. Actualités en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Sous la dir. de Ferrari P.). Médecine Sciences, Ed. Flammarion, Paris, 2001, 31, 310-313.)

XIII. Prévention du phénomène suicidaire

L'identification de plus en plus précise des facteurs de risque suicidaires ne permet pas de prédire un suicide ou une TS, mais permet d'envisager des actions concrètes de prévention.

La prévention en santé peut être définie comme l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective.

L'OMS définit **trois** niveaux de prévention.

A. Prévention primaire

La prévention primaire désigne l'ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas.

En agissant en amont cette prévention empêche l'apparition de la maladie. Dans le cas du suicide, la prévention primaire vise à prévenir la violence faite contre soi avant qu'elle ne se produise. Elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population et cherche à :

- Informer la population générale

- favoriser le bien-être des individus en développant les facteurs de protection
- prendre en charge les troubles psychiatriques associés au suicide
- dépister les individus à plus haut risque de suicide
- favoriser l'accès aux soins

B. Prévention secondaire

La prévention secondaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Globalement elle a pour but d'interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et les décès. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de cette dernière.

Si l'on s'intéresse à la définition de l'OMS concernant la prévention secondaire de la violence, on peut dire que la prévention secondaire du suicide met l'accent sur les réponses les plus immédiates au passage à l'acte suicidaire.

Elle peut correspondre :

- au développement de réseaux de prise en charge urgente du suicidant
- à des mesures légales diminuant l'accès aux moyens létaux
- au dépistage et traitement des crises suicidaires

C. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire désigne l'ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes.

Dans ce stade de prévention, les professionnels s'intéressent à la rééducation de la personne et à sa réinsertion professionnelle et sociale. Dans le cas du suicide et des TS, la prévention tertiaire concerne les actes à long terme après les actes de violence.

Son objectif sera alors d'éviter la récurrence. Elle intervient dans la prise en charge des suicidants et de son entourage proche.

D. Stratégies de prévention selon l'OMS

D'après les recommandations de l'OMS, les stratégies de prévention du suicide doivent :

- déterminer et limiter la disponibilité et l'accès aux moyens létaux (armes à feu, substances toxiques, etc.)

- améliorer les services de santé et promouvoir des services de soutien et de réadaptation des personnes suivies
- améliorer les procédures de diagnostic et les traitements
- sensibiliser les professionnels soignant à leur propre conduite et aux tabous liés à la prévention du suicide et à la maladie mentale
- informer le public sur les troubles mentaux et les moyens de les dépister précocement
- soutenir la couverture médiatique des actes et des TS
- promouvoir la recherche sur la prévention du suicide et encourager la collecte de données sur les déterminants

La prévention du suicide est donc positionnée en amont de la crise suicidaire, par la promotion de la santé et en aval de la TS.

MATERIELS ET METHODES

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective et unicentrique portant sur un échantillon de patients vus au service des urgences médico-chirurgicales de l'EPH MOHAMED BOUDIAF –OUARGLA ou hospitalisés après une tentative de suicide.

2- Durée de recrutement

La durée de l'étude s'étale sur une période de 12 mois du de mai 2020 à avril 2021

3- Contexte de l'étude

Soit directement au niveau du service des urgences médico-chirurgicales (UMC) chirurgicales de l'EPH MOHAMED BOUDIAF –OUARGLA.

Soit après leur hospitalisation aux services : chirurgie homme, chirurgie femme, chirurgie infantile, pédiatrie, médecine interne homme, médecine interne femme (d'après les registres)

4- La population d'étude

Les patients ont été identifiés dans les registres non informatiques, sous le diagnostic d'ingestion du caustique ou d'autre type d'intoxication, aussi que les plaies et les traumatismes volontaires

Enfin, nous avons contacté les médecins travaillant dans les centres de santé (EPH ; centre des maladies psychiatrique) afin de recouper les patients admis pour intoxications ou tentative du suicide avec les listes obtenues des registres d'archive.

Les dossiers médicaux des patients sélectionnés ont ensuite été consultés individuellement, afin de valider l'inclusion et recueillir les informations. Tous les dossiers recueillis étaient en versions papier et manuscrit.

Critères d'inclusion :

Les patients inclus dans l'étude devaient respecter les critères suivants :

- Intoxication ou automutilation dans un but suicidaire comme diagnostic principal ; et secondairement les TS par IC
- Avoir été hospitalisé ou vus à l'EPH MOHEMED BOUDIAF
- Période s'étalant de mai 2020- avril 2021

Critères d'exclusion :

- Tous les cas d'ingestion caustique ou médicamenteuse accidentelle (19 cas qu'on a trouvés)
- Patients difficiles à évaluer en raison de l'importance de leurs séquelles somatiques d'autolyse
- Enfants inférieur à 08 ans

5- Les variables étudiées

Le questionnaire, inspiré de celui de l'OMS, comprend 18 questions .Il est rempli par l'enquêteur qui le contrôle.

Après la mention des informations relatives aux aspects socio- démographique de la population étudiée comme le sexe, l'âge, l'adresse, le sexe, numéro téléphone, l'enquête recherche à recueillir les données suivants :

- Le sexe
- l'adresse
- -l'âge : répartie en 05 tranches d'âges
 - De 10 à 15 ans
 - De 16 à 21 ans
 - De 22 à 27 ans
 - De 28 à 33 ans
 - 34 ans ou plus
- -le lieu de naissance (la wilaya)

- -le niveau d'instruction:
 - Analphabète
 - Primaire
 - Moyen
 - Secondaire
 - universitaire.
- -le statut martial :
 - Célibataire
 - Mariée
 - Divorcée
 - veuve.
- -L'activité professionnelle :
 - Active
 - Passive
 - sans profession
- .le nombre des années d'activité professionnelle :
- les antécédents :
 - antécédents d'affection organique
 - antécédents d'affection psycho psychiatrique
 - Antécédant d'exposition à d'autre suicide dans l'entourage.
- le type du suicide :
 - ingestion caustique
 - autres :
 - pandaison
 - automutilation
 - médicamenteuse.
- les habitudes toxiques. Oui ou non
- Le type des habitudes toxiques :
 - Tabac
 - Psychotropes
 - autres(alcool, médicaments, sniffer)
- Le type du TS :

- ingestion caustique
- autres :
 - Pendaison
 - Automutilation
 - médicamenteuse
- la fréquence du TS :
 - une fois
 - deux fois
 - plus de deux fois.
- la cause du TS :
 - violence sexuelle
 - difficulté professionnelle
 - deuil
 - affection organique
 - affection psychique
 - problème de couple
 - impulsivité
 - trouble psycho-social
 - immaturité
 - homosexuelle
- le contexte du TS :
 - la présence des idées suicidaires encore
 - le regret de geste suicidaire

6- Modalités de collecte et de contrôle des données :

- Présentation de la fiche du consentement voir (**Annexe 1**)
- Présentation de la fiche d'enquête voir (**Annexe 2**)
- L'évaluation et l'enquête des patients suicidants a été faite par nous-même
(les initiateurs de la présente étude)

- Dénomination de l'échantillon d'étude

Notre échantillon sera désigné par une appellation :

« Tentatives de suicide » en cas de recueil et d'analyse des variables propres à leur

évaluation.

Nous retenons la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS) concernant la tentative de suicide : « Tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les auto-mutilations répétées et les refus de s'alimenter ».

- Les données seront triées puis analysés avec le logiciel SPSS version 21 , permettant aussi bien une analyse uni-variée par calcul de fréquence de chaque variable qu'une analyse bi-variée par croisement de variables et donc une possibilité d'établir des relations entre elle, aussi que EXCEL 2013.

- L'analyse porte sur le calcul de fréquences et pourcentage des différentes variables de l'étude.

7- Aspects éthiques :

Les patients ont été inclus dans cette étude après :

- Avoir reçu une information claire , loyale et appropriée sur les différents objectifs de cette étude et donné leur consentement ou avoir celui de leur proche .(voir **Annexe 1**)
- La confidentialité des données a été garantie ; les noms des patients ne figurent sur aucun document relatif aux résultats de cette étude .

RESULTATS

I. L'ensemble des cas des tentatives de suicide

44 cas des tentatives de suicide, rassemblant tous les type du TS reçus à l'EPH MOHAMED BOUDIAF (ingestion caustique, autres : pondaison , automutilation, ingestion médicamenteuse....) entre 05-2020 et 04-2021

A. Les caractéristiques sociodémographiques :

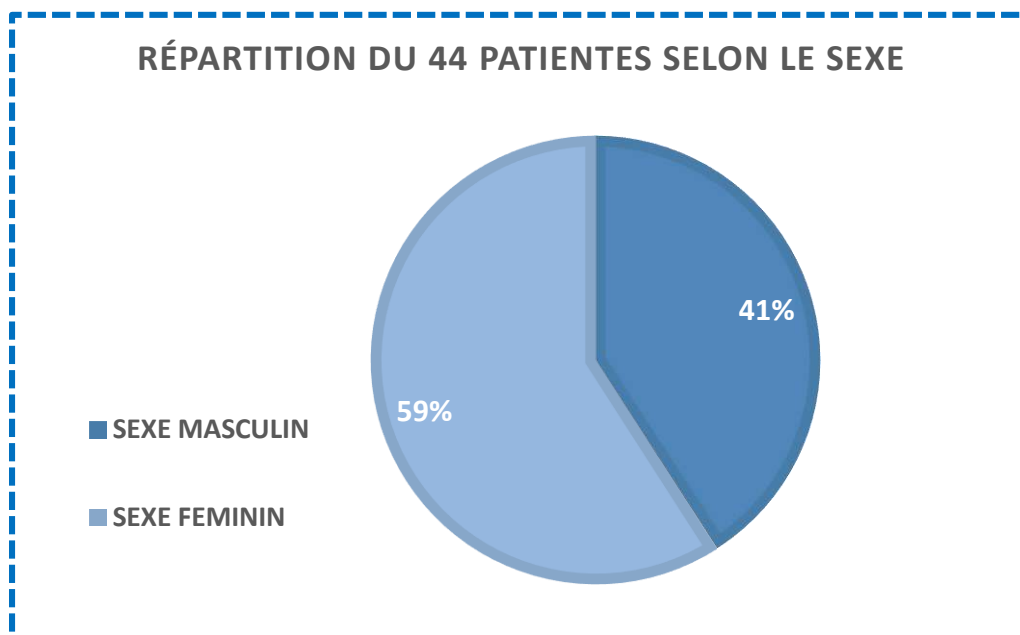
1/-Répartition des patients en fonction du sexe :

Dans notre échantillon de 44 patients, le tableau d'effectifs relatif à la distribution des sexes montre une plus importante représentation féminine avec une fréquence relative au sexe féminin de 59 % (26 femmes) pour une fréquence relative au sexe masculin de 41% (18 hommes).

La sex-ratio est de $18/26=0,69$

Tableau 3: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à L'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020et 04-2021 selon le sexe

	Effectifs	Pourcentage%
SEXE MASCULIN	18	41
SEXE FEMININ	26	59
Total	44	100



Source tableau 3

Graphique 1: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à L'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le sexe

2/- Répartition des patients selon les tranches d'âge :

La mise en ordre croissant de la série statistique des différents âges des patients de notre échantillon permet de distinguer 5 classes dont l'amplitude est égale à 5. L'unité de l'âge retenue étant l' « an », les classes ont un caractère quantitatif discontinu.

Les résultats consignés au tableau 1 montrent les paramètres centraux suivants :

-**La classe modale** correspond à la deuxième tranche d'âge : celle des 16-21ans, dont le pourcentage est maximale et dont la fréquence de classe est le plus important.

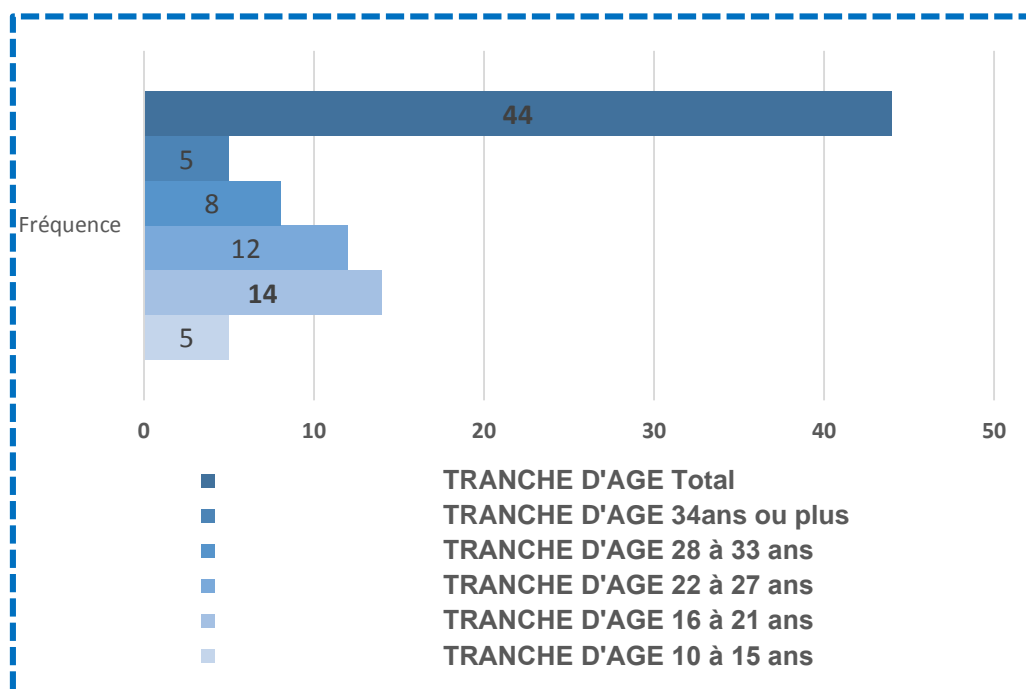
-**L'âge moyen** de l'ensemble de notre échantillon est de 17 ans.

-Le nombre des tentatives de suicide est important dans la deuxième et troisième tranche d'âge. Où les fréquences sont 14-12 et les pourcentages sont 32%-27% respectivement.

-Le nombre des TS est faible dans les restes classes d'âge dont la première et la dernière classe ont le même pourcentage égal à 11%.

Tableau 4: Répartition globale d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon les tranches d'âge.

		Fréquence	Pourcentage%
TRANCHE D'AGE	10 à 15 ans	5	11
	16 à 21 ans	14	32
	22 à 27 ans	12	27
	28 à 33 ans	8	18
	34ans ou plus	5	11
	Total	44	100



Source : tableau 4

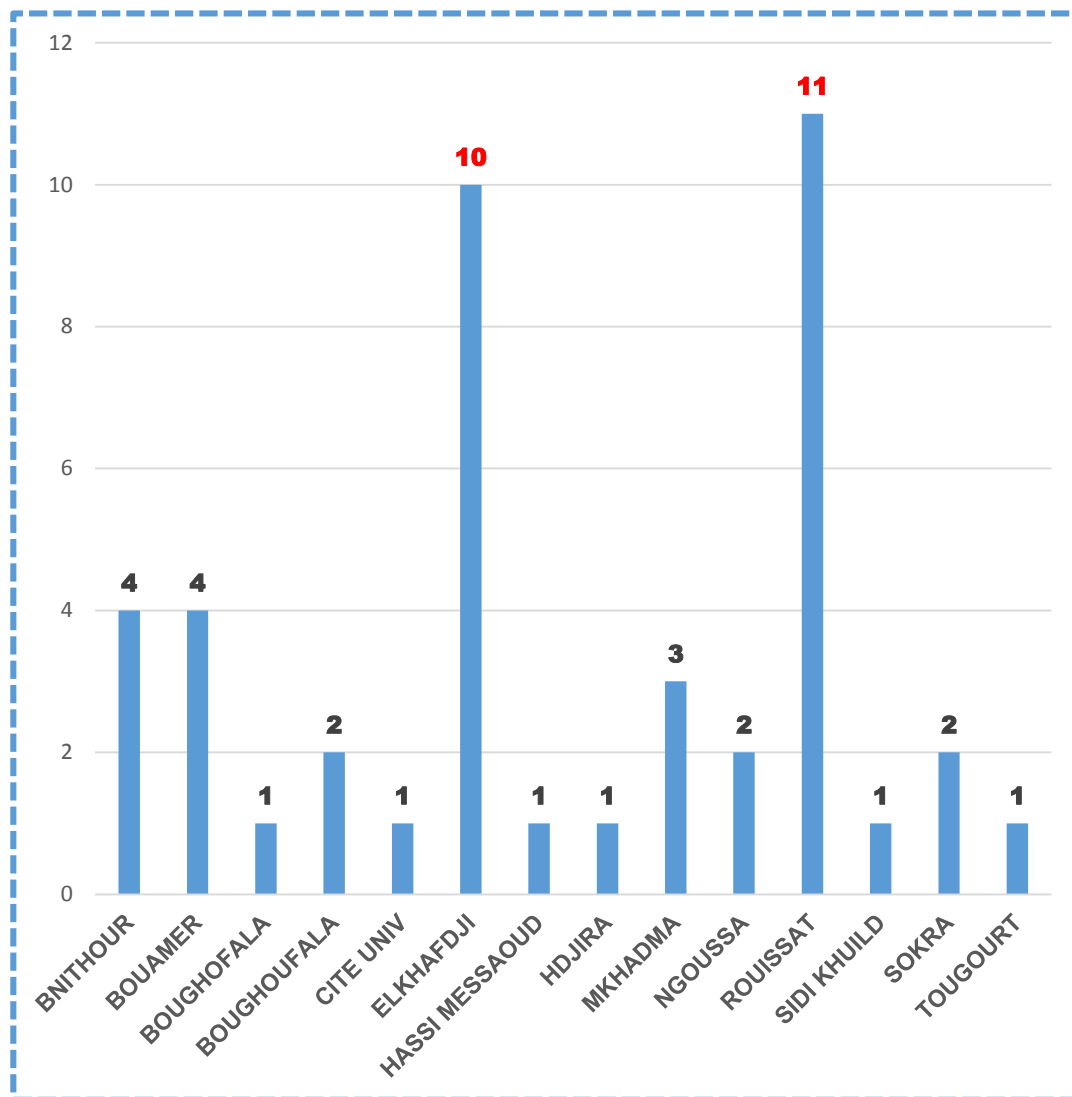
Graphique 2: Répartition globale d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon les tranches d'âge

3/- Répartition des patients selon l'adresse :

Dans notre échantillon de 44 patients, la majorité des patients habitent à ROUISSAT (11 cas), suivi par (10 cas) qui habitent à ELKHAFDJI.

Tableau 5: Répartition globale d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA selon l'adresse.

	Effectifs	Pourcentage %
BNITHOUR	4	9
BOUAMER	4	9
BOUGHOFALA	1	2
BOUGHOUFALA	2	5
CITE UNIV	1	2
ELKHAFDJI	10	23
HASSI MESSAOUD	1	2
HDJIRA	1	2
MKHADMA	3	7
NGOUSSA	2	5
ROUISSAT	11	25
SIDI KHUILD	1	2
SOKRA	2	5
TOUGOURT	1	2
Total	44	100



Source : tableau 5

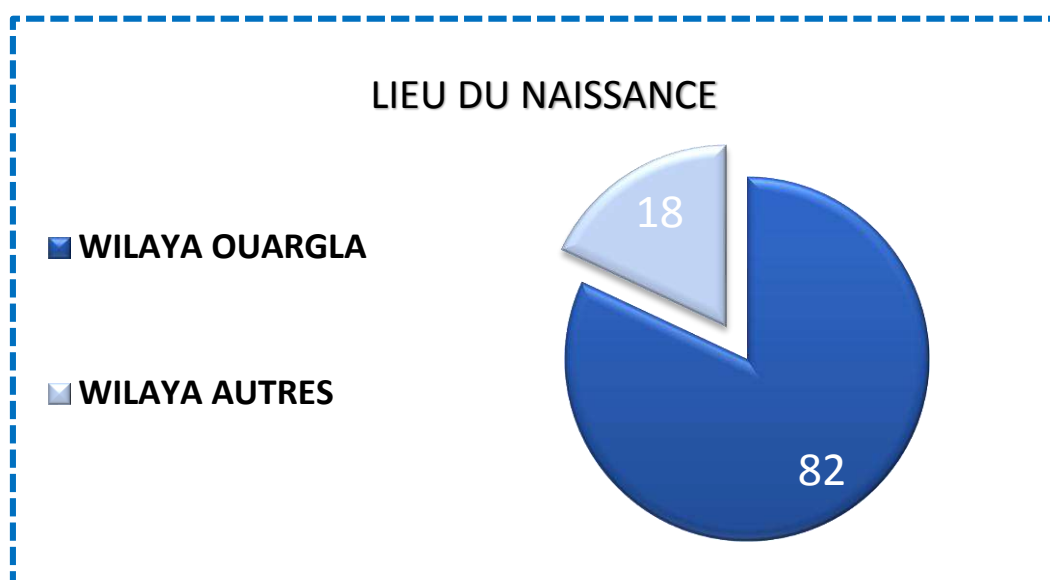
Graphique 3: Répartition globale d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF D'OUARGLA selon l'adresse.

4/- Répartition des patients selon le lieu de naissance :

Nous constatons que 82 % des patients sont d'origine de la wilaya de OUARAGLA, et les restes uniquement 18% sont d'origine aux autres wilaya à part : Ghardaia ,Biskra, Tamenrast, El oued ,Tiaret ,Maasker, Oran.

Tableau 6: Répartition globale d'un échantillon de 44 patients admis à L'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020et 04-2021 selon le lieu de naissance

		Fréquence	Pourcentage%
WILAYA	OUARGLA	36	82
	AUTRES	8	18
	Total	44	100



Source : tableau 6

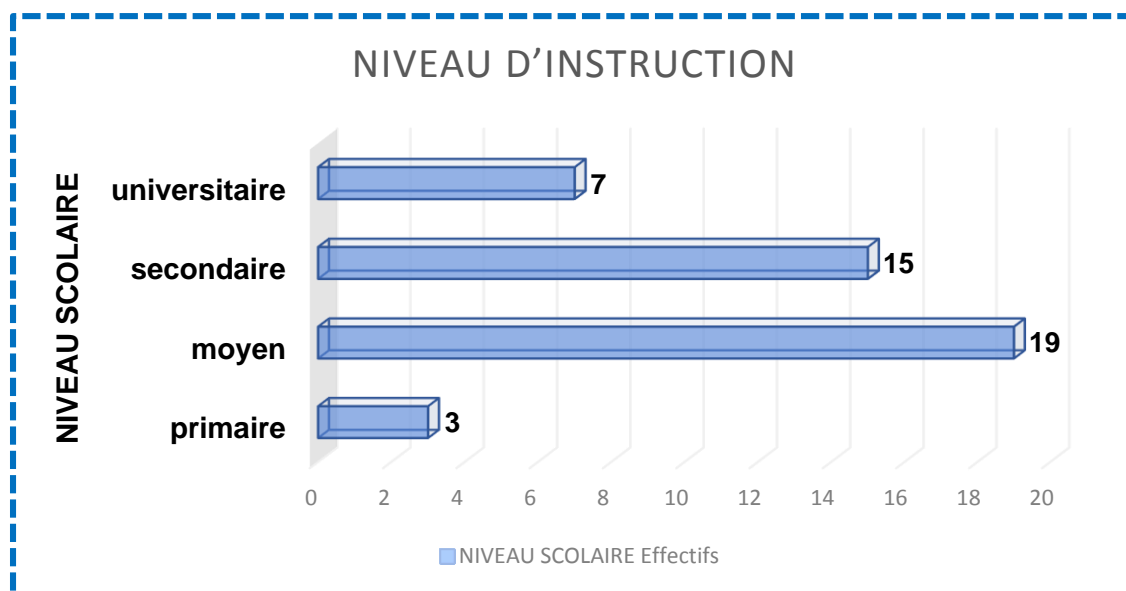
Graphique 4: Répartition globale d'un échantillon de 44 patients admis à L'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020et 04-2021 selon le lieu de naissance

5/- Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction moyen représente la modalité dominante avec une fréquence relative de 43 % des patients. En revanche, le niveau primaire représente la modalité dont l'effectif est le plus faible (trois patients) suivi par le niveau universitaire (sept patients).

Tableau 7: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le niveau d'instruction .

		Effectifs	Pourcentage%
NIVEAU D'INSTRUCTION	primaire	3	7
	moyen	19	43
	secondaire	15	34
	universitaire	7	16
	Total	44	100



Source : tableau 7

Graphique 5: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le niveau d'instruction.

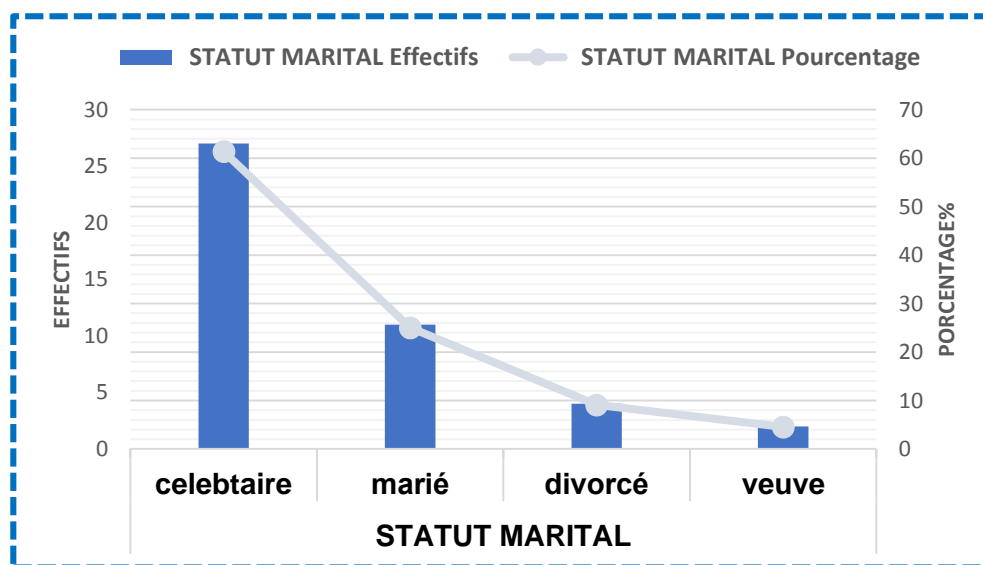
6/- Répartition des patients selon le statut marital :

Nous constatons que 61 % des patients sont célibataire, alors que les mariés ont un pourcentage de 25 %, puis les divorcés avec le pourcentage de 9%.

Les veuves ont un pourcentage minime à 5%.

Tableau 8: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le statut marital

		Effectifs	Pourcentage
STATUT MARITAL	célibataire	27	61
	marié	11	25
	divorcé	4	9
	veuve	2	5
	Total	44	100



Source : tableau 8

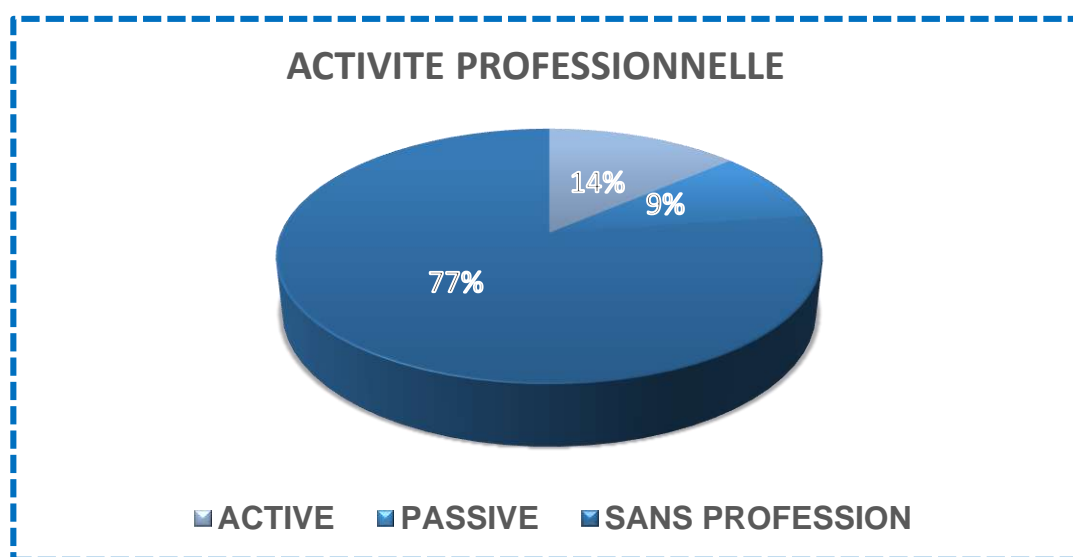
Graphique 6: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le statut marital

7/- Répartition des patients selon l'activité professionnelle :

Nous constatons que 77 % des patients sont sans profession (sujets inférieur à 18 ans scolarisé ou non), alors que 14 % sont actives et 9% sont passives.

Tableau 9: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon l'activité professionnelle

		Effectifs	Pourcentage
ACTIVITE PROFESSIONNELLE	ACTIVE	6	14
	PASSIVE	4	9
	SANS PROFESSION	34	77
	Total	44	100



Source : tableau 9

Graphique 7: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'E PH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon l'activité professionnelle.

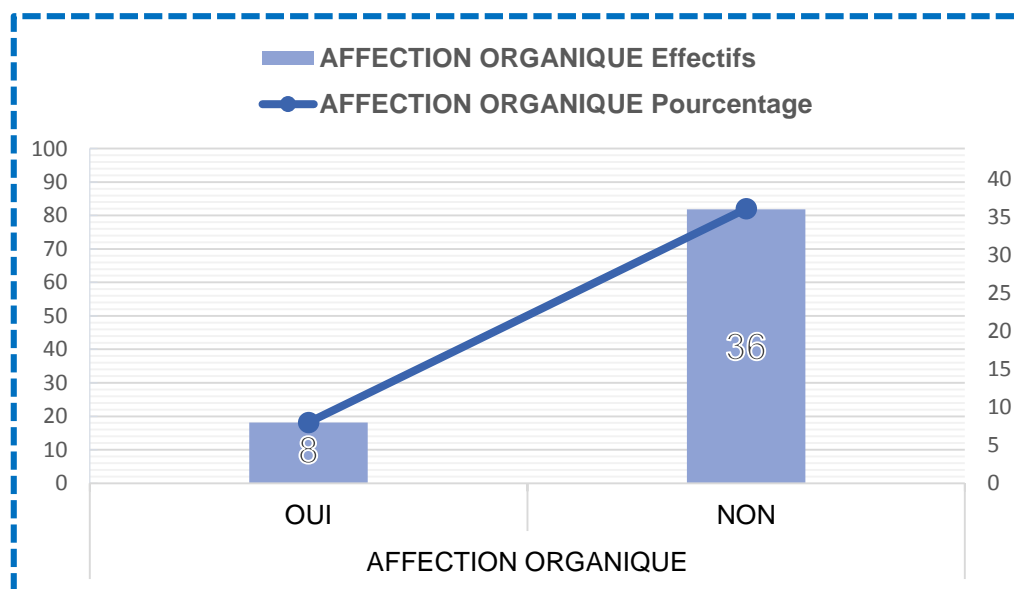
B. les antécédents :

1/-Répartition des patients selon l'antécédent d'affection organique :

82% des patients n'ont pas une affection organique particulier.

Tableau 10: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon l'antécédent d'affection organique.

		Effectifs	Pourcentage
AFFECTION ORGANIQUE	OUI	8	18
	NON	36	82
	Total	44	100



Source : tableau 10

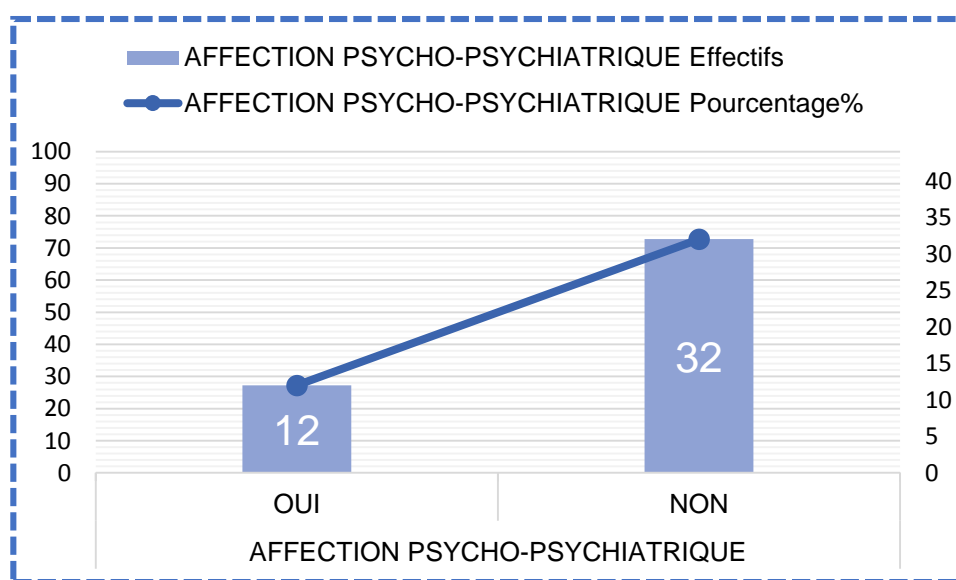
Graphique 8: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon l'antécédent d'affection organique.

2/-Répartition des patients selon l'antécédent d'affection psycho-psychiatrique :

Nous constatons une surreprésentation avec pourcentage de 73%des patients qui n'ont pas une affection psycho-psychiatrique particulier dans notre échantillon, alors qu'uniquement 27% des patients qui l'ont.

Tableau 11: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon l'antécédent d'affection psycho-psychiatrique.

		Effectifs	Pourcentage%
AFFECTION PSYCHO-PSYCHIATRIQUE	OUI	12	27
	NON	32	73
	Total	44	100



Source : tableau 11

Graphique 9: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon l'antécédent d'affection psycho-psychiatrique.

3/-Répartition des patients selon l'exposition à d'autres suicides dans l'entourage :

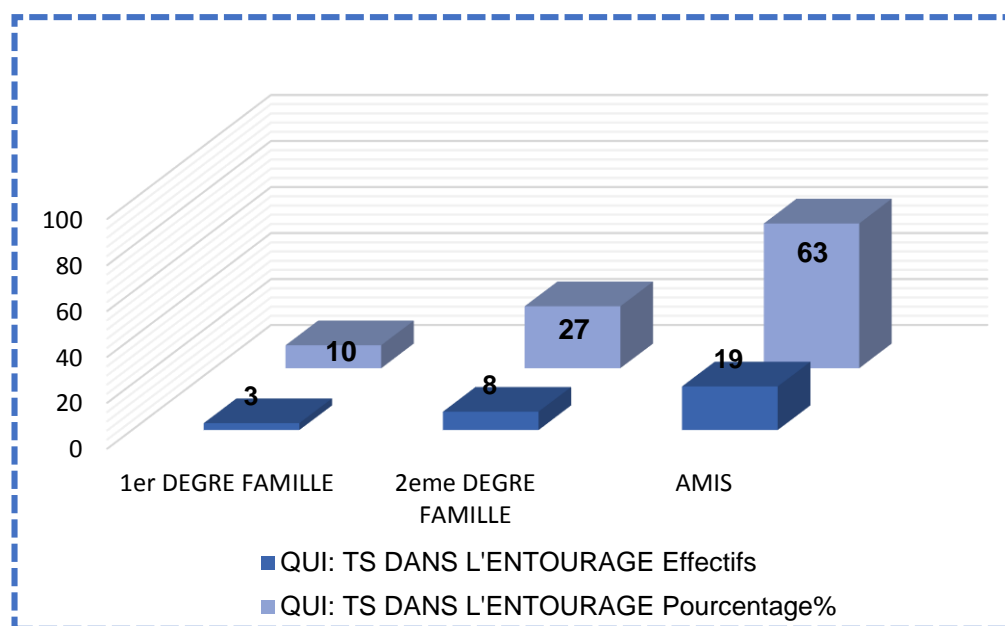
63% des patients ont une exposition à autre suicide faite par ces amis (un voisin, un collègue) alors que 27% et 10% du suicide faite par ces familles du deuxième et du premier degré respectivement.

-Famille du premier degré : parents, enfants.

-Famille du deuxième degré : frères, sœurs, grands-parents et petits-enfants

Tableau 12: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon l'exposition à d'autres suicides dans l'entourage.

		Effectifs	Pourcentage%
TYPE DU RELATION	1er DEGRE FAMILLE	3	10
	2eme DEGRE FAMILLE	8	27
	AMIS	19	63
	Total	30	100



Source : tableau 12

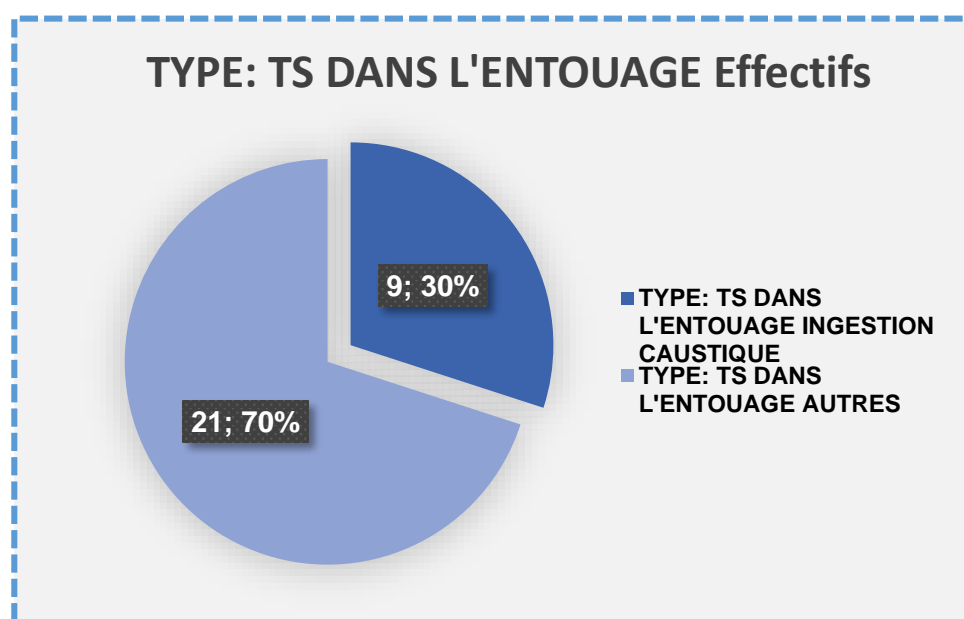
Graphique 10: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon l'exposition à d'autres suicides dans l'entourage.

4/-Répartition des patients qui ont d'autres suicides dans l'entourage selon le type du TS :

Les suicides dans l'entourage par ingestions caustique est représentée par seulement 30 % de patients , alors que 70 % de suicide se manifestent par d'autres types de suicide(pondaison, automutilation, médicamenteuse)

Tableau 13: Répartition d'un échantillon de 30 patients qui ont d'autres suicide dans l'entourage et admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le type de suicide dans l'entourage.

		Effectifs	Pourcentage%
TYPE : TS DANS L'ENTOUAGE	INGESTION CAUSTIQUE	9	30
	AUTRES	21	70
	Total	30	100



Source : tableau 13

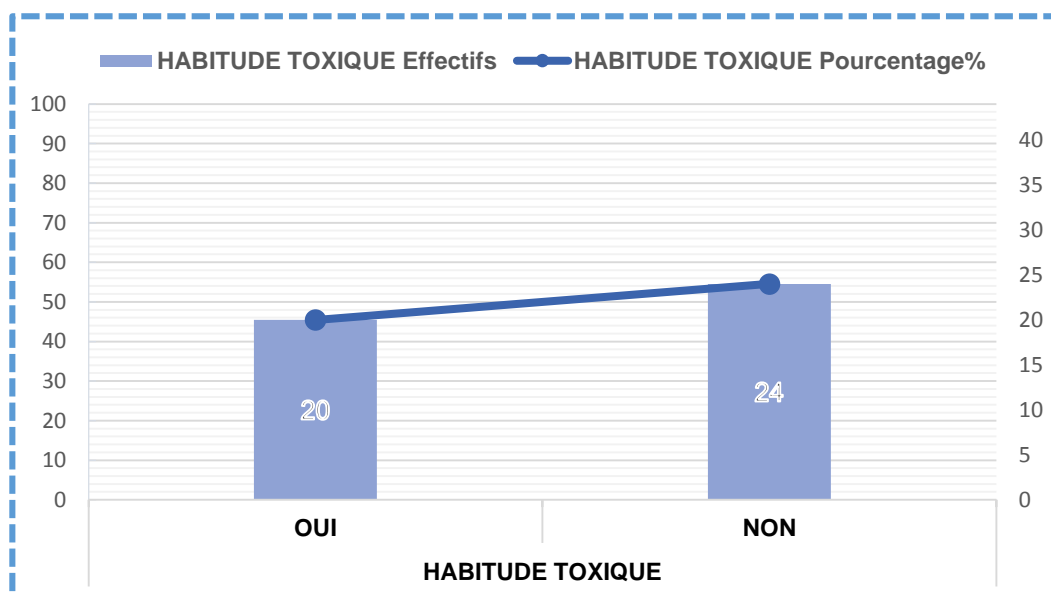
Graphique 11: Répartition d'un échantillon de 30 patients qui ont d'autres suicide dans l'entourage et admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le type de suicide dans l'entourage .

5/-Répartition des patients selon les habitudes toxiques :

Nous constatons une surreprésentation des patients qui ne présentent pas des habitudes toxiques avec un pourcentage de 55%. En revanche, 45 % des patients ont des habitudes toxiques particulières.

Tableau 14: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon les habitudes toxiques.

		Effectifs	Pourcentage%
HABITUDE TOXIQUE	OUI	20	45
	NON	24	55
	Total	44	100

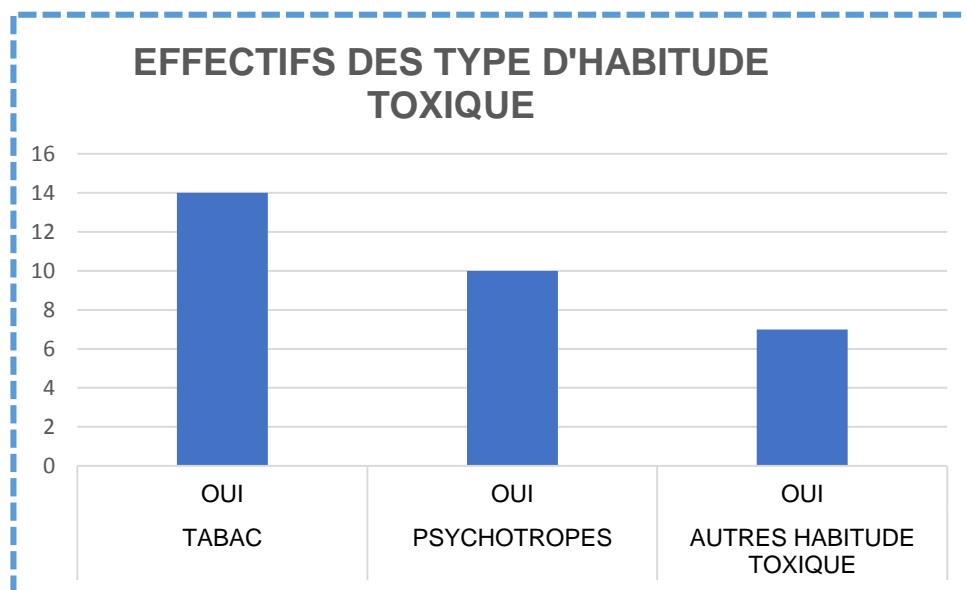


Source : tableau 14

Graphique 12: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon les habitudes toxiques.

6/-Répartition des patients selon le type des habitudes toxiques :

-les habitudes toxiques type tabac sont les plus répondeurs chez les patients, suivi par les habitudes toxiques type psychotropes puis finalement autres habitudes toxiques appart ces deux suscitées (cannabis, alcool, sniffer, médicaments).



Graphique 13: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon les effectifs des habitudes toxiques.

6/.a-Répartition des patients selon les habitudes toxiques type tabac :

Nous constatons que les patients qui ne fument pas ont un pourcentage important à 68% alors que les patients qui fument représentés par uniquement 32%.

Tableau 15: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon les habitudes toxiques type tabac.

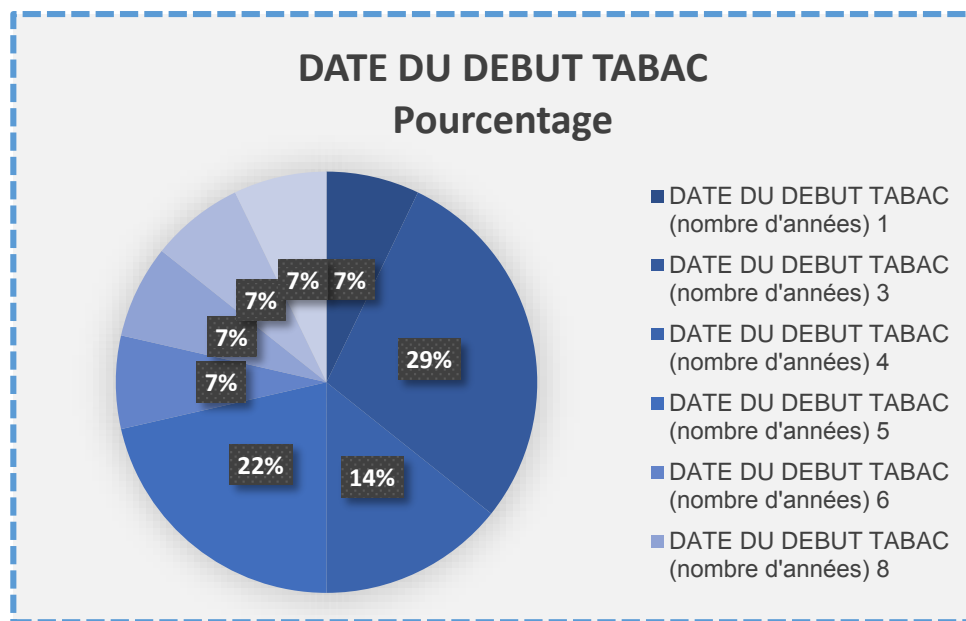
		Effectifs	Pourcentage
TABAC	OUI	14	32
	NON	30	68
	Total	44	100

6/.a.1-Répartition des patients selon la date du début du tabac :

La pluparts des patients ont une date du début du tabac ça fait trois ans avec pourcentage à 29% puis Cinq ans et quatre ans avec pourcentage de 21% et 14% respectivement. Les nombres d'années du début qui restent ont un pourcentage égal à 7%.

Tableau 16: Répartition d'un échantillon de 14 patients qui sont tabagiques admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA selon le nombre d'années de début du tabac.

		Effectifs	Pourcentage
DATE DU DEBUT TABAC (nombre d'années)	1	1	7%
	3	4	29%
	4	2	14%
	5	3	21%
	6	1	7%
	8	1	7%
	10	1	7%
	15	1	7%
	Total	14	100%



Source : tableau 16

Graphique 14: Répartition d'un échantillon de 14 patients qui sont tabagiques admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le nombre d'années de début du tabac.

6./b-Répartition des patients selon les habitudes toxiques type psychotropes :
77% des patients n'ont pas d'habitude toxique type psychotropes alors que 23% de ces patients ont cette habitude toxique.

Tableau 17: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon les habitudes toxiques type psychotropes.

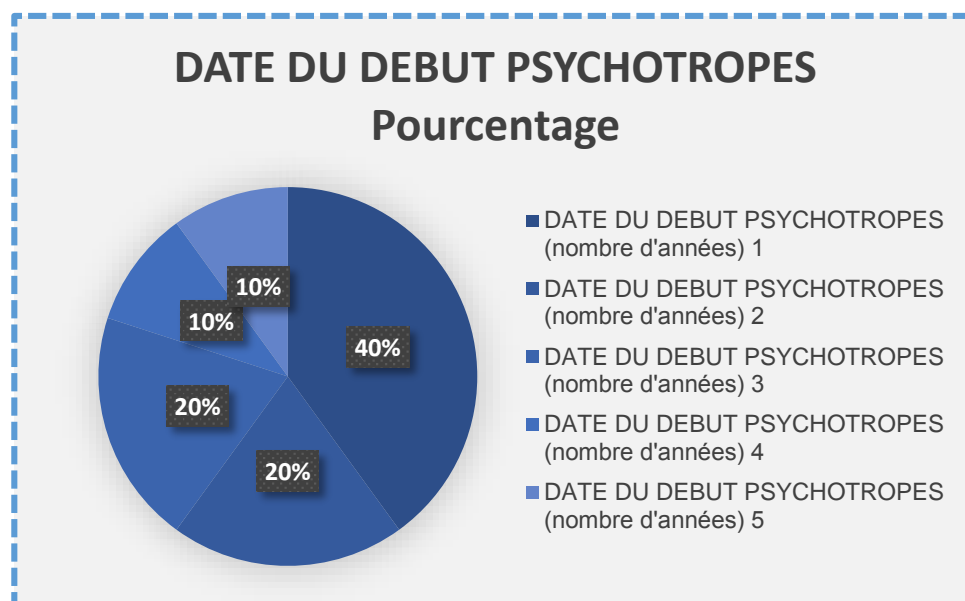
		Effectifs	Pourcentage
PSYCHOTROPES	OUI	10	23
	NON	34	77
	Total	44	100

6/.b.1-Répartition des patients selon la date du début des psychotropes :

Les patient qui débutent ça fait 4 ans les psychotropes ont un pourcentage important à 40%,les patients qui débutent ça fait 2 ou 3 ans ont un pourcentage à 20% et 4 ou 5 ans à 10%.

Tableau 18: Répartition d'un échantillon de 10 patients qui ont habitude toxique type psychotropes admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le nombre d'années de début du psychotropes

*		Effectifs	Pourcentage
DATE DU DEBUT PSYCHOTROPES (nombre d'années)	1	4	40%
	2	2	20%
	3	2	20%
	4	1	10%
	5	1	10%
	Total	10	100%



Source : tableau 18

Graphique 15: Répartition d'un échantillon de 10 patients qui ont habitude toxique type psychotropes admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le nombre d'années de début du psychotropes .

6/.c-Répartition des patients selon autres habitudes toxiques :

Uniquement 7% des patients ont des autres habitudes toxiques alors que 37% n'n'ont pas.

Tableau 19: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon autres habitudes toxiques.

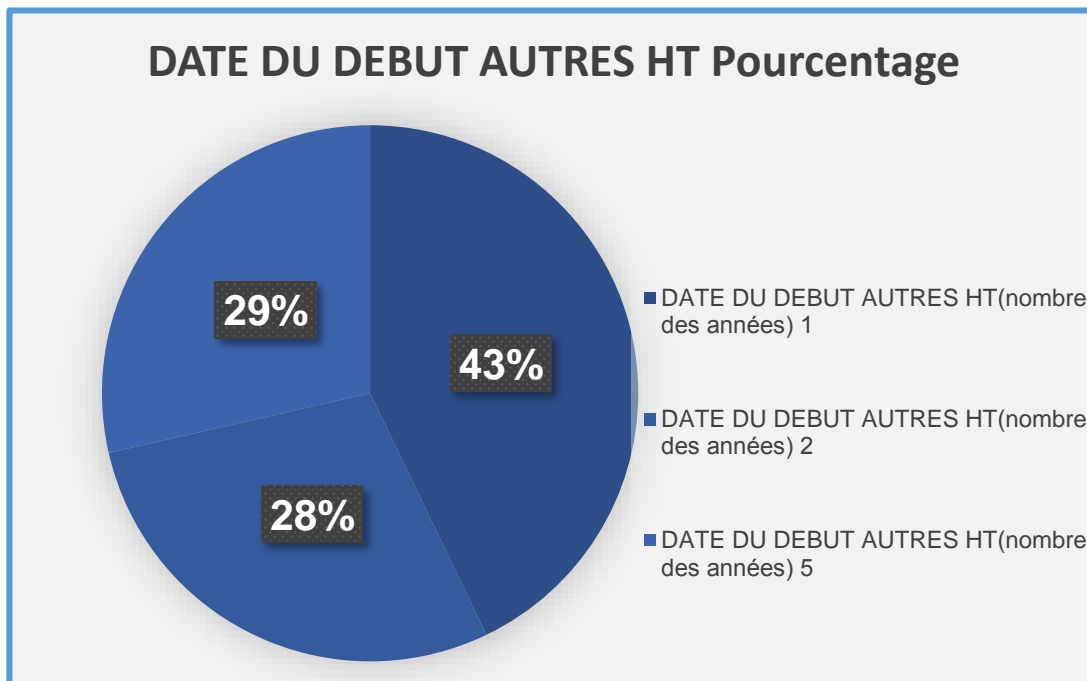
		Effectifs	Pourcentage
AUTRES HABITUDE TOXIQUE	OUI	7	16%
	NON	37	84%
	Total	44	100%

6/.c.1-Répartition des patients selon la date du début des autres habitudes toxiques :

La plupart des patients qui présentent autres habitudes toxiques débutent ça fait un an avec pourcentage à 43% , les restes ça fait 2 et 5 ans avec un pourcentage à 29%.

Tableau 20: Répartition d'un échantillon de 7 patients qui ont autres habitudes toxiques admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le nombre d'années de début.

		Effectifs	Pourcentage
DATE DU DEBUT AUTRES HT (nombre des années)	1	3	43%
	2	2	29%
	5	2	29%
	Total	7	100%



Source : tableau 20

Graphique 16: Répartition d'un échantillon de 7 patients qui ont autres habitudes toxiques admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le nombre d'années de debut

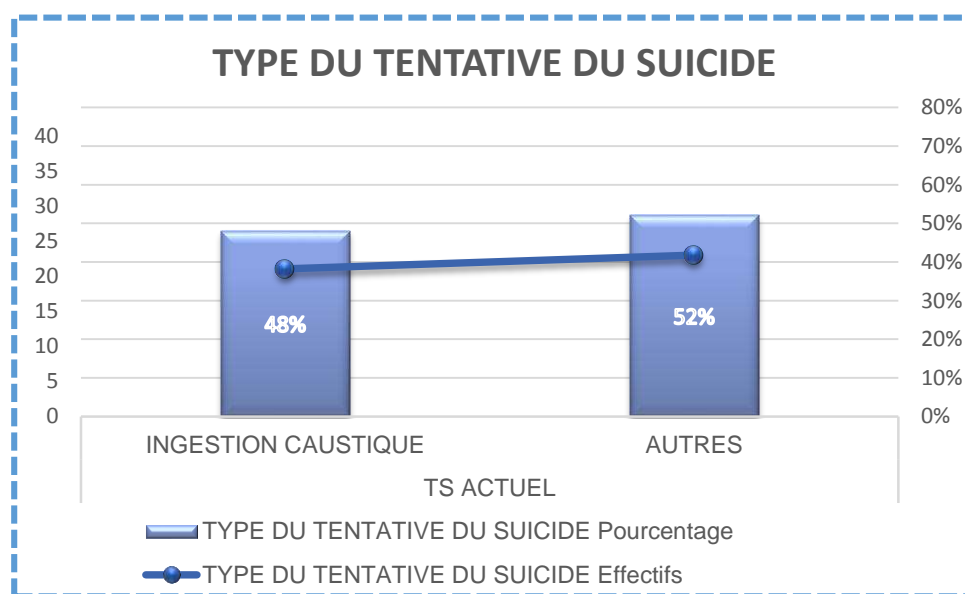
C. Circonstance du TS :

1/-Répartition des patients selon le type du TS :

Nous constatons que les TS par ingestion caustique ont une fréquence relative de 48%, suivi par l'intoxication médicamenteuse (32%) et les TS par autres moyens (pondaison, automutilation, arme blanche) ont un pourcentage à 21%. Dont 3 cas sont des intoxications par ingestion du pierre noire.

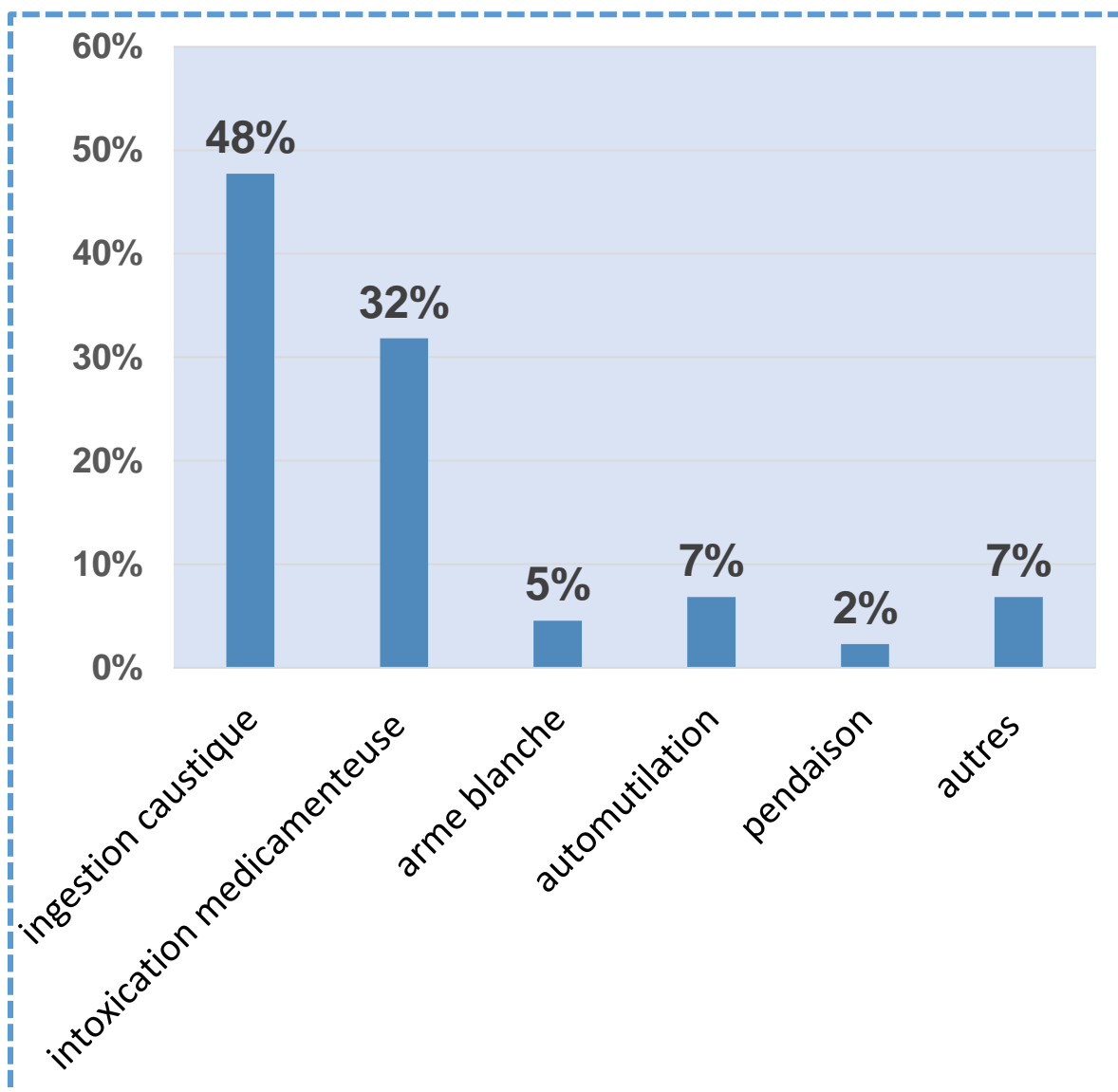
Tableau 21: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le type du TS.

		Effectifs	Pourcentage
TS ACTUEL	INGESTION CAUSTIQUE	21	48%
	AUTRES	23	52%
	Total	44	100%



Source : tableau 21

Graphique 17: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide selon le type du TS.



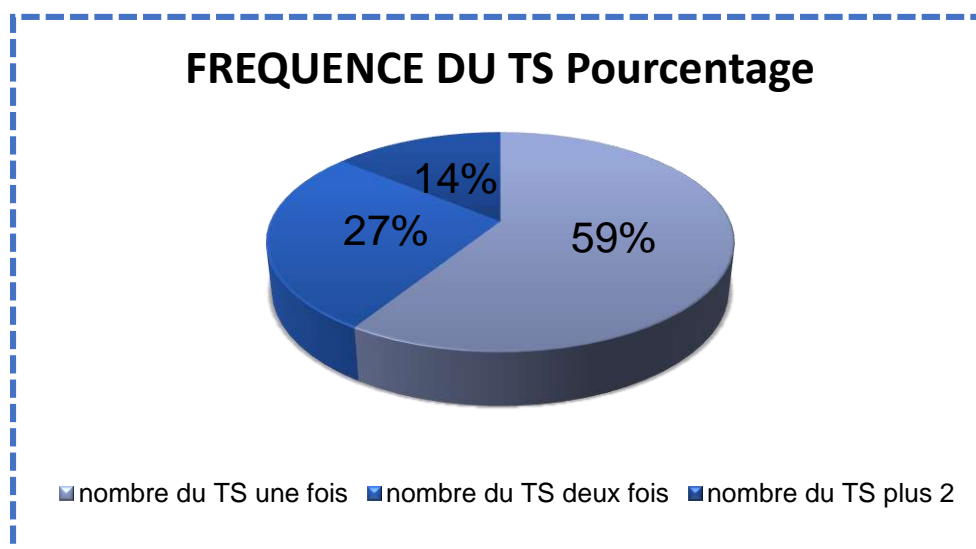
Graphique 18: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA selon le type du TS.

2/-Répartition des patients selon le nombre du TS :

59% des patients font le TS pour la première fois ,27% la deuxième fois et 14% des patients la troisième fois.

Tableau 22: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le nombre du TS.

		Effectifs	Pourcentage
nombre du TS	une fois	26	59%
	deux fois	12	27%
	plus 2	6	14%
	Total	44	100%



Source : tableau 22

Graphique 19: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le nombre du TS

3/-Répartition des patients selon la cause du TS :

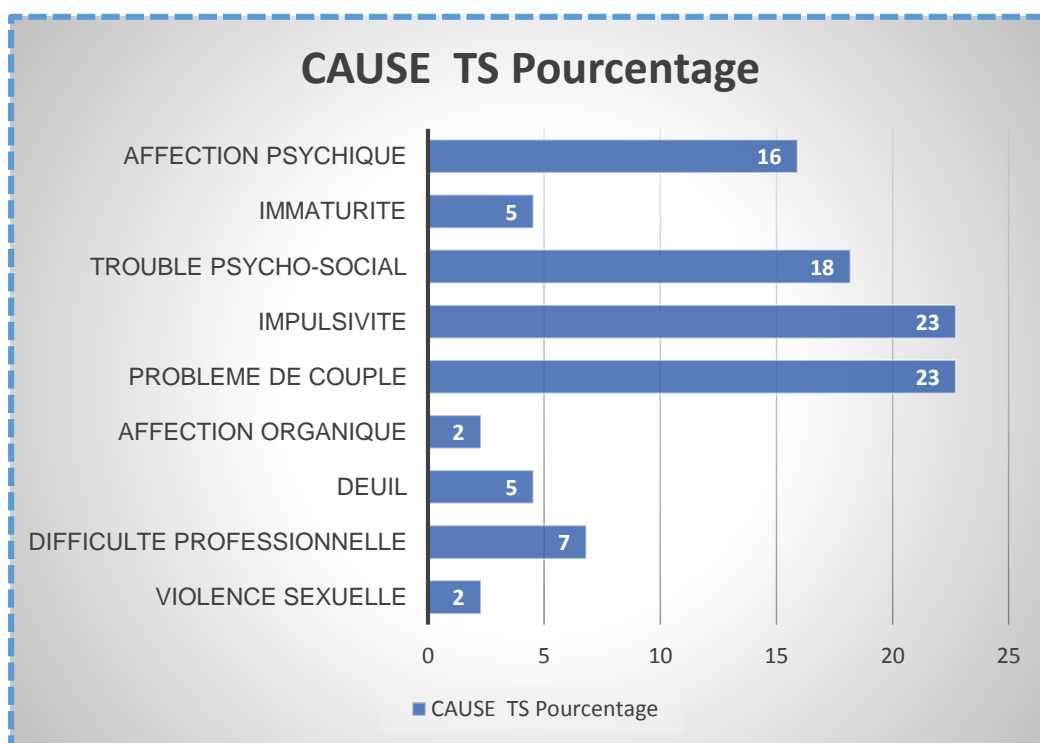
Nous constatons les résultats suivant :

23% des TS sont dues à L'impulsivité et le trouble de couple ,18% sont en rapport au trouble psycho-sociale. L'affection psychique est une cause à 16%pour les TS

La difficulté professionnelle, le deuil, l'affection organique et la violence sexuelle sont en rapport direct avec la survenue de la tentative de suicide sont rapportées dans 7 %,5%,2%et 2% respectivement des tentatives de suicide.

Tableau 23: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon la cause du TS.

		Effectifs	Pourcentage
CAUSE TS	VIOLENCE SEXUELLE	1	2
	DIFFICULTE PROFESSIONNELLE	3	7
	DEUIL	2	5
	AFFECTION ORGANIQUE	1	2
	PROBLEME DE COUPLE	10	23
	IMPULSIVITE	10	23
	TROUBLE PSYCHO-SOCIAL	8	18
	IMMATURITE	2	5
	AFFECTION PSYCHIQUE	7	16
	Total	44	100



Source : tableau 23

Graphique 20: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon la cause du TS.

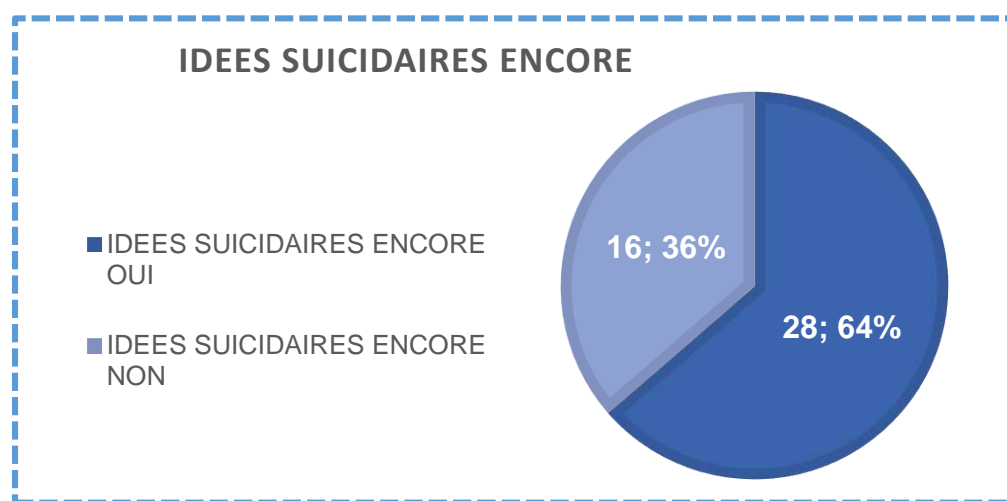
D. CONTEXTE DU TS :

1/-Répartition des patients selon la présence des idées suicidaires encore :

64%des patients qui ont fait une TS ont des idées suicidaires encore, en revanche uniquement 36% d'entre eux n'ont pas les idées.

Tableau 24: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon la présence des idées suicidaires encore.

		Effectifs	Pourcentage
IDEES SUICIDAIRES ENCORE	OUI	28	64
	NON	16	36
	Total	44	100



Source : tableau 24

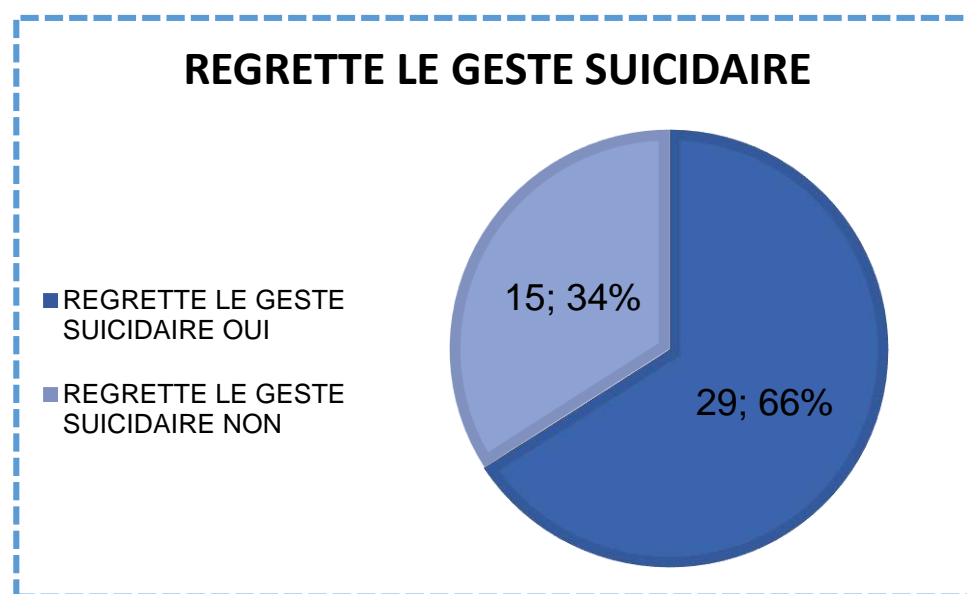
Graphique 21: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide selon la présence des idées suicidaires encore.

2-Répartition des patients selon le regret du geste suicidaire :

On constate qu'après la TS 66% des patients regrettent le geste suicidaire et 34% des patients ne le regrettent pas.

Tableau 25: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le regret du geste suicidaire.

		Effectifs	Pourcentage
REGRETTE LE GESTE SUICIDAIRE	OUI	29	66
	NON	15	34
	Total	44	100



Source : tableau 25

Graphique 22: Répartition d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le regret du geste suicidaire.

II. Tentative du suicide par ingestion caustique

21 cas des tentatives du suicide, concernant juste les TS par ingestion caustique reçus à l'EPH MOHAMED BOUDIAF entre 05-2020 et 04-2021

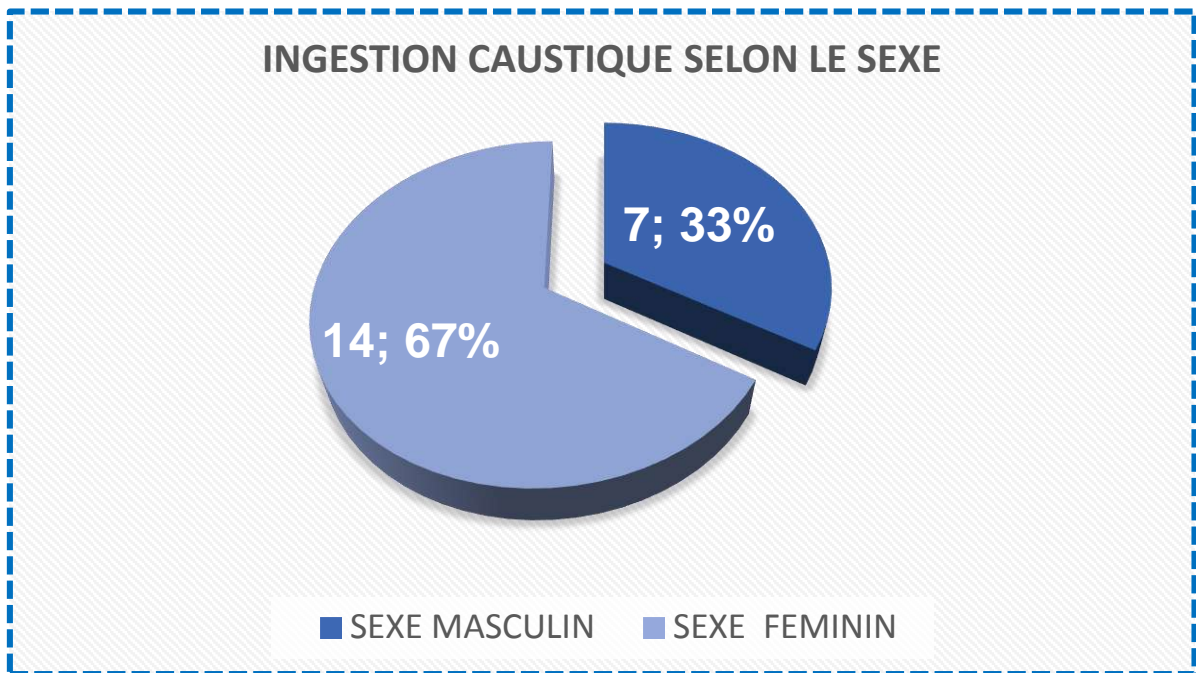
A. Les caractéristiques sociodémographiques :

1/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon le sexe :

On constate chez les patients qui ont fait une TS par IC une prédominance féminine marquée par une fréquence de 67%; par rapport à la fréquence masculine de 33%.

Tableau 26: Répartition globale d'un échantillon de 44 patients admis à L'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020 et 04-2021 selon le type du TS en fonction du sexe.

	TYPE DU TENTATIVE DU SUICIDE		Total
	INGESTION CAUSTIQUE	AUTRES	
SEXE MASCULIN	7	11	18
SEXE FEMININ	14	12	26
Total	21	23	44



Source : tableau 26

Graphique 23: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à L'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC entre 05-2020 et 04-2021 selon le sexe.

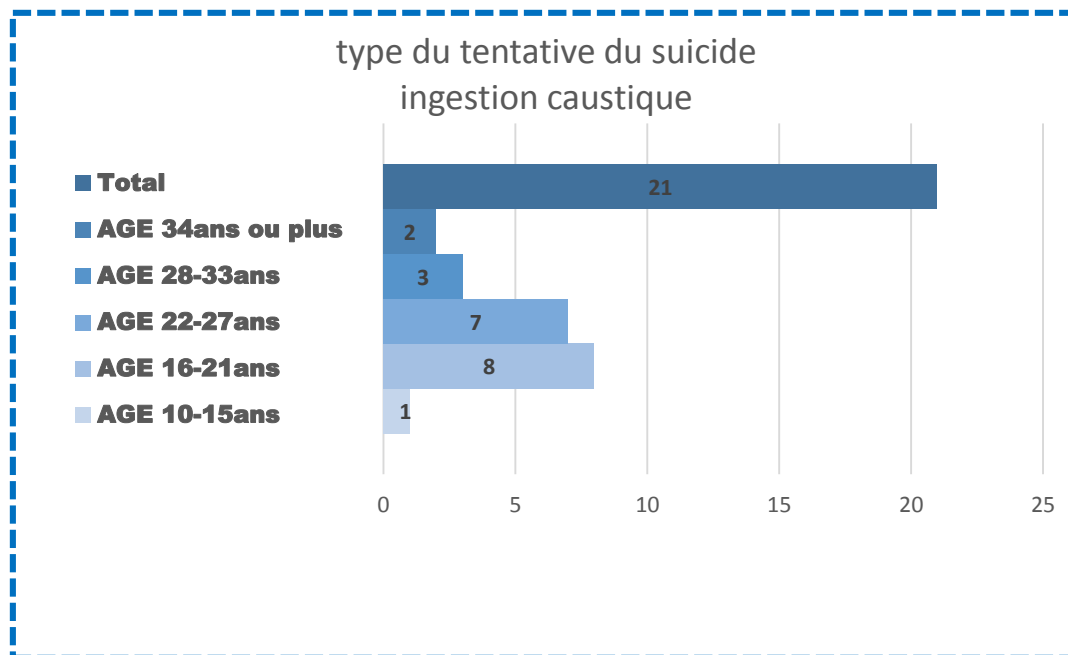
2/ -Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon les tranches d'âge :

On remarque une prédominance du TS par IC dans la 2^{ème} et 3^{ème} classe avec une fréquence de 38% et 33 %.

Les restes classes d'âge ont des fréquences aussi ne sont pas négligeables à 14% pour la 4^{ème} classe , 10% et 5% pour la 5^{ème} et la 1^{ère} classe respectivement.

Tableau 27: Répartition globale d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide entre 05-2020et 04-2021 selon le type du TS en fonction des tranches d'âge.

		TYPE DU TENTATIVE DU SUICIDE		Total
		INGESTION CAUSTIQUE	AUTRES	
AGE	10-15ans	1	4	5
	16-21ans	8	6	14
	22-27ans	7	5	12
	28-33ans	3	5	8
	34ans ou plus	2	3	5
Total		21	23	44



Source : tableau 27

Graphique 24: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis AL'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC entre 05- 2020et 04-2021 selon les tranches d'âge.

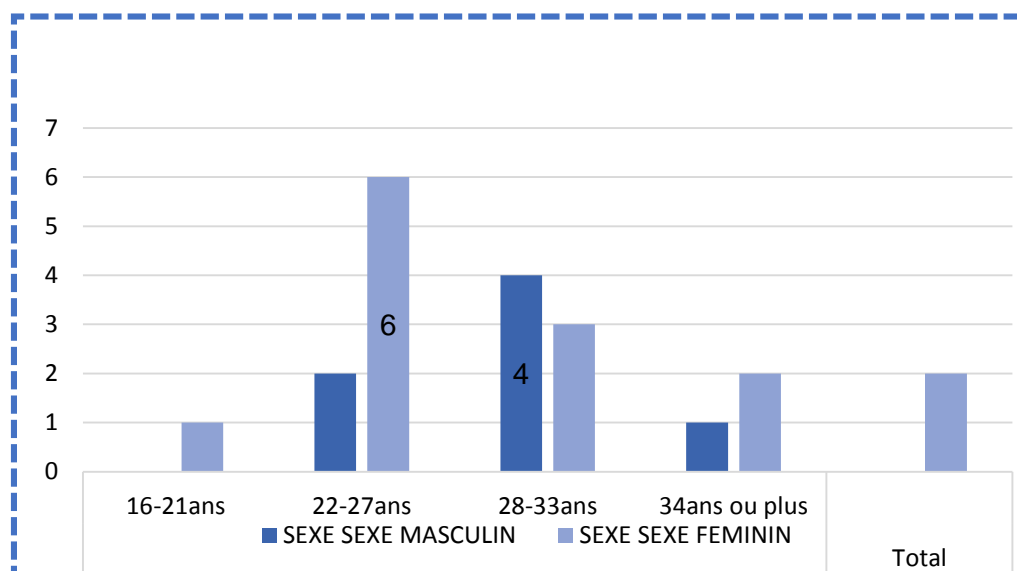
2'- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC en fonction du sexe et de l'âge :

Pour les patients qui ont fait une TS par IC on a constaté une prédominance féminine des patients.

Pour toutes les tranches d'âge on remarque une prédominance féminine, uniquement pour la troisième classe une légère prédominance masculine à 57% et 43% pour le sexe féminin.

Tableau 28: Répartition des patients qui ont fait une TS par IC en fonction du sexe et de l'âge

TYPE DU TENTATIVE DU SUICIDE			SEXE		Total
			SEXE MASCULIN	SEXE FEMININ	
INGESTION CAUSTIQUE	AGE	10-15ans	0	1	1
		16-21ans	2	6	8
		22-27ans	4	3	7
		28-33ans	1	2	3
		34ans ou plus	0	2	2
	Total	7	14	21	



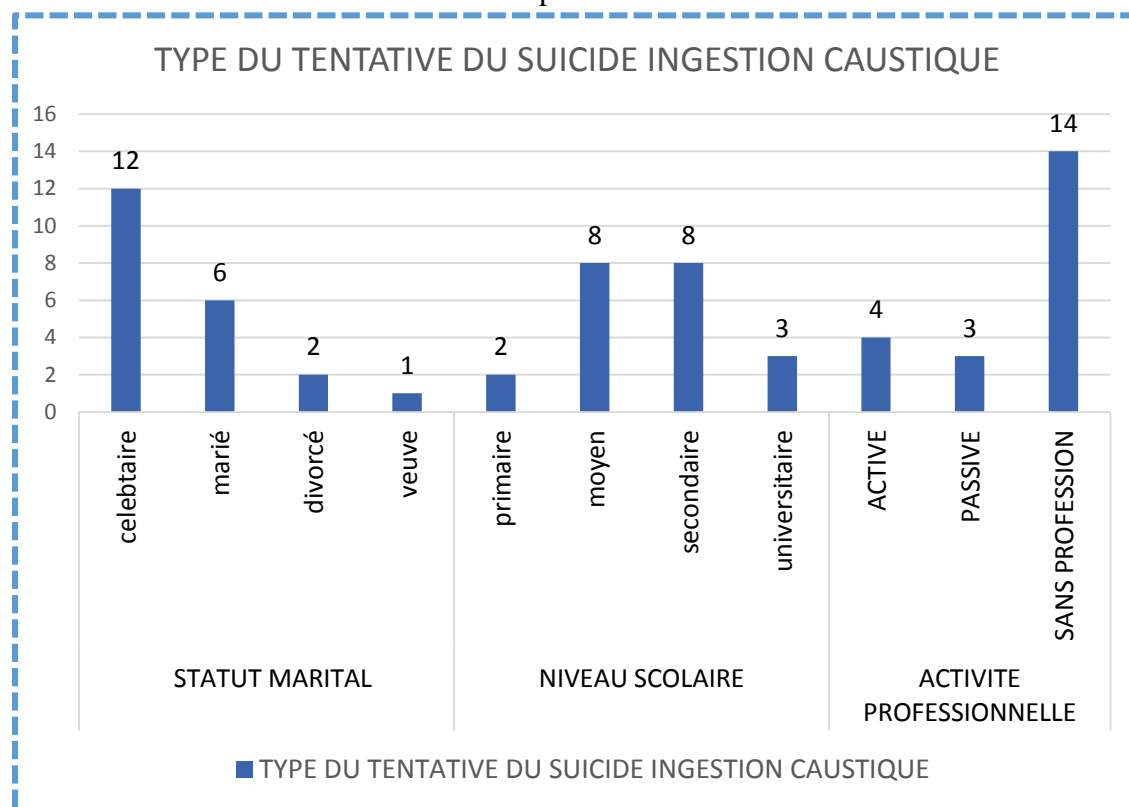
Source : tableau croisé 28

Graphique 25: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC selon le sexe et les tranches d'âge.

3/-Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon le statut marital, le niveau d'instruction et l'activité professionnelle" :

Les patients qui ont fait TS par IC sont à 57% célibataires puis à 28% mariés, uniquement 9% sont divorcés et 4% veufs.

- 38% des patients ont un niveau d'instruction moyen, autre 38% ont un niveau secondaire un pourcentage minime des patients ont un niveau universitaire ou primaire.
- La plupart des patients sont sans profession à 67%, 19% sont actives et 14% sont passives.



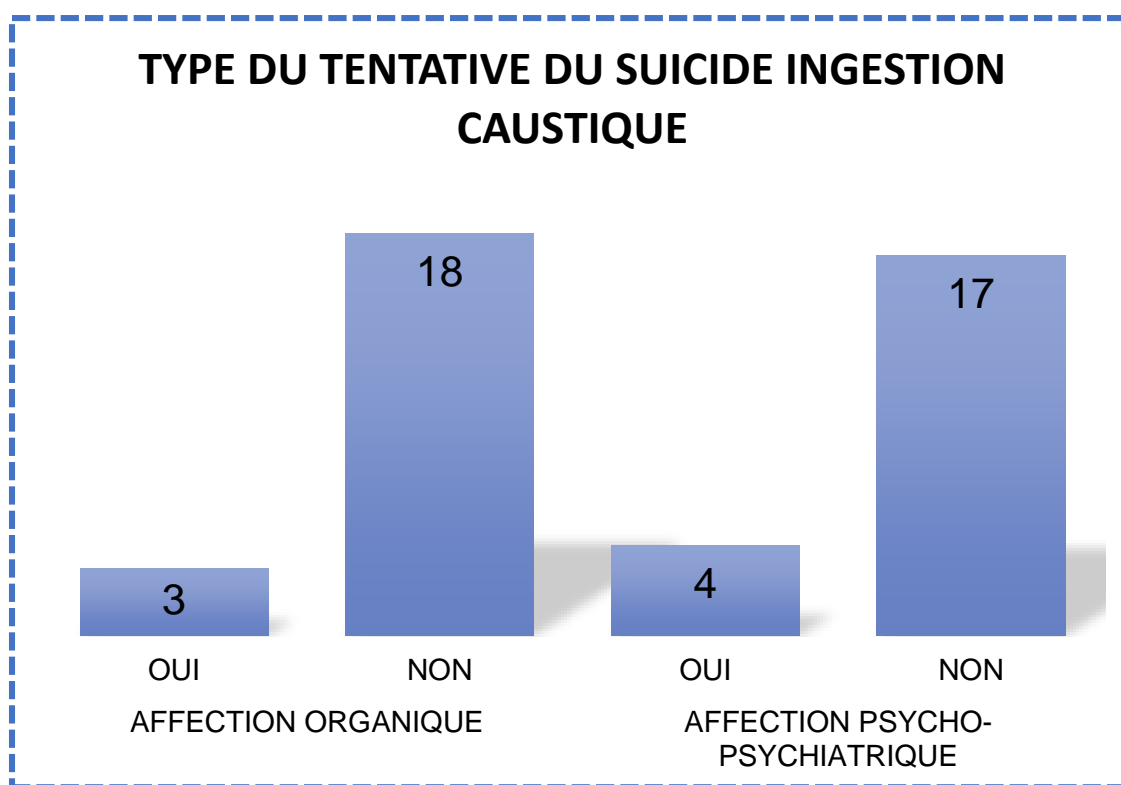
Graphique 26: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC selon le statut marital, le niveau d'instruction et l'activité professionnelle.

B. Les antécédents :

1/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon les affections organique et psycho-psychiatrique :

86% des patients qui ont fait une TS par IC n'ont pas une affection organique et uniquement 14% parmi eux souffrent d'une éventuelle affection organique.

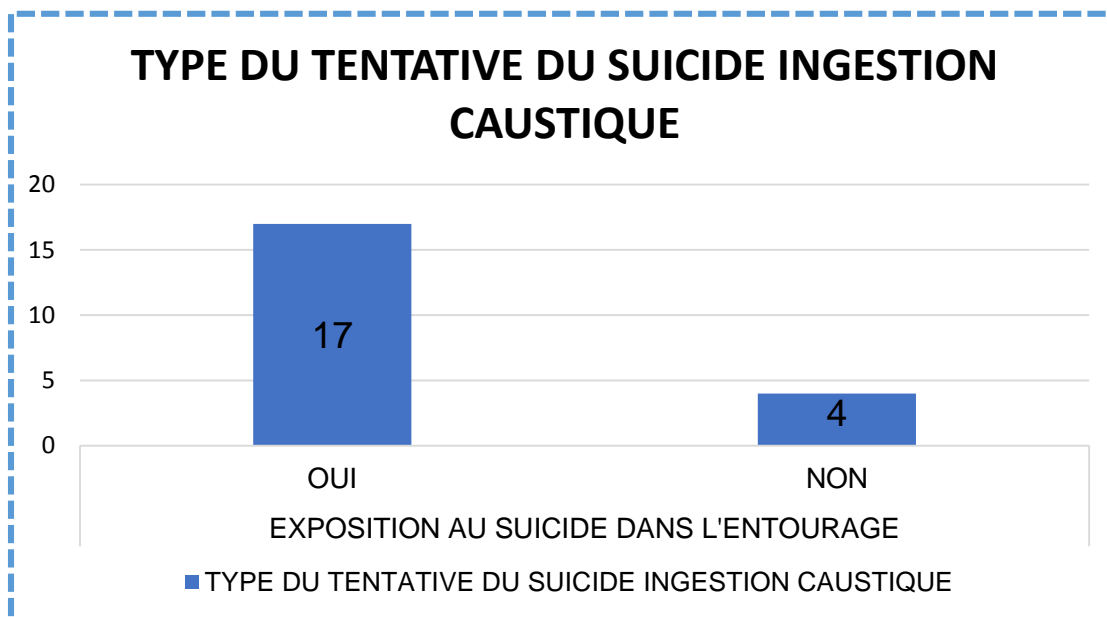
81% n'ont pas d'affection psycho-psychiatrique. En revanche 19% d'entre eux ont une affection psycho-psychiatrique particulière.



Graphique 27: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC entre 05-2020 et 04-2021 selon la présence d'affection organique et psycho-psychiatrique.

2/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon l'exposition d'autre suicide dans l'entourage :

81% des patients qui ont fait une TS par IC ont une exposition d'autre suicide dans l'entourage et 19% n'ont pas.



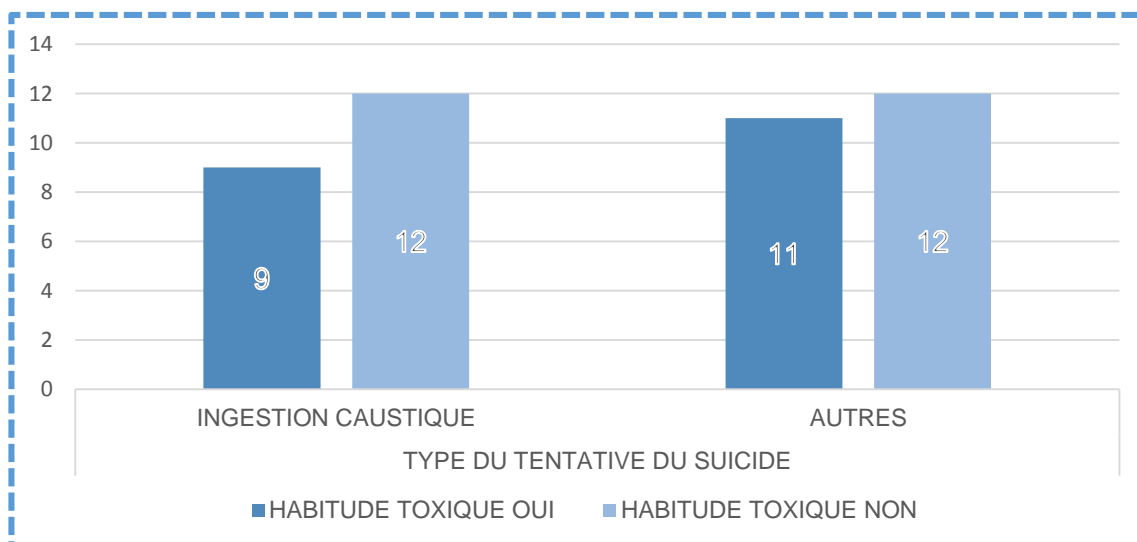
Graphique 28: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC entre 05-2020 et 04-2021 selon l'exposition à d'autre suicide dans l'entourage.

3/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon les habitudes toxiques :

On constate que 57% des patients qui ont fait une TS par IC ont des habitudes toxiques alors que 43 % n'ont pas.

Tableau 29: Répartition globale d'un échantillon de 44 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide selon le type du TS en fonction de la présence des habitudes toxiques.

		TYPE DU TENTATIVE DU SUICIDE		Total
		INGESTION CAUSTIQUE	AUTRES	
HABITUDE TOXIQUE	OUI	9	11	20
	NON	12	12	24
Total		21	23	44



Source : tableau 29

Graphique 29: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC selon la présence des habitudes toxiques.

4/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon le type des habitudes toxiques :

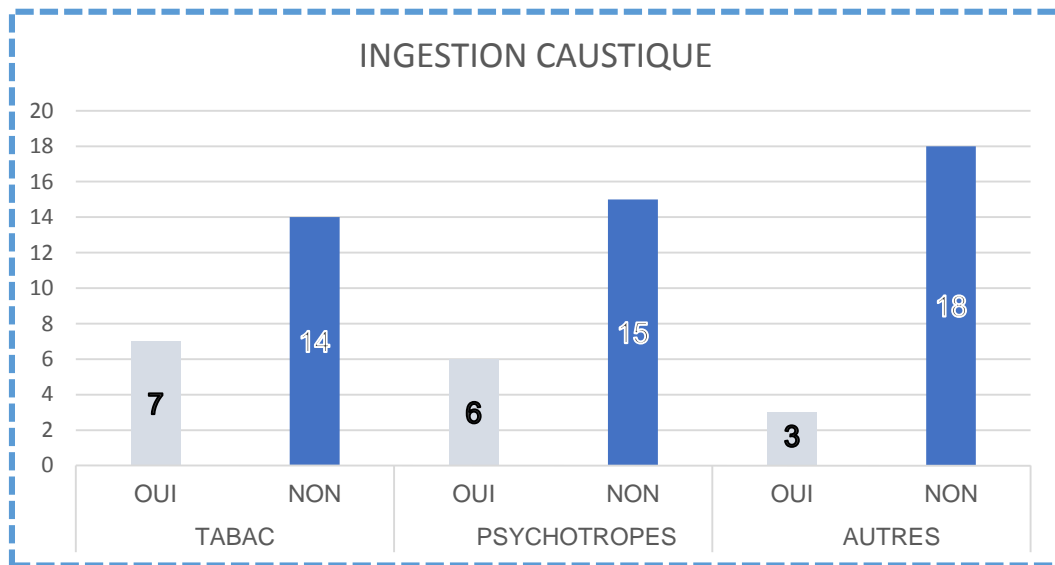
-Les patients fumeurs qui ont fait une TS par IC sont à 33%, les restes à 67% ne fument pas.

-24% des patients qui ont fait une TS par IC consomment des psychotropes alors que 76% ne consomment pas.

-14% ont recours aux autres types des habitudes toxiques (alcool, sniffer ,médicaments),alors que 86% des patients n'ont pas.

Tableau 30: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC entre 05-2020et 04-2021 selon le type des habitudes toxiques.

	TABAC		PSYCHOTROPES		AUTRES	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
INGESTION CAUSTIQUE	7	14	6	15	3	18



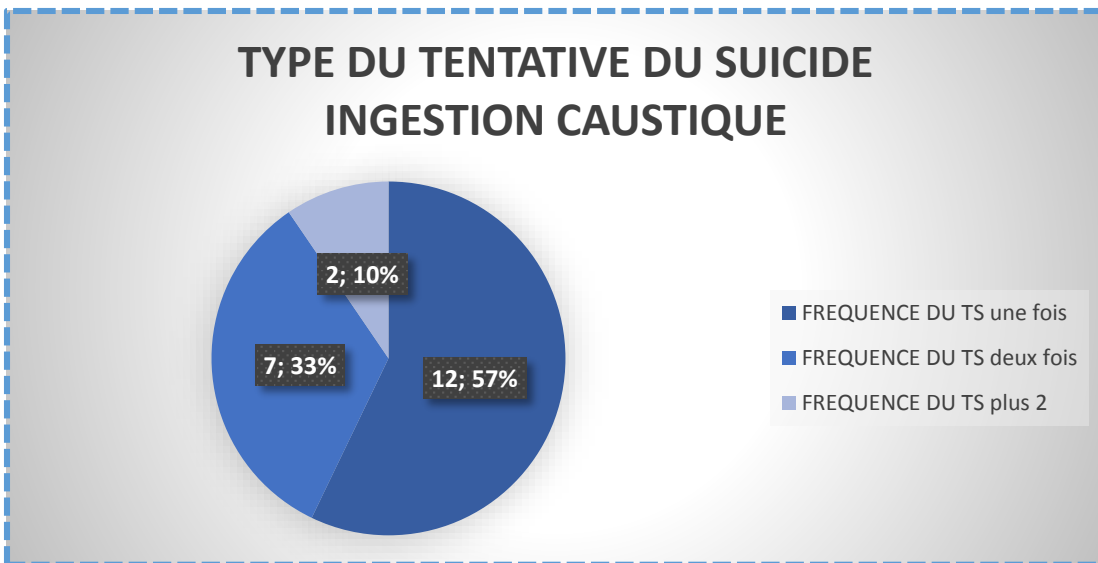
Source : tableau 30

Graphique 30: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC entre 05-2020 et 04-2021 selon le type des habitudes toxiques.

C. Circonstances des du TS

1/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon le nombre du TS :

57% des patients ont fait une TS par IC une seule fois, 33% parmi eux l'ont fait deux fois, et uniquement 10% l'ont fait plus de deux fois.



Graphique 31: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC entre 05-2020 et 04-2021 selon le nombre de TS.

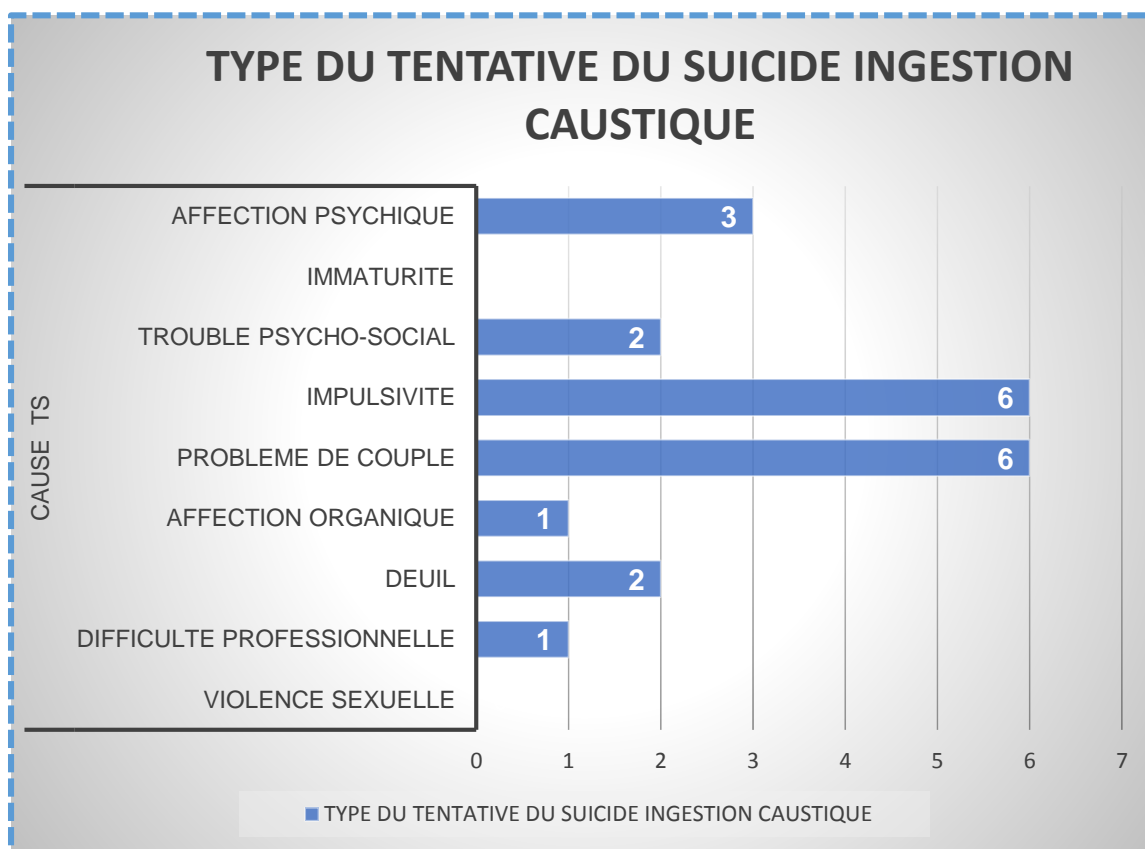
2/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon la cause du TS :

28% des patients font la TS par IC due à l'impulsivité et problème du couple ; alors que 14% la font à cause d'affection psychique.

Les troubles psycho-sociales et le deuil représentent une cause au TS par IC avec un pourcentage de 9% pour chacun.

La difficulté professionnelle et l'affection organique sont des causes du TS par IC à 5% pour chacune.

L'immaturation et les violences sexuelles ne représentent pas une cause pour les TS par IC.



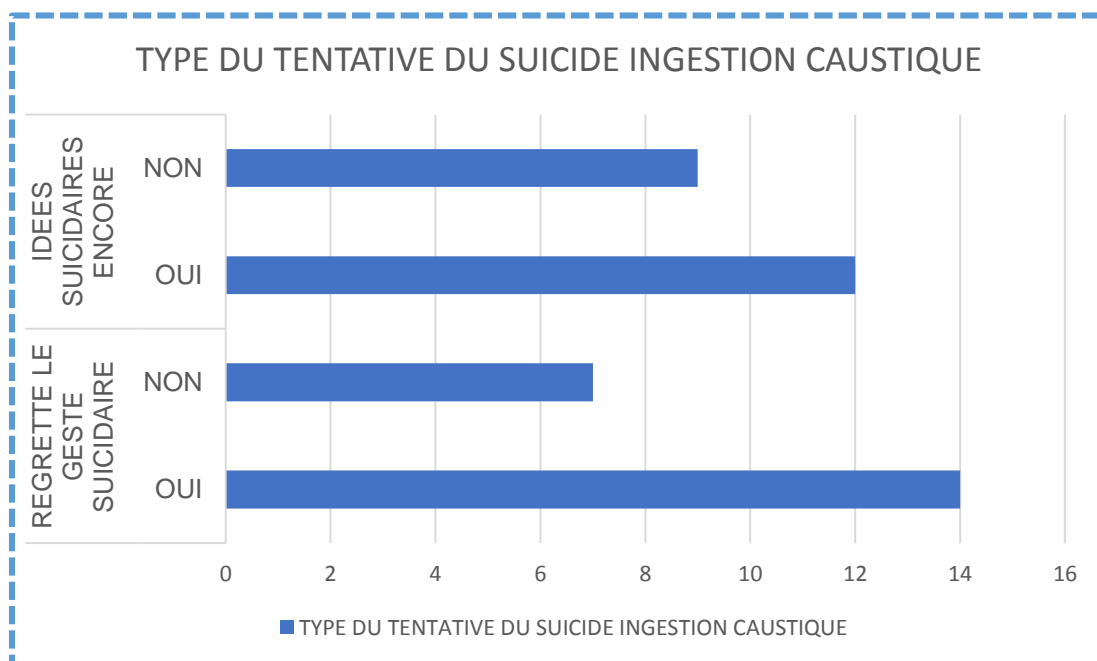
Graphique 32: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC entre 05-2020 et 04-2021 selon la cause du TS.

D. Contexte du TS

1/- Répartition des patients qui ont fait une TS par IC selon la présence des idées suicidaires encore et selon le regret du geste suicidaire :

Pour les patients qui ont fait une TS par IC on constate que 57% ont des idées suicidaires encore et 43% n'ont pas.

67% des patients regrettent le geste suicidaire et 23% ne le regrettent pas.



Graphique 33: Répartition globale d'un échantillon de 21 patients admis à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA pour tentative de suicide par IC entre 05-2020 et 04-2021 selon la présence des idées suicidaires encore et selon le regret du geste suicidaire.

DISCUSSION

I. Discussion

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

A. Les facteurs sociodémographiques

1. Le sexe :

Concernant le sexe, il y a une prédominance féminine pour les TS en général à 59%, comme pour les TS par IC à 67%, il y a un accord à l'étude de TS à TELEMEN sur cette prédominance féminine.

Malgré que le sexe féminin prédomine dans notre étude ; le sexe masculin présente aussi des pourcentages ne sont pas négligeables avec 41% dans les TS en général et 33% dans les TS par IC.

Donc les TS sont l'apanage des **femmes**.

2. Age :

L'âge moyen des TS dans notre travail était de 22 à 27 ans. Pour les TS en général la tranche d'âge de l'adolescence de 16 à 21 ans était de 32 % mais aussi les restes tranches d'âges ont des pourcentages ne sont pas négligeables, Les tentatives de suicide étaient l'apanage du sujet jeune et l'adolescent en particulier.

Pour les TS par IC aussi l'âge de l'adolescence de 16 à 21 ans était de 38% c'était de la fréquence la plus importante, suivi par la classe des jeunes de 22 à 27 ans avec 33 % et les restes classes d'âges également ont des fréquences remarquables.

Il y a un accord entre notre étude et l'étude du TS à TELEMEN concernant l'âge. Donc les TS sont l'apanage du **jeune âge et l'âge de l'adolescence**.

3. Lieu de naissance :

La wilaya de OUARGLA représente le lieu de naissance qui a une fréquence important à 82%, la wilaya de GHARDAIA vient en deuxième position à 6%, puis les autres wilaya revient

avec des fréquences égaux à 2% (BISKRA, TAMENRAST, TIARET, MAASKAR, EL OUED, ORAN).

Donc les TS à l'EPH MOUHAMED BOUDIAF d'OUARGLA fait essentiellement par des gens qui naissent à la wilaya d'OUARGLA.

4. le niveau d'instruction:

Le niveau d'instruction **moyen est sur représenté** dans notre étude avec une fréquence relative de 43 %. En revanche, le niveau primaire (7%) et le niveau universitaire (16%) étaient sous-représentés. Le niveau secondaire a une fréquence relative de 34%. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans l'étude des conduites suicidaires d'ORAN avec une prépondérance de la fréquence relative du niveau moyen qui était à 42 % et une faible proportion de suicidants ayant un niveau universitaire (4 %)

5. le statut marital :

Quant au statut marital, **les célibataires** constituaient la catégorie **la plus touchée** de 61% . Ce résultat rejoint celui trouvé dans l'étude des TS du TELEMEN, , alors que 25 % seulement sont mariés. Les divorcés et les veufs représentent respectivement 9% et 5%.

Le célibat est également prépondérant dans l'échantillon d'étude des conduites suicidaires ORAN avec une fréquence de 86 %

6. l'activité professionnelle :

Un autre facteur étudié dans notre travail est l'absence de la profession, le chômage qui est élevé. Ainsi, 77% des patients étaient inactifs sur le plan professionnel, constituant ainsi un facteur de risque comme cela a été signalé par d'autres études. Les patients actifs sont à 14 % et les patients passifs à 9 %.

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

B. Les antécédents :

1-Les antécédents d'affection organique :

Les affections organiques (cancer, diabète, hypertendue, handicap moteur...) sont présents uniquement à 18% dans les TS en général et à 14% dans les TS par IC mais, ils sont considérés comme une véritable cause de TS selon la littérature.

2-Les antécédents d'affection psycho-psychiatrique :

Les troubles psycho- psychiatriques (schizophrénie, dépression, troubles de la personnalité, troubles anxieux, conduites addictives, usage des substances) demeurent un facteur associé aux conduites suicidaires, bien que la constatation de cette association ne soit pas récente, elle a bénéficié d'un regain d'intérêt ces dernières années de la part des chercheurs.

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

Dans notre série, et contrairement à ce que est retrouvé dans des autres études les troubles psycho-psychiatriques sont présents uniquement de 27 % dans les TS en général et de 19 % dans les TS par IC, mais ces derniers pourcentages ne sont pas négligeables comme même.

3-Les antécédents d'exposition à autres TS dans l'entourage :

Les chercheurs trouvent que la présence du TS dans l'entourage constitue un facteur de risque majeur de suicide. Dans notre étude il y a un véritable accord à cette notion avec 63% des TS font par des amis ; 27% font par des familles du deuxième degré et 10 % par des familles du premier degré.

4-Les habitudes toxiques :

Dans notre étude, on constate que les patients qui ont recours aux habitudes toxiques (tabac, psychotropes, médicaments" antalgiques et anti-inflammatoires", sniffer, alcool) sont moindres (45%) par rapport au patients qui n'ont pas (55%).ces résultats coïncident dans les TS en général et dans les TS par IC en particulier. Mais il faut signaler que même si les résultats des patients

que n'ont pas recours aux habitudes toxiques sont moindres ; ils sont comme même non négligeables et qu'il ne faut pas les prendre à la légère.

Les données qu'on a trouvées ne sont pas assez faibles comme dans l'étude des TS de TELEMEN où les taux étaient vraiment faibles.

Par contre les données de la littérature ont prouvé l'importance des habitudes toxiques dans l'induction des processus suicidaires.

A/Tabac :

dans notre travail le pourcentage du tabagisme vient en première intention par rapport aux autres HT, suivi par la consommation des psychotropes (hypnotiques, benzodiazépines...) les patients qui fument présentent un pourcentage de 32 % au TS en général et 33% au TS par IC, par contre les patients qui ne fument pas sont de 68% dans les TS en général et 67% dans les TS par IC.

La plupart des patients qui ont fait une TS et fument ont une date de début du tabagisme égale ou supérieure à 3 ans, ils font le TS après trois ans du tabagisme.

B/psychotropes et autres HT :

Dans notre étude il y a un accord entre les pourcentages de tous les HT, les patients qui ont recours au HT sont moindres par rapport des patients qui n'ont pas.

La plupart des patients qui ont fait une TS et consomment des psychotropes ou font autre HT ont une date de début inférieure à une année, ils font le TS pratiquement dans la première année de consommation.

D'après les pourcentages considérables des HT chez les patients. Notre travail constate qu'il y a une concordance entre les TS et les HT, ils peuvent être considérés comme des facteurs de risque indépendants de TS, le tabac en premier suivi par les consommations des psychotropes, différemment à la littérature qui considère l'alcool au premier.

C. Circonstances du TS :

1-le type du TS :

48 % des tentatives de suicide dans notre étude se font par IC, dont 66 % de femmes et 34% hommes ,71% d'âge entre 16et 27 ans c'est-à-dire des adolescents et des jeunes. Dans 52 % des cas, le recours à autres types de TS.

Dans l'étude des conduites suicidaires de ORAN 57 % des patients de l'échantillon font recours à une ingestion médicamenteuse volontaire comme premier moyen suicidaire, dont 37 % de femmes et 20 % d'hommes. Le deuxième moyen est, dans 33 % des cas, le recours à l'ingestion volontaire des produits caustiques utilisés par 23% de femmes et 10 % d'hommes.

L'IC est un moyen plus fréquemment utilisé dans les TS dans la wilaya d'OUARGLA car . Il s'agit d'un moyen accessible, particulièrement aux femmes, et dont la dangerosité est plus importante. Le caustique que l'on s'auto-administre deviendrait le moyen de fortune et de proximité domiciliaire pour échapper à une situation où sont souvent rapportées des tensions relationnelles.

2-Le nombre du TS :

Dans notre échantillon 59% des patients ont la TS en général une seule fois, 27% deux fois et 14 % plus de deux fois.

Dans l'échantillon des TS par IC les résultats se rapprochent aux celles-ci des TS en général avec 57% une seule fois, 33% deux fois et 10% plus de deux fois.

Donc le TS se fait essentiellement une seule fois ; avec un taux non négligeable de récurrence une deuxième fois ou plus (environ 41% TS en général ; 43% les IC).

3-la cause du TS :

23 % des tentatives de suicide dans notre étude se font de façon impulsive sans une préméditation préalable du passage à l'acte, autres 23% se font due aux problèmes de couple

Les autres causes sont moins fréquentes, 18% de trouble psycho-sociale, 16% d'affection psychique. Les autres causes sont représentées respectivement par : difficulté

professionnelle (7%), deuil et immaturité (5% pour chacun), violence sexuelle et affection organique (2% pour chacune).

Des autres études concluent que l'impulsivité élevée faciliterait la transition des pensées suicidaires au comportement suicidaire.

Ce qui concorde avec la littérature.

D. Contexte du TS :

Les idées suicidaires encore et le regret du geste suicidaire :

L'idée suicidaire persiste après le TS chez 64% des patients, le pourcentage est vraiment important et peut être liée à la présence toujours de la cause favorisante ou du facteur de risque.

Par contre le regret après le geste suicidaire se présente à 66%, la subjectivité de telles type de réponses ne nous permette pas à obtenir des résultats assez fiables.

II. Les forces de la recherche

- Depuis ces dernières années, l'EPH d'OUARGLA a reçu plusieurs cas des tentatives du suicide ; ainsi que les ingestions caustique volontaires, dont les conséquences organiques et psycho-psychiatriques et économiques sont très graves.

- C'est la première étude intitulé " caractéristiques épidémiologiques et cliniques des TS par ingestion caustique " au niveau de la wilaya OUARGLA.

III. Les limites de la recherche

Dès le début notre travail et au long de la période de collecte des données on a se confronté avec plusieurs biais parmi eux :

- Un point délicat dans cette recherche est au niveau de la confidentialité. Les entretiens ont été prenants et intimes. Les personnes m'ont dévoilé des choses personnelles. J'ai donc dû faire très attention à la manière dont j'allais traiter ces informations. Les personnes rencontrées ont également eu des craintes que cela soit diffusé ; malgré le consentement.

- La pauvreté des dossiers médicales aux informations en matière des certains données épidémiologiques et/ou clinico-paracliniques.

-La difficulté de déchiffrer l'écriture des médecins d'où l'intérêt du recours à l'informatisation des différents secteurs de santé.

- La durée de 12 mois durant laquelle nous avons mené notre étude est un peu courte ; peut être considérée comme étant un point faible aussi.

IV. Suggestions et recommandations

Pour essayer de surpasser les limites susmentionnées, on peut suggérer :

- Une meilleure diffusion des informations concernant la prise en charge et l'accueil surtout au plan psychologique ; des tentatives du suicides entre les différents professionnels de la santé.

- La déclaration systématique des TS ; afin d'éviter la banalisation d'un geste qui peut être grave.

- Informatiser les dossiers médicaux par l'intermédiaire des nouvelles technologies.

Quelques suggestions et propositions afin de réduire les facteurs de risques, d'améliorer la prise en charge des tentatives de suicide :

- La prise en charge psycho-psychiatrique des patients qui ne regrettent pas leur geste suicidaire, dont qu'ils ont un risque élevé (récidive).

- Créer un système de dépistage des terrains prédisposés à la tentative de suicide

(Fiche d'évaluation, visite des psychologues) au niveau des écoles moyennes et secondaires surtout, dont la fréquence est plus importante.

- Plus tard, des recherches multicentriques qui couvrent plus d'un seul centre ou établissement hospitalier ; et pourquoi pas la réalisation des études analytiques sur les facteurs du risque des tentatives de suicide.

Conclusion :

Le suicide est considéré, à l'échelle planétaire, comme un problème de santé publique.

L'OMS affirme qu'en moyenne, un million de personnes se suicident chaque année dans le monde, soit une moyenne de 3000 décès par jour et d'un suicide toutes les 40 secondes avec un nombre de tentatives de suicide 20 fois plus élevés. Environ 5% des personnes dans le monde font une tentative de suicide au moins une fois dans leur vie.

Les tentatives de suicide en général et par ingestion de caustique en particulier constituent un problème de santé publique par leurs fréquences, leurs complications enregistrées dans leurs évolutions et leurs lourdes dépenses en santé pour l'état. Ceci a motivé notre intérêt pour la question et a incité la réalisation de ce travail, consistant en une étude descriptive transversal d'une population de patients suicidant, vue ou hospitalisées à l'EPH Mohamed Boudiaf OUARGLA, au cours de la période 05-2020 au 04-2021.

Avec un échantillon de 44 suicidant, dont 21 parmi eux par ingestion de caustique, nous avons pu enregistrer certains facteurs de risque et de protection qui peuvent être responsables de la survenue des tentatives de suicide en général et par ingestion de caustique en particulier.

Notre objectif principal est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des tentatives de suicide vue ou hospitalisées à l'EPH Mohamed Boudiaf OUARGLA, au cours de la période 05-2020 au 04-2021.

Nous citons : le sexe, l'âge, niveau d'instruction, le statut marital et professionnel, les antécédents et les habitudes toxiques, aussi que les circonstances et le contexte de la tentative du suicide.

Les Objectifs secondaires de notre étude étaient de :

- ✓ Recenser les différents facteurs de risque et de protection potentiels à la survenue des tentatives de suicide en général et par ingestion de caustique en particulier. On a enregistré une fréquence importante des tentatives de suicide en général et ou par ingestion de caustique en particulier chez :
 - Sexe féminin : 59% dans les TS en tous, et 67% par IC.
 - Tranche d'Age (16-21 ans : 32% dans les TS en tous, et 38% par IC.
 - Antécédent du TS dans la famille et l'entourage : 80%
 - Affection organique et/ou psychiatrique chez les suicidants par IC : successivement 18% et 27%
 - Histoire d'habitudes toxiques : 45% ont des HT.

Le sexe masculin, le niveau d'instruction bas l'activité professionnelle ; ont les enregistrer dans l'étude comme des facteurs protecteurs.

- ✓ Déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des tentatives de suicide par ingestion de caustique vue ou hospitalisées à l'EPH Mohamed Boudiaf OUARGLA, au cour de la période 05-2020 au 04-2021.(les mêmes caractéristiques retrouver dans les TS par ingestion caustique)

Les résultats retrouvés dans notre étude seraient considérés comme outils de prévention contre la survenue des TS à travers le dépistage précoce et la prise en charge adéquate des sujets prédisposant ; toute en sachant que le passage à l'acte et le récurrence reste imprévisible++++.

A cet effet, nous sommes devant la conclusion que nos résultats répondent à notre questionnement de départ. Ils rejoignent le fait que le taux des tentatives de suicide par ingestion de caustique (environ de 48%) au sein de l'ensemble des patients suicidant, vue ou hospitalisées à l'EPH Mohamed Boudiaf OUARGLA est aussi important à celle d'étude d'ORAN (33%). Et que les caractéristiques épidémiologiques et cliniques ainsi que les facteurs de risque rejoignent ceux décrits dans la littérature.

Devant l'importance épidémiologique de la fréquence des TS et l'ampleur de ses complications psychologiques et organiques chez les patients et leur entourage, une attention particulière de la part des médecins psychiatres et en médecine générale se doit, pour prévenir le passage à l'acte, adapter sa prise en charge et prévenir, ses complications évolutives, selon les conduites régulièrement actualisés.

La durée courte de l'étude, le terrain étroit (EPH), et la mauvaise diffusion des informations entre les différents professionnels impliqués ont beaucoup limité nos résultats.

On espérant, plus tard qu'on a des recherches qui regroupent plus d'un terrain et établissement de la santé, sur un échantillon plus large et peut refléter l'état réel.

Aussi mieux ; des études analytiques sur les facteurs du risque des tentatives du suicide.

Références :

1. tentatives-des-suicides.pdf.
2. Article " suicide "OMS le 17 -06-2021.
3. Source OMS Charge mondiale de morbidité 2008, citée par Christopher Mikton (responsable technique à l’OMS Genève) lors d.
4. CIM 10/ICD 10.
5. Durkheim E.
6. Werner Obermeyer M chargé principal des relations externes de l’OMS, .
7. Mathe D., Magret B.Ingestion de produits caustiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Medecined’urgence,.
8. Abalos, E., Carroli, G., Mackey, M.-E., Bergel, E. (2001). Critical appraisal of systematic reviews: WHO Reproductive He.
9. Walter M.Kermarrec I.
10. Werner Obermeyer M chargé principal des relations externes de l’OMS, conférence de presse : septembre 2009.
11. Rahaoui.S.Memoire de fin d’étude Tentative de suicide.Telemcen.2014/2015.p :25-40 :62-64 :7-8.
12. Encyclopédie libre de Wikipedia.
13. Pierre Juillet. Dictionnaire de psychiatre.
14. / F.Adés; M.Lejoyeux.
15. Abdou H.Traduction duCoran et de l’exégèse du Coran selon Ismaïl ibn Kathir Dar Al-Kutab AL –ILMIYAH-Beyrouth-Liban, 1èr.
16. Batt A, Campeon A, Leguay D Epidémiologie du phénomène suicidaire :
17. Bensmail B. – la psychiatrie aujourd’hui- Alger O.P .U. 1992.
18. Mimouni M.B., Sebaa F.Z.,Mimouni M., Djaoui B.,- Tentatives de suicide et suicide à Oran : désespoir ou affirmation de s.
19. Jeammet P, Birot E. Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l’adolescent et le jeune adulte. Paris :Pres.
20. suicideVF.pdf.
21. 9789242564778_fre.pdf.

22. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides. *Int J Environ Res Public Health* 2013;11:11247-11257.
23. Health Literacy. The solid facts. Copenhagen: Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-literacy>).
24. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:123-38.
25. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:123-38.
26. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. Changes in suicide rates following media reports on suicide. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:123-38.
27. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:123-38.
28. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res* 2012;14:e52.
29. Kőlves K, Kőlves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *J Affect Disord* 2012;146:1-10.
30. Fortune S, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. *Textbook of cultural psychiatry and clinical applications*. London: Taylor & Francis, 2011;1-10.
31. Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa: Health Canada, 2010.
32. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:1124-31.
33. 11247 (1).pdf.
34. Gosselin B, Carpentier F, Servais B, Vilain MO. Anatomie pathologique des brûlures caustiques du tube digestif. *Med Chir (Paris)* 2012;152:1-10.
35. M0702013.pdf.
36. M. Célérier Les lésions caustiques de l'oesophage chez l'adulte *Ann Chir* 2001 ;126 : 945-9. EMC.
37. LEGRAND C., LE RHUN M., BOUVIER S. Prise en charge des ingestions de caustiques. *Hepatogastrologie* 1997 ; 4 (6) : 483- 493.
38. LEFRIYEKH MR., AISSE L., ABOUSSEIR J., ZEROUALI NO. Ingestion de produits caustiques: conduite à tenir. *Cahiers Méd* 2002 ;

39. MALER E., LEFRANT JY., ELEDJAM JJ.Brûlures caustiques de l'oesophage.In : POURRIAT JL., MARTIN C. Dir. Principes de réan.
40. Chirica M; Fieux F; Villa A; Munoz-bongrand N; sarfati E; carttanP.Prise en charge médico-chirurgicale des ingestions de.
41. AIDAN K., CATTAN P., CELERIER M.Brûlures caustiques du tractus digestif supérieur.In : Rambaud J.C. Traité de Gastro-ent.
42. Michael Lupa, Jacqueline magne, J .lindhe Guarisco, Ronald Amedee,Update on the diagnosis and treatment of caustic inges.
43. MARTIN L., MOUREY F., JACOB L.Ingestion de caustiques. MAPAR. Communications scientifiques.Le Kremlin-Bicêtre : MAPAR Ed.
44. SARFATI E., CELERIER M.Ingestion de produits caustiques chez l'adulte. Conduite à tenir en urgence.Editions Techniques. .



ANNEXE

اذن بالإعلام والموافقة على المشاركة في دراسة علمية
طبية بعنوان:

الخصائص الوبائية والسريية لمحاولات الانتحار في المؤسسة
الاستشفائية العمومية محمد بوضياف ورقلة

انا الممضي اسفله:

السيد (ة):

مرافق المريض(ة):

الحامل لبطاقة التعريف رقم:

أصرح بموافقتي على المشاركة في الدراسة التي تحمل الموضوع المذكور أعلاه

ورقلة في:

التوقيع



Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des tentatives de suicide au niveau de l'EPH d'Ouargla

Nom : _____ Tel : _____

Adresse : _____

A- Caractéristiques socio épidémiologiques :

1. Date de naissance : / /
2. Lieu de naissance :
 - Wilaya :
3. Sexe : H F
4. Niveau scolaire :
Analphabète Primaire Moyen
Secondaire Universitaire
5. Statut marital :
Célibataire Mariée Divorcée Veuve
6. Activité professionnelle :
Active passive sans profession
Nb des années :

B- ATCD :

1. Avez-vous une affection organique :
Oui Non
2. Avez-vous une affection psycho-psychiatrique :
Oui Non
3. Exposition à d'autres suicides dans l'entourage :
Oui Non
-Qui : _____
-Type : _____

4. Habitude toxique :

Oui Non

Type	Si oui	Date du début
Tabac		
psychotropes		
Autre		

C- Circonstance du Tentative du Suicide :

- a) **Type :**
IC AUTRES
- b) **Fréquence du TS :**
1 2 plus de 2
- c) **Cause :**
 - Violence sexuelle
 - Difficulté professionnelle
 - Deuil
 - Affection organique
 - Problème de couple (femme)
 - Impulsivité
 - Trouble psycho-social
 - Immaturité
 - Homosexuelle
 - Affection psychique
- d) **Contexte du TS :**
 - As-tu des idées suicidaires encore : Oui Non
 - As-tu regretté le geste suicidaire : Oui Non



BOUROUBA Nadjoua et BELEHCENE Nessrine
Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des
Tentatives de suicide par ingestion des caustiques au niveau
de l'EPH d'OUARGLA 2020 - 2021



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

Résumé

Introduction : Les tentatives de suicide constituent un des principaux motifs d'hospitalisation aux urgences médico-chirurgicales. Le but de notre travail était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients admis aux urgences médico-chirurgicales pour tentative de suicide.

Méthode : Nous rapportons une étude descriptive rétrospective du 44 cas de la tentative du suicide, dont 21 cas sont des tentatives du suicide par ingestion caustique admis au service d'urgence medico-chirurgical de l'EPH MOHEMED BODIAF – OUARGLA-, durant 12 mois ; de mai 2020 à avril 2021.

Le diagnostic principal, des patients inclus, était une tentative du suicide par intoxication volontaires ou autolyse.

Résultats : Les résultats révèlent une proportion des TS par IC presque égal à demi (48%), constitue le moyen suicidaire le plus important ;dont une prédominance féminine(67%) ; l'effectif de la classe d'âge des 16-21 ans est le plus important; 77% des patients sont de chômeurs et 61 % des célibataires ; l'impulsivité dans le passage à l'acte et les problèmes des couples sont égal et représentée dans 28 % des cas et les récidivistes suicidaires sont sous représentés dans notre échantillon avec une fréquence relative de 41 %. Ces chiffres sont approximativement égaux aux résultats qu'on a trouvé dans l'ensemble des TS.

On a enregistré des fréquences importantes pour des valeurs qui peuvent être des facteurs du risques des TS en général, aussi que pour les TS par ingestion caustique (l'âge entre 16 et 21 ans, le sexe féminin, le célibat, le chômage ,la présence d'une TS dans l'entourage, la consommation des psychotropes).Alors que (le sexe masculin, le niveau universitaire) peuvent représenter des facteurs de protection.

Conclusion : Les résultats de notre étude ne font que renforcer l'importance de rechercher les facteurs de risque prédictifs et précipitants d'une conduite suicidaire

Et ce, afin de permettre une prévention, un diagnostic précoce et une prise en charge adapte pour améliorer la symptomatologie, éviter les complications et prévenir au maximum le risque du passage à l'acte auto lytique.

Mots clés : *caractéristiques épidémiologiques, tentative du suicide, ingestion caustique, facteurs de risque, EPH MOUHAMED BOUDIAF.*

Encadreur : Dr BAIT Soumya
Maître assistante en psychiatrie

Année Universtaire
2020-2021