

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

Année universitaire 2020-2021

Thèse N° :..... /

THEME

ETUDE DES TENTATIVES DE SUICIDE DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ DE BAMAKO AU MALI

Présenté et Soutenu publiquement le 14/08/2021 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie par :

M. Almoustapha Ousmane CISSE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Arouna TOGORA

Membre : Dr. Souleymane dit Papa COULIBALY

Co-directeur : Dr. Joseph TROARE

Directeur : Pr. Cheick Oumar GUINTO

DEDICACES

Louange à ALLAH le tout miséricordieux, le très miséricordieux l'unique sans associé, L'absolu, le maître des mondes pour la force et le courage qu'il m'a accordé pour la réalisation de ce travail

Avec l'expression de ma reconnaissance, je dédie ce travail à tous ceux qui, quelques soient les termes embrassés je n'arriverai jamais à leur exprimer mon amour sincère. Que ce travail soit l'accomplissement de tous vos vœux tant allégués et le fruit de votre soutien infallible.

Particulièrement à l'homme le plus précieux pour moi, mon confident, mon très cher père feu Ousmane Alpha Youssouf Cissé pour le goût à l'effort qu'il a suscité en moi. L'éducation et l'amour qu'il m'a donné ont fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui. Puisse ALLAH t'avoir en sa sainte miséricorde. Sois fier de moi du monde qui est sien maintenant et apprécie ce geste humble qui témoigne mon immense gratitude.

À la femme qui m'a arrosé de tendresse et d'espoir, qui a souffert sans me laisser souffrir, n'a jamais dit non à mes exigences et qui n'a ménagé aucun effort pour me rendre heureux ma très chère mère Hadizatou Almoustapha Maiga. Je t'aime profondément.

À mon adorable femme Hanatou Maiga pour son amour sa patience son soutien moral, aussi pour m'avoir donné une magnifique fille, ma grande source de motivation Fatoumata Almoustapha Cissé que j'aime infiniment.

REMERCIEMENTS

À mon oncle Sidi El Moctar Bah qui fut un substitut parfait à mon père en me faisant oublier le poids de sa perte. Tes efforts ne seront pas vains. Ceci est ma profonde gratitude pour ton éternel soutien et ton amour.

A mes tontons et tuitaires Abdrahamane Issouf MAIGA et Halidou DIALLO

À mes frères et sœurs ;

A mes cousins et cousines ;

A mes oncles et tantes ;

A ma belle-famille ;

Au personnel du service de la Psychiatrie du CHU Point-G ;

Au personnel du service de la Psychiatrie du CHU Yagado OUEDRAOGO ;

Au personnel de la clinique RAHMA ;

A l'ABIAH (Association Burkinabé des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux) ;

Au Docteur Salah SOW ;

A mes amis et mes aînés;

A ma famille d'accueil à la FMOS/FAPH (EXPERIENCE SYNDICALE)

A l'association GAAKASSINEY ;

A mes camarades et étudiants de mon COLLECTIF LA REFERENCE ;

A la cellule REMAO-MALI.

Merci pour votre assistance, votre soutien et votre franche collaboration durant ces longues années. Voyez en ce travail ma profonde gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Arouna TOGORA

- Maître de conférences à la FMOS
- Psychiatre et Pédopsychiatre au CHU Point G
- Ancien chef de service de psychiatrie au CHU Point G à la retraite
- Coordinateur du D.E.S de psychiatrie à la FMOS
- Vice-président de la SOMASAM

Cher Maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette soutenance malgré votre emploi du temps chargé.

Veillez trouver, ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont été un atout non négligeable tout au long de cette formation.

A notre Maître et juge

Dr Souleymane dit Papa COULIBALY

- Ancien interne des hôpitaux du Mali ;
- Psychiatre au CHU du point G ;
- Maître-assistant à la FMOS ;
- Membre de la Société Malienne de la Santé Mentale (SOMASAM) ;
- Membre du consortium *Human Heredity and Health in Africa* (H3africa) ;
- Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM).

Cher Maître ;

En dépit de vos multiples occupations vous avez accepté de venir juger ce travail. Vous nous avez impressionnés par votre travail bien fait et votre simplicité. Vos connaissances intellectuelles, morales et sociales suscitent une grande admiration.

Permettez-nous ici cher Maître, de réitérer nos sincères remerciements.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse

Dr Joseph TRAORE

- Psychiatre d'Adultes diplômé de l'Université d'Abomey Calavi (Bénin)
- Gériopsychiatre diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie (France)
- Spécialiste en Psychotraumatisme diplômé de l'Université Paris Descartes (France)
- Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisé de Psychiatrie, Université Franche Comté (France)
- Praticien hospitalier au service de Psychiatrie au CHU Point G
- Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM) et de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)

Cher Maître,

Plus qu'un co-directeur de thèse, vous avez été notre guide, notre éducateur, notre ami. Vous avez codirigé ce travail avec amour et joie sans aucune réserve.

Sachez que votre sympathie, votre disponibilité inconditionnelle et votre courtoisie nous ont été très bénéfiques pour mener à bien ce travail. Votre esprit communicatif, votre détermination à faire avancer la science font de vous la vitrine de la nouvelle génération. Recevez par ce travail l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Cheick Oumar GUINTO

- Professeur Titulaire de neurologie à la FMOS
- Responsable de l'enseignement de la neurologie à la FMOS
- Chef de service de Neurologie du CHU-Point G
- Praticien hospitalier au CHU-Point G
- Coordinateur du DES de neurologie
- Président de la Société de Neurologie du Mali
- Membre de la Société Malienne des Neurosciences
- Membre du consortium Human Heredity and Health in Africa (H3Africa)

Cher maître,

L'assiduité, la rigueur scientifique, votre respect des vertus sociales font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé à nous l'esprit de justice, d'humilité et du travail bien fait.

Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail Cher maître aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard. MERCI!!

.....

LISTE DES ABREVIATIONS

- ANAES : Agence Nationale Accréditation et d'Évaluation en Santé
- BDI : Beck Dépression Inventory
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- DSM : Manuel Diagnostique et statistique
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RUD : Risque Urgence Danger
- SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience acquis
- SIS : Suicide Intent Scale
- SSI : Scale for Suicide Ideation
- TS : Tentative de Suicide
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Les echelles de Beck.....	25
Tableau II : Facteurs De risque de suicide selon l'age, d'apres Klerman G.....	37
Tableau III : Etude de l'interet des medicaments dans le traitement de risque suicidaire	41
Tableau IV : Repartition des patients selon le statut matrimonial	49
Tableau V : Repartition des patients selon la profession	50
Tableau VI : Repartition des patients selon la zone de residence.....	52
Tableau VII : Repartition des patients selon les corrosifs utilises	53
Tableau VIII : Repartition des patients selon les medicaments utilises.....	53
Tableau IX : Repartition des patients selon les structures de soins.	54
Tableau X : Repartition des patients selon les soins reçus	55
Tableau XI : Repartition des patients selon le lieu d'orientation.....	56
Tableau XII : Repartition des patients selon le sexe et les moyens utilises.....	57
Tableau XIII : Repartition des patients selon l'age et les moyens utilises.	58
Tableau XIV : Repartition des patients selon la residence et les moyens utilises.	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Repartition des patients selon le sexe	48
Figure 2 : Repartition des patients selon la tranche d'age	49
Figure 3 : Repartition des patients selon le niveau de scolarisation	51
Figure 4 : Repartition des patients selon la religion.....	51
Figure 5 : Repartition des patients selon les moyens utilises.....	52
Figure 6 : Repartition des patients selon la realisation un acte intervention chirurgicale.....	56

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
I.GENERALITES.....	4
1.1. Histoire du suicide	4
1.2. Définition des concepts.....	6
1.3. Epidémiologie.....	13
1.4. Psychopathologie des conduites suicidaires.....	14
1.5. Facteurs de risques et facteurs protecteurs	16
1.6. Conduites suicidaires et pathologies psychiatriques	18
1.7. Critères d'évaluation de la gravité.....	24
1.8. Aspects religieux et culturels du comportement suicidaire.....	29
1.9. Tentatives de suicide et âge	31
1.10.Principes de la prise en charge :	38
II.METHODOLOGIE	45
2.1. Cadre d'étude.....	45
2.2. Période d'étude	45
2.3. Type d'étude	45
2.4. Population d'étude	45
2.5. Echantillonnage	46
2.6. Critères d'inclusion.....	46
2.7. Critères de non inclusion	46
2.8. Recueil de données	46
2.9. Traitement et analyses des données.....	46
2.10.Considérations éthiques.....	47
III.RESULTATS	48
IV.COMMENTAIRES ET DISCUSSION	0
CONCLUSION	0
RECOMMANDATIONS	0

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	0
SERMENT D'HIPPOCRATE	0

Introduction

Le passage à l'acte suicidaire correspond à un moment de crise pour le sujet, crise existentielle, crise psychosociale, crise psychiatrique (1). Ce passage à l'acte dans bien de cas peut ne pas aboutir au suicide faisant parler de tentative de suicide. L'OMS définit la tentative de suicide comme étant un : « acte sans issue fatale, réalisé volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui ou qui se traduisent par l'ingestion de substances en excès par rapport à une prescription médicale ou par rapport à ce qui est reconnu comme une posologie thérapeutique, et ce, dans le but d'induire les changements espérés » (1).

Les tentatives de suicide varient en intensité allant des tentatives mineures sans dommages important sur l'organisme (blessures superficielles), jusqu'aux tentatives graves laissant des séquelles invalidantes. Il existe plusieurs facteurs de risque liés aux tentatives de suicide dont les principaux sont selon Moniboliot S M et al. (2):

- Les troubles psychiatriques, tels que les troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire) et les troubles schizophréniques
- Les facteurs socio-économique et social comme le chômage, l'isolement, la situation de veuvage ou de divorce
- Les troubles liés à l'abus de substances (drogues et alcool).

Selon l'OMS, les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes et sont estimées à 10 à 20 fois plus nombreuses que les suicides (1).

En France, en 2 010 160 000 cas de tentative de suicide avaient été recensés et en 2017 l'institut de veille sanitaire trouvait que 7,2% des tranches d'âge de 18 à 75 ans avaient tenté de se suicider au cours de leur vie (3).

En Afrique il existe peu d'études sur les tentatives de suicide.

Au Bénin, en 2018, une étude réalisée dans le service de psychiatrie du CHD Borgou Alibori a montré que les conduites suicidaires représentaient 4,2% des pathologies prises en charge dans ledit service (4).

Au Mali, il existe quelques données parcellaires sur les tentatives de suicide comme motifs de demande de soins. Pour pallier à ce manque nous avons initié ce travail sur l'étude des tentatives de suicide dans les structures de santé de Bamako.

Objectifs

☐ Objectif général

Etudier les tentatives de suicide dans les structures de santé de Bamako

☐ Objectifs spécifiques

1. Identifier les caractéristiques sociodémographiques des suicidants reçus dans les structures de santé de Bamako
2. Identifier les moyens utilisés par les suicidants reçus dans les structures de santé de Bamako
3. Déterminer l'itinéraire et les différents soins reçus par les suicidants reçus dans les structures de santé de Bamako

I. Généralités

1.1. Histoire du suicide

Le comportement suicidaire a connu au cours du temps bien des controverses et des explications différentes.

Dans l'Antiquité Grecque, il est interdit aux médecins de prescrire un poison pour n'importe quelle raison, afin d'éviter les abus de crime et de suicide.

Pour Aristote, le suicide est synonyme de lâcheté, lorsque le sujet y recourt pour tenter de fuir ses souffrances (Ethique à Nicomaque) ; le suicide est condamnable en toute circonstance : « le suicide affaiblit la cité en retranchant un citoyen utile ». (5)

Platon est plus modéré, il considère que le suicide permet un soulagement important surtout en cas de maladie douloureuse et incurable. Il admet le suicide rationnel soumis aux magistrats.

Au IV^{ème} siècle avant Jésus Christ, Epicure considère que le suicidé doit être compris. Pour lui « le bonheur réside dans le plaisir » et le seul but de l'homme « doit être d'éviter les douleurs et les tourments, quand ils sont intolérables et persistants, le suicide est la ressource suprême. » (6)

Sous l'Empire romain, au fil du temps, le suicide est de plus en plus approuvé, et ce, sous contrôle du Sénat. Le suicide est alors autorisé pour les citoyens mais il est cependant interdit pour les esclaves.

On observe qu'après chaque bataille perdue, elle est immédiatement suivie par un nombre important de suicides.

Plus tard, l'Eglise décide que le suicide est une violation des lois divines. Il est donc considéré comme un crime. Vers le X^{ème} siècle et jusqu'XVIII^{ème} siècle, en Europe, le suicidé est excommunié et privé de rites religieux. Le corps du suicidé est même parfois humilié. (6)

Sous le règne de Louis XIV, les corps des hommes du peuple qui se sont suicidés sont humiliés en les trainant dans la rue avant d'être pendus ou jetés et leurs biens confisqués. Quant aux nobles suicidés, ils seront faits roturiers.

D'une manière générale, les religions (christianisme, judaïsme, islam) rejettent universellement le meurtre, et donc par extension le meurtre de soi. (7)

Au cours du XVIIIème siècle, les philosophes se heurtent aux idées de l'Eglise, Morus admet la légitimité du suicide, Schopenhauer le décrit comme seul remède aux maux de la vie. En France, Montaigne, puis Voltaire, et Rousseau écriront aussi en sa faveur. (6)

Grâce à Emile Durkheim à la fin du XIXème siècle, le suicide devient un phénomène uniquement social. En effet, on admet qu'une personne saine d'esprit peut attenter à ses jours pour ses propres raisons. Il effectue une analyse précise et objective des comportements suicidaires dans la société, et y cherche des solutions et des facteurs de risque suicidaires.

On peut citer Durkheim (1897) : « On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou individuellement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même, et qu'elle sait devoir produire ce résultat. » C'est une définition moderne du suicide.

En 1958, Scheidman créé le « Los Angeles Center for Suicide Prevention » et pose les bases de la « suicidologie », définit par la recherche scientifique sur le suicide pour comprendre et prévenir le phénomène. (5)

1.2. Définition des concepts

Les comportements suicidaires vont de la simple pensée de mettre fin à ses jours à la préparation d'un plan pour se suicider et à l'obtention des moyens nécessaires pour le mettre à exécution, à la tentative de suicide elle-même, pour finir par le passage à l'acte « suicide abouti ». Il faut dans un premier temps distinguer et définir les différents termes du phénomène suicidaire.

1.2.1. Le suicide

Le terme « suicide » crée par Thomas Browne vient du latin « sui » : [se, soi] et « caedere » : [tuer] =se tuer soi-même (8) (9). C'est un acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort. Le suicide est donc le meurtre de soi-même.

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

Selon Emile Durkheim : « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ». (10)

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale. (9)

1.2.2. Le suicidé

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

1.2.3. La tentative de suicide

Encore appelée tentative d'autolyse, la tentative de suicide correspond à un "comportement suicidaire non fatal". Le terme de « tentatives de suicide » est une expression courante aux Etats-Unis, alors qu'il est remplacé en Europe par « parasuicide » ou « acte autodestructeur délibéré ».

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

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

L'OMS (11) en la nommant lésions auto-infligées a défini la tentative de suicide comme étant :« Acte sans issue fatale, réalisé volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui ou qui se traduisent par l'ingestion de substances en excès par rapport à une prescription médicale ou par rapport à ce qui est reconnu comme une posologie thérapeutique, et ce, dans le but d'induire les changements espérés ».

La terminologie « lésions auto- infligées », utilisée par l'OMS, a été reprise dans la classification Internationale des Maladies (CIM-10) dans laquelle les suicides et tentatives de suicide sont rangés en fonction des moyens utilisés [de X69 à X84]. (11)

On parle de morbidité suicidaire et de sujets suicidants.

1.2.4. Le suicidant

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

Il est à noter que le primo suicidant » est un sujet qui a effectué son premier geste suicidaire et qui n'a donc pas d'antécédent de tentative de suicide, par opposition au sujet dit « récidiviste ». (11)

1.2.5. Les idées suicidaires

Elles correspondent à l'élaboration psychique d'un désir de mourir et elles ne doivent surtout pas être banalisées.

Lorsqu'elles sont exprimées verbalement, elles ne doivent pas forcément être considérées que comme moyen d'attirer l'attention : 8 sujets sur 10 ont parlé du suicide avant de se suicider. (11)

Tout comme le suicide, les idées suicidaires peuvent être actives (désir de se donner la mort) ou au contraire passives (souhaiter ne pas se réveiller). (11)

1.2.6. Les conduites suicidaires

Leur définition est plus floue dans la mesure où elles comprennent les suicides, les tentatives de suicide et certains actes pouvant s'apparenter à un comportement suicidaire (on parle d'équivalents suicidaires).

Les équivalents suicidaires sont des actes dangereux pour la vie du sujet (prise de risque) comme une activité sexuelle non protégée, une consommation de toxique, une conduite automobile dangereuse. (11)

Le caractère <<suicidaire>> de ces comportements n'est retenu que sur un faisceau d'arguments (concomitants d'une dépression ou de propos suicidaires, inhabituels pour le sujet). (11)

1.2.7. Le suicidaire

Le suicidaire est celui qui signale le risque de recours au suicide soit par la formulation, soit par le comportement.

1.2.8. L'attentat-suicide

L'attentat-suicide est un attentat dont la réalisation implique la mort de son auteur. Il est le plus souvent organisé par des groupes militaires ou paramilitaires dont le but est de déstabiliser les institutions établies par une partie considérée comme ennemie. (11)

1.2.9. L'euthanasie

Le terme « euthanasie » est un terme d'origine grecque et signifie « une belle mort ». Aujourd'hui, le terme signifie les actions menant à une mort douce et facile. Il existe une autre définition du comité spécial de sénat de Canada sur l'euthanasie et la mort assistée : « l'acte intentionnel de la part d'une personne voulant mettre fin à la vie d'une autre personne afin d'abrégé ses souffrances ». Le geste est le plus souvent provoqué par des médecins. Les lois de la plupart des pays du monde l'interdisent avec quelques exceptions aux Pays Bas et en Belgique. (12)

1.2.10. Le suicide assisté

Le suicide assisté correspond aux actes d'une personne, médecin ou non, qui fournit les moyens de se suicider ou les renseignements sur la manière de faire à un individu désirant mettre fin à sa vie. Il peut s'agir par exemple d'une personne qui souffre d'une maladie en phase terminale et qui peut demander au médecin la dose mortelle d'un médicament pour le faire tuer. Il est à noter que l'état Oregon aux États-Unis est le seul endroit où ce type de suicide est autorisé. (12)

1.2.11. La suicidologie

La suicidologie est définie comme étant la « science » qui étudie le phénomène suicidaire. C'est une discipline très récente qui a été créée aux États-Unis par Shneidman et Farberow en 1976. Elle s'intéresse à la recherche scientifique en matière de suicide et a permis à la mise en place d'études épidémiologiques et cliniques. (11)

1.2.12. La crise suicidaire

Il s'agit d'une crise dont le risque majeur est le suicide.

La période de crise correspond à un moment d'échappement, où le patient présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité le mettant en situation de rupture, de souffrance laquelle n'est pas obligatoirement théâtrale ou bruyante.

La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais qui lui confère toute sa gravité.

La crise suicidaire comprend plusieurs étapes :

- l'état d'équilibre du sujet face aux événements stressants de la vie courante maintenu par un ensemble de mécanismes défensifs et comportementaux,
- l'état de vulnérabilité dû à l'épuisement des stratégies d'adaptation survenant lors d'une rupture de l'équilibre par des événements stressants (deuil, perte d'emploi, échec...) ou des facteurs déstabilisants (maladie somatique ou psychiatrique),
- l'état de crise, « un état de déséquilibre extrême » qui passe par une phase de désorganisation, une phase aiguë et une phase de récupération. C'est lors de la phase aiguë que peut survenir la tentative de suicide.

La crise suicidaire s'inscrit toujours à l'intérieur du processus suicidaire et peut apparaître à n'importe quelle étape de celui-ci.

1.2.12.1. Processus suicidaire

Le processus suicidaire est la période qui se situe entre le moment où les idées suicidaires surviennent et le passage à l'acte. La durée de ce processus est variable, allant de quelques secondes à quelques heures, jours ou mois, voire années. Il comprend classiquement cinq étapes :

– Le flash

Le sujet effectue un inventaire des solutions pouvant atténuer sa souffrance et l'idée du suicide lui apparaît comme un des moyens pour arrêter de souffrir. Cette pensée peut disparaître et ne plus revenir, ou alors réapparaître plus tard.

– L'idéation suicidaire

Dans la recherche de solution les idées de mort vont soudainement et brièvement s'inscrire dans le champ des solutions potentielles et vont parasiter l'esprit du sujet. Progressivement, les autres solutions envisagées qui s'avèrent inefficaces à réduire la crise vont être rejetées. L'idée suicidaire va davantage s'imposer et être examinée avec intérêt ; le sujet s'y attarde longuement et élabore les scénarii possibles.

– La rumination

A cette étape, la personne vit une très grande angoisse. Elle se sent impuissante, incapable de sortir de l'impasse et croit de plus en plus qu'il n'y a pas d'issue. Les échecs qui s'accumulent confirment pour elle sa croyance quant à l'absence d'alternative au suicide. L'idée suicidaire revient constamment et le sujet élabore un peu plus ses scénarii. L'omniprésence de l'idée du suicide attise sa souffrance.

– La cristallisation

A l'étape de la cristallisation, la personne est submergée par le désespoir. Elle considère le suicide comme l'ultime solution à sa souffrance : tout autre moyen lui semble inadéquat. Elle pense alors à la mise en œuvre du geste suicidaire. C'est

l'étape où la personne planifie son suicide (comment ? où ? quand ?) et règle ses affaires.

On peut observer une rémission spontanée de la crise car le sujet sachant que sa souffrance tire à sa fin se sentira parfois allégé et affichera une image de calme et de sérénité. Savoir sa mort imminente ne le réjouit pas mais plutôt le soulage.

– **Le passage à l'acte**

Parvenu à l'étape de la cristallisation le passage à l'acte devient imminent. Il se produira souvent à la suite d'un événement déclenchant, lequel survient au terme d'une longue série de pertes et d'échecs. C'est donc la goutte d'eau qui fait déborder le vase. La personne met alors en application son plan d'action.

Quoique distinctes, ces étapes ne sont pas suivies de façon linéaire. Certaines personnes sauteront des étapes, d'autres y resteront fixées ou reviendront à une étape antérieure. Le processus varie d'une personne à l'autre et une intervention est possible à n'importe quelle étape du processus.

1.2.12.2. Symptômes de la crise suicidaire

La crise suicidaire se traduit par des signes de rupture dans le comportement habituel du sujet dont le regroupement devrait alerter l'entourage et faire demander l'aide d'un professionnel de la santé.

Il peut s'agir de signes manifestes tels que :

- la manifestation explicite d'idée et d'intention suicidaires :
- par le discours : « je serais mieux mort, vous ne me verrez plus longtemps, cela ne vaut plus la peine... »
- ou sous forme de texte ou de dessin, chez les enfants en particulier.
- l'expression de la crise dans le comportement, les attitudes et la vie interpersonnelle :

Il peut s'agir de

- Visage triste, douloureux ou inexpressif,
- Changement de comportement avec l'entourage,
- Désintérêt ou abandon des centres d'intérêts habituels,
- Désinvestissement inhabituel,
- Consommation et recours inhabituels ou excessifs aux médicaments, à l'alcool, aux drogues,
- Anxiété.
- Les distorsions cognitives :
 - Image altérée et dévalorisation de soi,
 - Vision négative du monde extérieur,
 - Réduction du sens des valeurs,
 - Constriction psychique.
- Des comportements de départ :
 - Le don d'effets personnels investis d'une valeur affective,
 - La rédaction de lettres ou de testaments.

La crise suicidaire est cependant difficile à identifier sur ces seuls signes car ceux que nous venons de citer pris isolément ne sont pas dans leur majorité, spécifiques.

1.3. Epidémiologie

Environ 800 000 personnes se donnent la mort par suicide dans le monde chaque année. En 2012, on comptait 804 000 suicides aboutis, ce qui correspond à un suicide toute les quarante secondes environ. Le taux de suicide est de 11,4 suicides pour 100 000 habitants (soit 15 chez les hommes, et 8 chez les femmes). Le suicide est la treizième cause de décès à l'échelle de la planète. (1).

En ce qui concerne les tentatives de suicide, on évalue leur nombre à vingt fois plus élevé que les suicides aboutis.

L'OMS a effectué différentes enquêtes sur la santé mentale. Au cours de ces enquêtes, la prévalence des tentatives de suicide dans la population générale a pu être estimée de différentes manières.

Une première enquête basée sur une auto-déclaration des comportements suicidaires a permis d'estimer la prévalence des personnes âgées de 18 ans ou plus (étude menée entre 2001 et 2007) ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours des douze derniers mois à 0,3% chez les hommes et femmes dans les pays à revenu élevé, 0,3% chez les hommes et 0,6% chez les femmes dans les pays à revenu intermédiaire, et de 0,4% pour les deux sexes dans les pays à revenu faible.

Les idées suicidaires sont plus fréquemment retrouvées chez les jeunes dans certains pays comme les Etats-Unis, le Japon, la Nouvelle-Zélande ; alors que dans d'autres pays comme Israël, le Mexique, l'Espagne et l'Ukraine, ce sont chez les plus âgés qu'elles sont plus prédominantes. D'autre part, les idées suicidaires et tentatives de suicide restent toujours aussi fréquentes alors que l'on observe une diminution du nombre de décès par suicide, notamment dans les pays industrialisés. (7)

1.4. Psychopathologie des conduites suicidaires

Le déterminisme des conduites suicidaires est multifactoriel. Les causes déclenchantes des conduites suicidaires sont souvent mineures et le comportement suicidaire n'apparaît que lorsque d'autres facteurs préexistent.

L'élément responsable du passage à l'acte entre en résonance avec les autres facteurs et le permet.

La psychopathologie du suicide met en exergue la notion de fonction du suicide qui correspond à l'intentionnalité du suicide. Autant les conduites suicidaires nous paraissent complexes et difficiles à saisir, autant leurs fonctions sont polymorphes. (13)

Mais ici nous nous appliquerons à ne citer que les grandes classes et les plus fréquentes des fonctions suicidaires.

Il existe deux grandes fonctions qui soutiennent les autres :

- la fonction auto-agressive et
- la fonction hétéro-agressive

Les conduites suicidaires sont par essence des actes auto agressives, mais paradoxalement elles peuvent représenter une violence dirigée contre autrui. Le plus souvent inconsciente, elle peut être consciente (vengeance, désir de donner des remords, d'attirer la réprobation sur l'autre). Comme l'a écrit P. Moron citant Freud « Nul n'éprouve de velléité de suicide qui ne soit une impulsion au meurtre d'autrui retourné contre soi-même ». (13)

Outre ces deux grandes fonctions, nous avons :

- **La Fonction d'appel**

La plus fréquente, elle est le fait des sujets qui, las de l'inattention générale, réclament un secours en face d'une situation qu'ils ne peuvent résoudre seuls. Dans ce cas le suicide apparaît comme un geste évocateur et inducteur du comportement de l'entourage. (13)

- **La Fonction catastrophique**

Ici le sujet accomplit le suicide comme il aurait fait autre chose "sans comprendre. C'est une réaction non prévisible, inadaptée et échappant à la volonté. Le geste est sans but, sans intentionnalité précise. (13)

- **La Fonction fuite**

Le sujet impuissant à faire face à une situation insupportable, une menace voire une difficulté quelconque, ne trouve qu'une issue acceptable : la mort ou la maladie, état qui permet, grâce à la régression sociale et affective d'éviter un choix ou une échéance redoutée. (13)

– La Fonction chantage

La tentative de suicide ne représente qu'un moyen de pression morale sur autrui, un moyen d'obtenir ce qui est refusé.

L'acte suicidaire peut avoir différentes significations associées ou isolées.

Ainsi la dynamique du suicide est l'aboutissement de perturbations précoces, anciennes, durables et de facteurs événementiels récents. (13)

Mais, il faut noter que les conduites suicidaires se retrouvent souvent chez des sujets présentant des troubles psychiatriques (dépression, schizophrénie, trouble de la personnalité) et aussi chez des sujets présentant des maladies organiques jugées invalidantes ou létales.

Qu'est ce qui pourrait alors amener à l'acte suicidaire, quels en sont les facteurs de risques ?

1.5. Facteurs de risques et facteurs protecteurs

Un facteur de risque est une variable quantifiée et associée à un phénomène, cela traduit la fréquence de ce phénomène observée dans une population donnée. En somme, cela représente une probabilité qu'un élément ait un impact pour un individu sur la prédiction d'un événement.

De nombreuses études cherchent à évaluer et caractériser les facteurs influençant le passage à l'acte suicidaire. Toutes convergent vers une influence multifactorielle du phénomène. Le risque suicidaire reste aujourd'hui non prédictif, et découle d'une combinaison de multiples facteurs, aussi bien socioculturels, environnementaux et/ou psychopathologiques. (11)

La conférence de consensus sur la crise suicidaire par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en 2000 propose de regrouper les facteurs de risques en primaires, secondaires et tertiaires : (14)

❑ **Facteurs primaires**

- les antécédents psychiatriques,
- les antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide ou suicide,
- la communication à autrui d'une intention suicidaire,
- l'existence d'une impulsivité facilitant le passage à l'acte.

Ils sont en interaction, ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et surtout pourront être influencés par les traitements.

❑ **Facteurs secondaires**

- les pertes parentales précoces,
- l'isolement social (séparation, divorce, veuvage),
- le chômage,
- les difficultés financières et professionnelles,
- les événements de vie négatifs ;

Ils sont observables dans l'ensemble de la population et faiblement modifiables par la prise en charge et n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires ;

❑ **Facteurs tertiaires**

- appartenance au sexe masculin,
- âge (grand âge et jeune âge),
- période de vulnérabilité (phase prémenstruelle chez la femme),

Ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires.

❑ **Les facteurs protecteurs**

Ce sont par exemple :

- le support social,
- une bonne capacité d'autorégulation,
- le mariage chez l'homme,

– la thérapeutique en cas de pathologie à risque.

1.6. Conduites suicidaires et pathologies psychiatriques

Dans un grand nombre de cas de tentatives de suicide et suicides, il est admis qu'une maladie psychiatrique est associée. Parmi les pathologies psychiatriques associées à ce risque, viennent en tête, les troubles de l'humeur avec la dépression, les psychoses surtout la schizophrénie, les troubles de la personnalité (les personnalités histrionique, borderline, et psychopathique), et les troubles des conduites notamment alcoolique et toxicomaniaque. (14)

1.6.1. Dépression

Le suicide, ici, est l'aboutissement de la démarche logique du déprimé qui devant une série d'échecs, ne voit qu'une seule solution : le suicide. (14)

1.6.2. Schizophrénie

La schizophrénie est une psychose débutante chez l'adulte jeune qui affecte 1 à 1,5 % de la population. Elle se caractérise par des troubles du cours de la pensée, des idées délirantes, des hallucinations et une discordance affective. C'est une pathologie d'évolution bien souvent chronique, au pronostic lourd, source de désinsertion socioprofessionnelle et d'isolement affectif. (15)

1.6.3. 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 »

1.6.4. Psychoses délirantes aiguës (11)

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.

1.6.5. Maladie somatique : exemple de SIDA (11)

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.

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.

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. (11)

1.6.6. 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. (11)

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

- Le groupe A inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques. Les individus qui ont ces personnalités paraissent souvent bizarres ou excentriques.
- Le groupe B inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques. Ces sujets apparaissent souvent sous un jour théâtral, émotif et capricieux.

- Le groupe C inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles compulsives. Les individus ayant ces troubles semblent souvent anxieux et craintifs.

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

1.6.6.1. Personnalité histrionique

Ce type de personnalité est présent chez 10 à 15 % des consultants en psychiatrie, touchant principalement le sexe féminin. (11)

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

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

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

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

1.6.6.2. Personnalité borderline (état limite) (11)

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

- Tendence 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 (11).

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 (11).

1.6.6.3. La personnalité psychopathique

Le passage à l'acte suicidaire est fréquent, en réponse à des frustrations. Il s'agit d'un passage à l'acte impulsif ou survenant lors d'une décompensation dépressive.

Chez les patients présentant des troubles de la personnalité, la perception de la dimension relationnelle et manipulatoire de leur geste suicidaire de même que sa répétition amènent à sous- estimer le risque lié à ces tentatives itératives. (13)

1.6.6.4. Personnalité antisociale (11)

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.

1.6.6.5. La personnalité obsessionnelle compulsive

Ce type de personnalité est caractérisé par une tendance aux réalisations suicidaires qui sont plus ruminées qu'agies. Cependant, une dépression survenant sur une personnalité obsessionnelle peut pousser le sujet à tenter le suicide qui sera alors ruminé, préparé et agi alors que ses défenses par ritualisation et mentalisation sont débordées.

1.6.6.6. La personnalité narcissique

Le facteur de risque essentiel dans le passage à l'acte suicidaire apparaît dans l'importance de la fragilité narcissique du patient et la nature de sa dynamique familiale.

1.6.7. Tentatives de suicide et Conduites addictives

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

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

Lorsqu'elles sont corrélées à des facteurs sociaux et environnementaux, à savoir l'isolement, la séparation et les ruptures relationnelles, la mauvaise adaptation professionnelle, le risque de suicide sera alors très élevé. (11)

1.6.7.1. Alcoolisme

L'alcoolisme est associé à un risque accru de suicide, avec des taux de mortalité par suicide pour les alcooliques environ six fois supérieurs à ceux de la population générale, et 30% à 40% des tentatives de suicide sont liées immédiatement à la consommation d'alcool. (11)

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

Les facteurs spécifiques qui augmentent le risque chez l'alcoolique

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

- Humeur dépressive ;
- Les accès confusionnels ;
- Le délire ;
- Moindre rendement professionnel ;
- Déchéance psychosociale associés.

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

En effet, les tentatives de suicide médicamenteuses chez les alcooliques ont une gravité supplémentaire puisque l'alcool potentialise les effets des médicaments ingérés à visée suicidaire (11).

1.6.7.2. Toxicomanie

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

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

Le risque suicidaire est particulièrement important s'il existe une comorbidité dépressive ou psychotique (11).

1.7. Critères d'évaluation de la gravité

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

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

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

Si le patient a présenté des symptômes de dépression, en particulier de désespoir, il est capital d'évaluer l'intentionnalité suicidaire. (16)

Les instruments élaborés par Beck sont intéressants dans l'évaluation du risque suicidaire : (17)

Tableau I : Les échelles de Beck

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

a. L'intérêt de l'évaluation du risque suicidaire : (17)

Identifier les facteurs de risque et les caractéristiques des conduites suicidaires ;

- Évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée ;

- Évaluer l'urgence ou l'imminence du passage à l'acte : le scénario suicidaire, l'absence d'alternative autre que le suicide ;

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

Moyen : scénario envisagé, mais reporté

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

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

b. L'intérêt de l'évaluation du risque suicidaire : (17)

- Identifier les facteurs de risque et les caractéristiques des conduites suicidaires
- Évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée à l'aide de l'échelle RUD ;
- Evaluer l'urgence ou l'imminence du passage à l'acte : le scénario suicidaire,

c. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck :

Le « Suicide Intent Scale [SIS] » mise au point par A.T. BECK en 1974 est la seule échelle qui ne s'intéresse qu'à l'évaluation de la tentative de suicide qui vient d'avoir lieu. Elle répond aux recommandations professionnelles de prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide (18).

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire applicable aux suicidant. Il sert à évaluer l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa tentative de suicide. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide abouti ultérieur [mais non du risque de nouvelle tentative de suicide]. La version initiale a été élaborée par A.T. BECK en 1974 et comporte 20 questions, divisée en 3 sections. Elle a été revue par D.

W. PIERCE en 1977, qui en a fait une version à 12 questions, divisée en 3 sections (19) :

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

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

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

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

☐ Échelle de : Risque Urgence Danger (RUD) d'évaluation du potentiel suicidaire :

Triple évaluation du potentiel suicidaire ; l'évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée. L'évaluation comprend celle du Risque, de l'Urgence et de la Dangereusité (3 variables indépendantes). Pour des fins cliniques, le potentiel suicidaire peut s'évaluer selon qu'il est faible, moyen ou élevé. Nous citerons ci-dessous les facteurs de risques / facteurs protecteurs pour bien expliquer l'intérêt de l'échelle.

R : Risque Facteurs de risque (tableau d'après Terra)

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs psycho-sociaux
Pathologie psychiatrique: dépression, abus/ dépendance de substances Psychose Troubles de la personnalité Antécédents personnels de TS Situation de conflit avec les proches	Antécédents de suicide Maltraitance: placements, abandons Sévices physiques et/ou sexuels	Pertes et séparations Deuil, endeuillé par suicide Isolement social Contexte de « contagion » du suicide Position sociale

R : Risque Facteurs protecteurs (APA)

- Avoir des enfants au domicile (sauf pour psychose post partum)
- Sentiment de responsabilité vis à vis de sa famille
- Grossesse
- Religion
- Bonne capacité à résoudre des problèmes
- Soutien social
- Relation thérapeutique positive

U: Urgence

- Probabilité de mourir dans les 48h
- Elle se fonde sur :
 - la persistance des idées suicidaires (fréquence, intensité)
 - l'absence d'alternative autre que le suicide (degré de désespoir)
 - le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte

- le niveau de soutien, mobilisation du groupe.

- **Faible** : pense au suicide, pas de scénario précis
- **Moyenne** : scénario envisagé, mais reporté
- **Élevée** : planification claire, passage à l'acte prévu et imminent

D : Danger

Dangerosité du scénario suicidaire :

- létalité du moyen
- accessibilité

Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

1.8. Aspects religieux et culturels du comportement suicidaire

La différence épidémiologique du taux de suicide à travers les pays a poussé les chercheurs à s'intéresser aux facteurs prédisposant au risque suicidaire. Beaucoup d'études s'accordent que la religion et la culture sont impliquées dans la compréhension du comportement suicidaire et qu'en fait elles devraient être intriquées parmi les stratégies de prévention des tentatives de suicide. Ceci amène à poser certaines questions :

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

1.8.1. Aspects religieux

De nombreuses études ont montré que le comportement suicidaire est moins important chez les personnes religieuses. (20)

Par exemple, Mcclain Jacobson (21) a mené une étude dont le but est d'évaluer le niveau psychologique par rapport à la croyance de la présence d'une vie après la mort chez une population suivie pour maladie cancéreuse terminale. Trois groupes ont été identifiés ; les croyants, les non croyants et les non sûrs. D'après cette étude, il n'y a pas de différence significative d'anxiété et de dépression entre les différents groupes. Par contre, plus que le groupe est non croyant, plus il y a présence du désespoir, des idées suicidaires et du désir de mourir le plus tôt possible.

Daniel et al Ont réalisé une étude où il a été conclu que l'activité religieuse reste significativement associée à une baisse de tentatives de suicide. En somme, la religion peut protéger contre les tentatives de suicides en donnant à la personne un sens à sa vie, par des valeurs morales ou en étant source d'espoir et de courage dans les moments difficiles (11).

Il a été démontré que chez les sujets atteint d'affection psychiatrique, l'impacte de la religiosité sur le comportement suicidaire est similaire à celui observé dans la population générale.

1.8.2. Aspects culturels

Les facteurs culturels jouent un rôle très important dans les variations nationales et régionales du taux de suicide. Le taux de suicide chez les adolescents est le plus élevé au monde. (11)

Selon M. Samy, la révolution tranquille et l'éclatement de la famille seraient des facteurs clés du phénomène. Un autre facteur serait la possibilité de suicide qu'offre la société " nous vivons dans une société qui accorde de la valeur à la qualité de vie plutôt qu'à la durée de vie. (11)

Par exemple ; Le taux de suicide au Japon a d'ailleurs toujours été très élevé. Contrairement aux civilisations occidentales, ce n'est pas dans les villes mais à la campagne que le taux de suicide y est le plus élevé. Le rituel du suicide, le

[seppuku] a été pratiqué par la noblesse et les guerriers [samourais]. Le suicide pratiqué à la mort de son supérieur est appelé Junshi. De manière générale, la culture japonaise ne condamne pas le suicide (22).

1.9. Tentatives de suicide et âge

Les suicides et les tentatives de suicide frappent partout et à tous les âges, de l'enfance à la vieillesse mais leur taux diffèrent de façon spectaculaire avec l'âge. (11).

Les taux ont tendance à augmenter avec l'âge, mais on a récemment constaté un accroissement alarmant des comportements suicidaires chez les jeunes de 15 à 25 ans dans le monde entier. Dans tous les pays, le suicide est maintenant l'une des trois principales causes de décès chez les personnes âgées de 15-34 ans et prédominant chez les personnes âgées. (23)

1.9.1. Tentatives de suicide chez l'enfant

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

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

Les outils utilisés pour poser le diagnostic de suicide ou de tentative de suicide sont, dans la quasi-totalité des cas, des outils construits sur les bases de la clinique de l'adolescent (24).

Parmi les facteurs de risque chez l'enfant

- Perturbations des interactions entre l'enfant et ses parents, et ce, d'autant plus que ces perturbations concernent les interactions précoces, fragilisant les assises narcissiques de l'enfant
- Perturbations du fonctionnement familial (discorde parental, situations de séparation conflictuelle du couple dans laquelle on fait jouer à l'enfant le rôle de témoin, certaines situations de monoparentalité dans lesquelles l'enfant n'est plus à sa place d'enfant mais de partenaire voire de thérapeute du parent qui l'élève...);
- Toutes les formes de violence, de traumatisme, d'abus sexuels, de carences....
- Antécédents de suicide dans la famille ;
- Psychopathologie parentale (notamment antécédents de dépression) ;
- Absence de représentations de la mort chez le jeune enfant ;
- Toute fragilité concernant l'estime de soi : dépression, trouble de la personnalité, de nature psychotique notamment...

Les conduites suicidaires chez l'enfant sont un signe d'appel qu'il faut savoir entendre, y être attentif et le prendre en compte.

La précocité de la reconnaissance des troubles et des interventions thérapeutiques, la capacité des parents à entendre la souffrance de leur enfant et à se mobiliser psychiquement, à accepter et demander l'aide d'un ou plusieurs tiers, la qualité des moyens d'évaluation et d'interventions thérapeutiques ou sociales, jouent un rôle important dans l'évolution et le pronostic de ce type de manifestation. (24).

1.9.2. Tentatives de suicide chez l'Adolescent

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

- Taux de décès par suicide chez les 15-24 ans : augmentation de 200 à 800% depuis 1960 ;
- Suicide = 2ème cause de mortalité dans cette tranche d'âge, en Occident ;
- Fréquence plus élevée de suicide chez les garçons alors que les TS sont plus fréquentes chez les filles ;
- Fréquence des récurrences importante : 30 à 50% la 1ère année. La gravité augmente au fur et à mesure des récurrences avec un risque de décès dans la première année de 1 à 2 %. (11)

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

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

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

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

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

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

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

Il faut être attentif à certains signes avertisseurs

- Un fléchissement inattendu des résultats scolaires, les échecs scolaires ;
- Profonde dépression, fatigue extrême ou tristesse constante ;
- Sentiment de désespoir ;
- Éloignement des membres de la famille et retrait des affaires familiales ;
- Éloignement des amis et retrait des activités sociales habituelles ;
- Perte d'intérêt dans les activités que la personne aimait auparavant ;
- Cesser de s'occuper de son apparence (se laver, porter des vêtements propres, se peigner)
- Se déprécier constamment ;
- Commencer à consommer drogue et alcool, ou en consommer davantage ;
- Penser à des gens morts ou qui se sont suicidés et en parler ;
- Mentionner le suicide ou la mort au cours de conversations, dans le travail scolaire ou dans des créations artistiques ;
- Faire don d'objets personnels importants.

Le simple fait de présenter ces signes avertisseurs ne signifie pas que les personnes en cause pensent au suicide. En fait, la plupart des gens ont ces sentiments ou montrent ces signes pendant de brèves périodes à un moment donné.

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

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

Les tentatives de suicide sont le plus souvent médicamenteuses : Les médicaments sont en général ceux de la famille, le plus souvent de la mère. (11)

Les facteurs de risque principaux à rechercher

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

Une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence ». Elle ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans sa dangerosité. Outre la possibilité de survenue

de complications médicales potentiellement mortelles à court terme, le risque principal est la prolongation d'une souffrance qui peut s'exprimer par une récurrence suicidaire.

1.9.3. Tentatives de suicide chez l'Adulte

Durant la période adulte, plusieurs facteurs de risque s'ajoutent et peuvent conduire à des tentatives de suicide et même à des suicides aboutis d'emblée.

Parmi ces facteurs, on peut citer : (11)

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

- Les blessures narcissiques ;
- L’émigration....

Un rapport inverse s’observe pour ce qui est des tentatives de suicide en fonction du sexe : la tentative de suicide est 3 fois plus fréquente chez la femme que chez l’homme alors que ce dernier se suicide plus que la femme. (25)

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

Les adultes jeunes moins de 30 ans	Les adultes plus de 30 ans
Histoire familiale de suicide	Histoire familiale de suicide
Antécédent de TS	Trouble psychiatrique (trouble de l’humeur, schizophrénie, alcoolisme)
Trouble psychiatrique (trouble de l’humeur, abus de substance)	Vivre seul, en particulier être séparé, veuf ou divorcé
Mini épidémie dans le groupe	Perte de soutien social
Histoire de délinquance, ou de comportement semi délinquant, même en l’absence de trouble psychique	Dégradation du statut socio-économique
Présence d’arme à feu au domicile	Maladie somatique
	Chômage
	Déclin socio-économique
	Perturbations psychologiques

1.9.4. Tentatives de suicide chez le sujet âgé

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

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

L'utilisation plus violente et potentiellement mortelle de méthodes et d'appliquer ces méthodes avec une plus grande planification de mettre fin de sa vie. (11)

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

A noter que la dépression, les maladies physiques, le départ en institution (hôpital maison de retraite...), le décès du conjoint sont des facteurs de vulnérabilité. (11)

1.10. Principes de la prise en charge :

1.10.1. Accueil

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

- Des mesures de réanimation nécessaire : instaurer immédiatement le traitement d'intoxication (lavage, antidote) et se méfier de la toxicité des médicaments ingérés ; (26)
- Une prise en charge chirurgicale ou médicale d'urgence en fonction des cas ;
- Un examen clinique complet du suicidant ;

Après l'évaluation du médecin généraliste au service hospitalier, l'avis psychiatrique est indispensable. (26)

Le premier entretien permet :

- D'aborder et interroger le sujet suicidant ;
- D'identifier l'existence de facteurs précipitant ;
- De distinguer entre crise psychosociale et crise en rapport avec un trouble mental afin d'orienter la prise en charge et les interventions proposées ;
- D'analyser les circonstances qui conduisent la personne à vouloir mourir ;

- De préciser les caractéristiques psychosociologiques du sujet : La structure de la personnalité, L'existence d'une pathologie sous-jacente, L'existence de symptômes dépressifs ou impulsifs, La qualité de l'entourage.

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

Ensuite, plusieurs décisions restent possibles :

- Sortie avec consultation ambulatoire ;
- Hospitalisation en milieu psychiatrique. (26)

1.10.2. L'hospitalisation

L'hospitalisation sera imposée en cas

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

L'intérêt de l'hospitalisation est multiple :

- Protéger la vie de sujet en l'éloignant des moyens ;
- Mettre temporairement à distance les situations ayant précipité l'état actuel de la crise suicidaire ;
- Établir une relation de confiance de qualité suffisante ;
- Réévaluer plus finement et ultérieurement l'état psychiatrique et contexte de la personne Poser le diagnostic de trouble psychiatrique éventuel responsable de cette tentative de suicide.

Il faut absolument surveiller le patient hospitalisé vu que le suicide en milieu hospitalier est bien connu et décrit par les auteurs depuis longtemps et représente 5 % des suicides [31] ; d'où la nécessité de prendre certaines précautions qui consistent à limiter l'accès à des moyens mortels en particulier la défenestration et la pendaison

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

Si la situation l'exige, le sujet devra être installé dans une chambre proche du lieu de soin. Une surveillance rapprochée devra être prescrite à l'hôpital lors des périodes de changement (début ou fin d'hospitalisation, transfert dans une autre chambre, absence de médecin référent habituel) qui sont des périodes où le risque est plus élevé.

1.10.3. Traitement pharmacologique

L'objectif du traitement pharmacologique est le soulagement des symptômes aigus, et le contrôle de l'étiologie responsable de la conduite suicidaire.

Parmi les médicaments qu'on peut prescrire

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

Tableau III : Étude de l'intérêt des médicaments dans le traitement de risque suicidaire (27)

Le médicament	Rôle dans le traitement de risque suicidaire
Antidépresseurs	<p>–Aucune étude versus placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout venant.</p> <p>–De nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés.</p> <p>Ceci n'exclut pas la possibilité de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire</p>
Neuroleptiques	<p>Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de tentative ou de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie ; il existe quelques arguments en faveur d'un effet protecteur des neuroleptiques atypiques.</p>
Benzodiazépines	<p>–Elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire.</p> <p>–Aucune étude expérimentale n'est venue confirmer la nécessité d'associer systématiquement les benzodiazépines aux antidépresseurs</p>
Lithium	<p>Indication dans la psychose maniaco-dépressive bipolaire : le risque suicidant revient à un taux proche de celui de la population générale, du moins après une année de traitement.</p> <p>–Formes unipolaires : ce résultat n'est pas retrouvé.</p>

1.10.4. Psychothérapie

Elle joue un rôle important dans le traitement des individus avec des idées et conduites suicidaires. Plusieurs preuves soutiennent l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de certains troubles : le trouble dépressif majeur et la personnalité limite, qui sont les plus associés à un risque de suicide. (11)

Les types de psychothérapie les plus indiqués sont

- Les psychothérapies telles que la psychothérapie interpersonnelle et la thérapie cognitive de comportement peuvent être indiquées pour les comportements suicidaires, survenant dans un contexte dépressif.
- La psychothérapie structurée type cognitivo- comportementale peut être utilisée en cas de désespoir.
- La thérapie psycho dynamique et la thérapie comportementale dialectique peut-être utile chez les patients suicidants avec un diagnostic de trouble de la personnalité type borderline.

1.10.5. Suivi

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

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

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

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

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

Elle permet à la personne de se fixer des échéances pragmatiques et atteignables. On considère que même chez une personne sans facteur de risque primaire, une vigilance de l’entourage est nécessaire dans l’année suivant une crise suicidaire ou une tentative de suicide. (27)

1.10.6. Rôle de la famille

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

1.10.7. Prévention

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

- L’une vise à mieux traiter certains facteurs de risque curables tels les troubles psychiatriques en particulier la dépression ;

- La seconde consiste à identifier des populations à haut risque suicidaire de manière à leur appliquer des mesures préventives ;

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

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

II. Méthodologie

2.1. Cadre d'étude

Nous avons mené notre étude dans les structures de sante de Bamako :

- Le CHU Point G
- Le CHU Gabriel Touré
- Le centre hospitalier Hôpital Mère-enfant le Luxembourg
- L'hôpital du Mali
- Les centres de santé de référence de Bamako

Le CHU Point G, le CHU Gabriel Toure, le centre hospitalier Hôpital Mère-enfant le Luxembourg et l'Hôpital du Mali sont des établissements hospitaliers de 3ème référence qui, selon la réglementation doivent assurer le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques et sociaux du patient.

Les centres de santé de référence de Bamako sont des établissements hospitaliers de 2ème référence, au nombre de six situés dans chaque district sanitaire de Bamako répondant aux besoins des populations concernées

2.2. Période d'étude

Notre étude s'est déroulé sur une période allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019, soit une année.

2.3. Type d'étude

Notre étude est une étude descriptive, transversale à recrutement rétrospectif.

2.4. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée des cas reçus pour tentatives de suicide dans les structures de santé de Bamako.

2.5. Echantillonnage

Le type d'échantillonnage était non probabiliste. Tous les cas de tentative reçus et enregistrés dans les différents registres des structures de santé de Bamako étaient concernés.

2.6. Critères d'inclusion

Patients reçus pour tentatives de suicide et enregistrés dans les registres de consultation et ou d'hospitalisation dans les structures de santé de Bamako

2.7. Critères de non inclusion

Patients reçus pour tentatives de suicide, non enregistrés ou enregistrés avec des données incomplètes ne permettant pas une exploitation

2.8. Recueil de données

Les différents registres des structures de santé ont été parcourus pour identifier les cas de tentative de suicide.

Une fiche d'enquête a été élaborée à cet effet pour collecter des données sur :

- **Caractéristiques sociodémographiques** : âge, genre, situation professionnelle, sexe, statut civil, nombre d'individus de la fratrie utérine et place dans la fratrie utérine, niveau d'instruction, résidence, ethnie, religion. **Moyens utilisés** : pendaison, substances toxiques, médicaments, armes blanches, armes à feu, pesticides, noyade, défenestration etc. **Soins reçus** : Lavage, Soins locaux de la plaie, Réanimation, Intervention chirurgicale, Psychotropes, Psychothérapie **Itinéraire des soins** : (Lieu de provenance, lieu de réception, lieu de référence).

2.9. Traitement et analyses des données

Les données ont été et analysées dans le logiciel SPSS 22.0

La saisie se fera sur le logiciel Microsoft World13

2.10. Considérations éthiques

L'anonymat des patients était garanti et les données recueillies sur les fiches d'enquêtes étaient confidentielles et leurs accès étaient limité aux seuls médecins soignants.

III. Résultats

Au cours de notre étude nous avons enregistré 113 cas de tentative de suicide dans les structures de santé de Bamako.

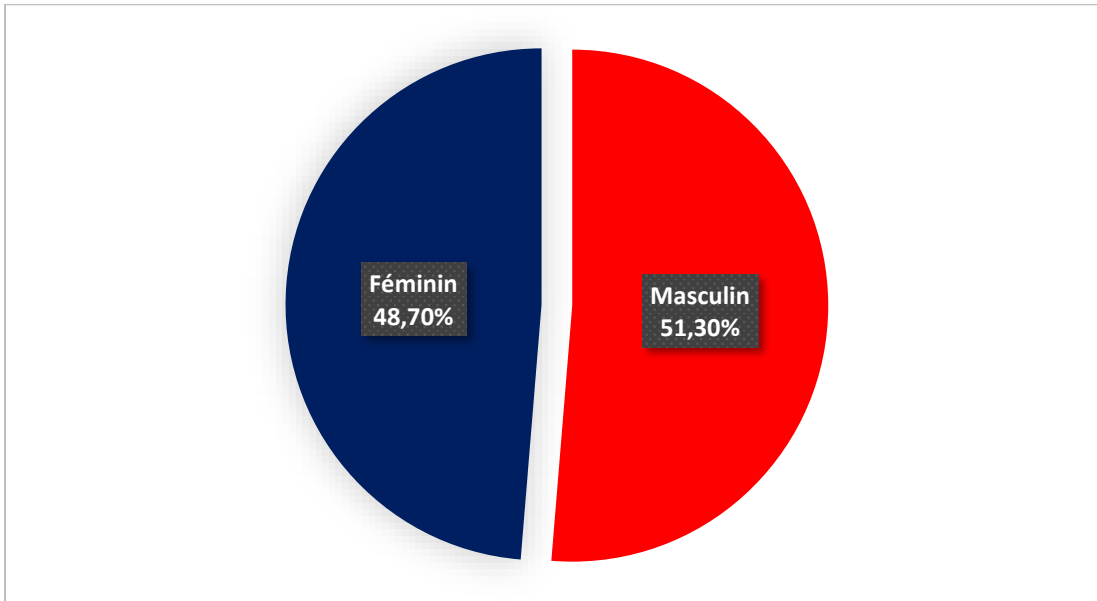


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté avec un taux de 51,30% des cas.

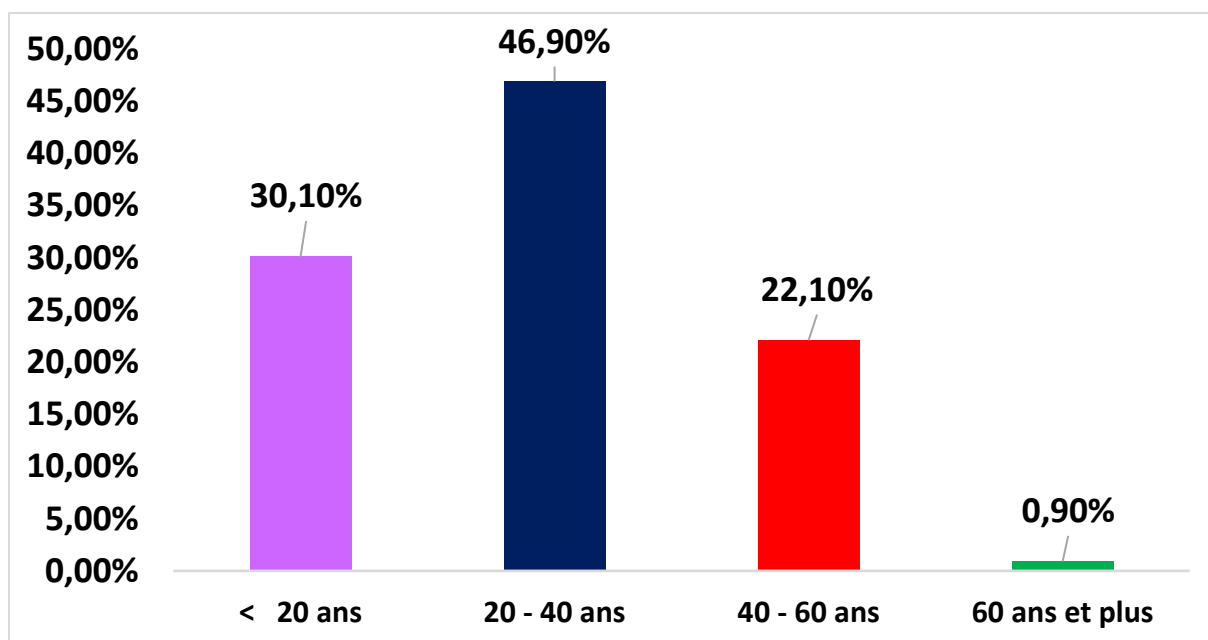


Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 20 à 40 ans était la plus représentée avec 46,90% des cas. L'âge moyen des patients était de $29,31 \pm 11,78$ ans avec des extrêmes de 14 et 62 ans.

Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Marié(e)	65	57,5
Célibataire	37	32,7
Divorcé(e)	9	8,0
Veuf/veuve	2	1,8
Total	113	100

La majorité des patients était mariée avec 57,5% des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	24	21,2
Elève//Etudiant	18	15,9
Sans emploi	13	11,5
Cultivateur	12	10,6
Artisan /ouvrier	10	8,8
Commerçant	9	8,0
Chauffeur	7	6,2
Agent de santé	3	2,7
Force de l'ordre	2	1,8
Coiffeur	2	1,8
Enseignant	1	0,9
Autre*	12	10,6
Total	113	100,0

* : administrateur d'état civil (1) ; apprenti réparateur (1) ; boutiquier (1) ; gardiennage (1) ; juriste de formation (1) ; mécanicien (1) ; motocycliste (1) ; pêcheur (1) ; peintre (1) ; serveuse de bar (1) ; transitaire (1) ; vendeuse (1)

Les ménagères étaient les plus représentées avec un taux de 21,2% .

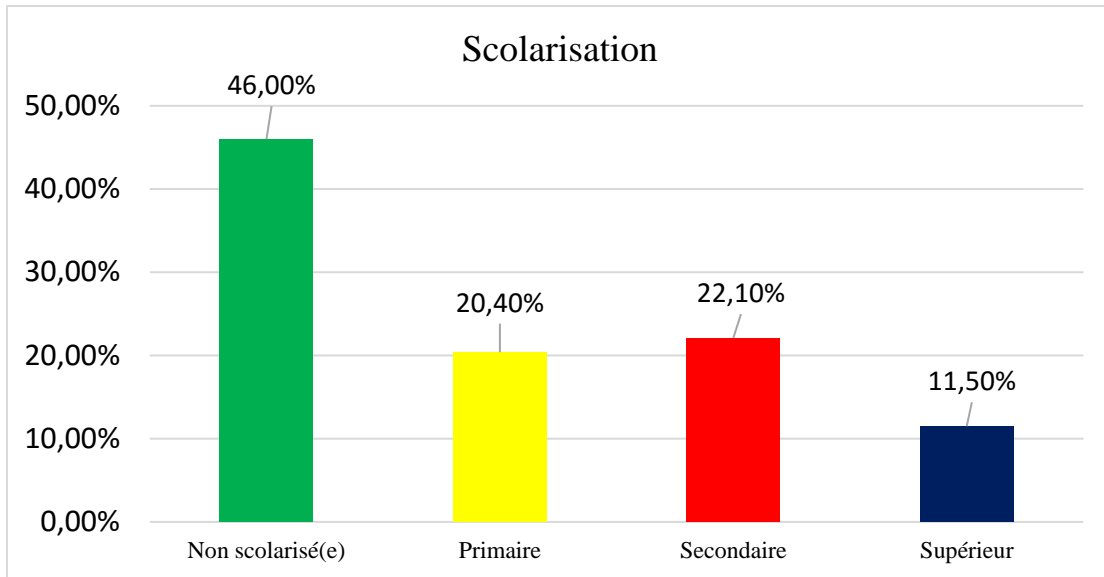


Figure 3 : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation

Les patients non scolarisés ont représenté 46,00% des cas.

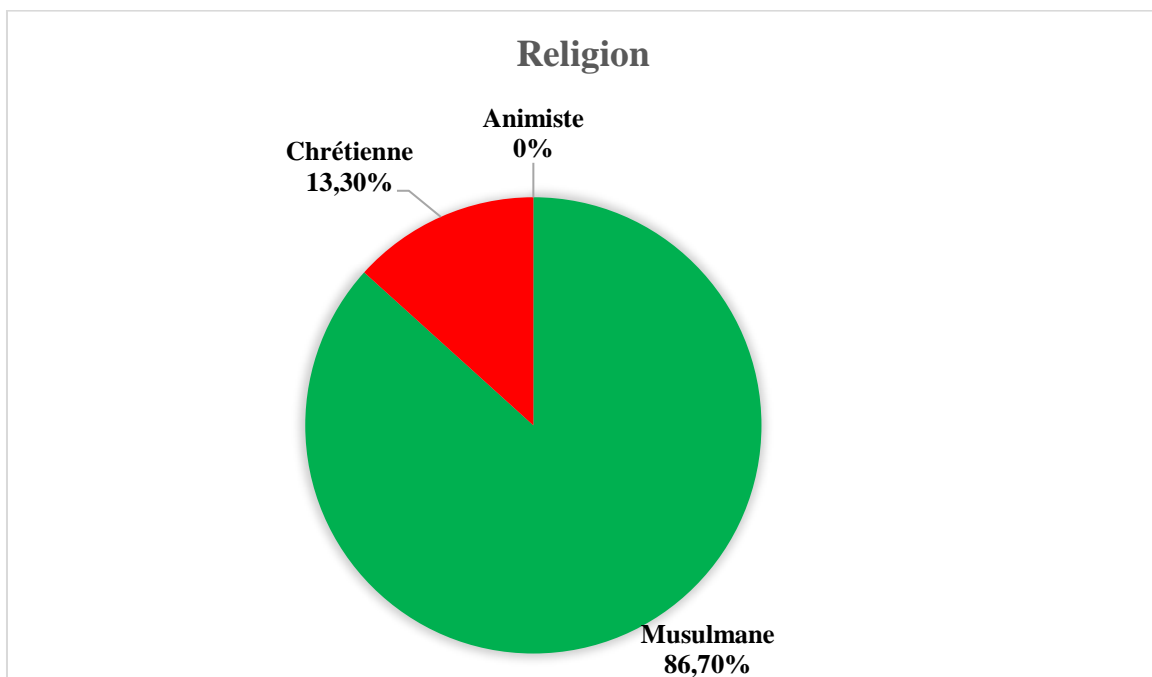


Figure 4 : Répartition des patients selon la religion

La religion musulmane était la plus représentée avec 86,70% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon la zone de résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Zone urbaine	89	78,80
Zone semi-urbaine	23	20,30
Zone rurale	1	0,90
Total	113	100,0

La majorité des patients résidait dans une zone urbaine avec 78,80% des cas.

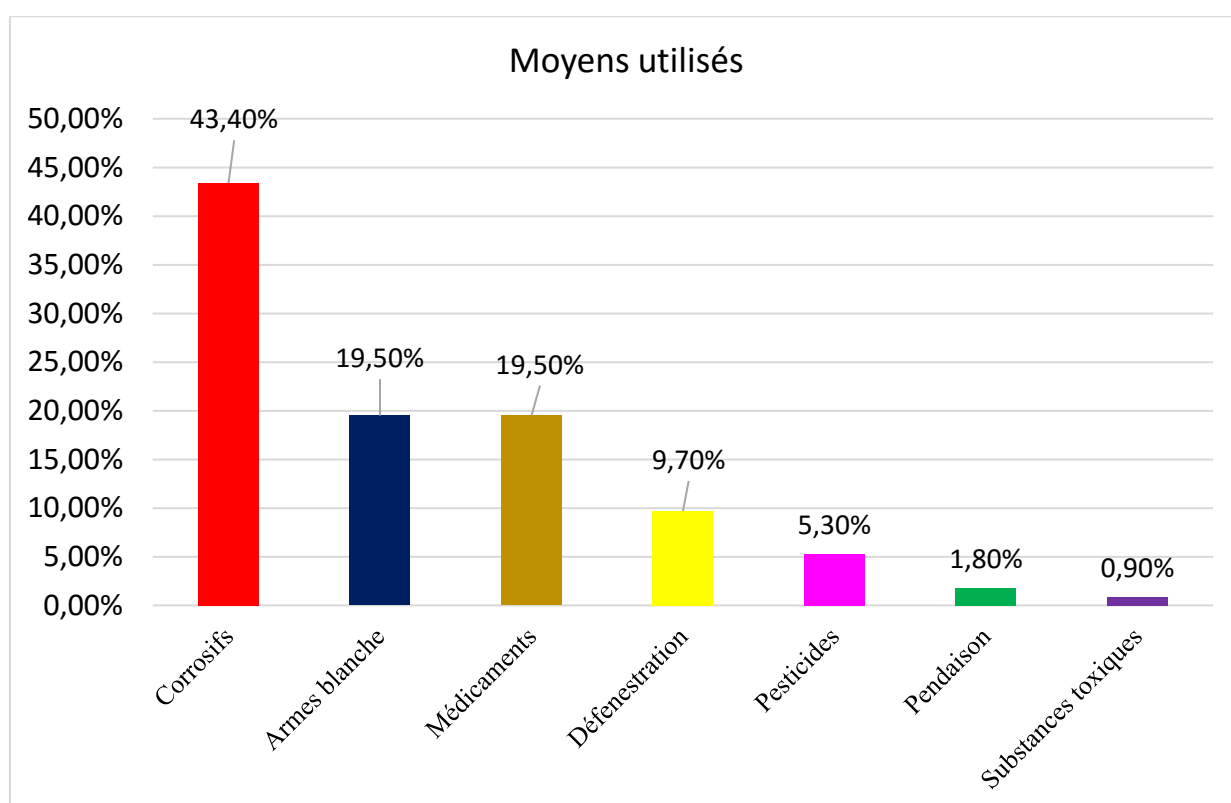


Figure 5 : Répartition des patients selon les moyens utilisés

La majorité des patients avait utilisé les corrosifs comme moyen d'autolyse avec 43,40% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon les corrosifs utilisés

Corrosifs utilisés	Effectifs	Pourcentage
Acide chlorhydrique	25	51,0
Soude caustique	13	26,50
Acide sulfurique	8	16,30
Hydroxyde de Potassium	2	4,00
Non préciser	1	0,20
Total	49	100,0

NB : Au total 49 patients avaient utilisé les corrosifs

L'acide chlorhydrique était le corrosif le plus utilisé avec 51% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les médicaments utilisés

Médicaments utilisés	Effectifs	Pourcentage %
Paracétamol	11	50
Chloroquine	4	18,2
Benzodiazépine	3	13,6
Paracétamol et aspirine	1	4,5
Paracétamol et olanzapine	1	4,5
Ibuprofène	1	4,5
Médicaments traditionnels	1	4,5
Total	22	100

NB : Au total 22 patients avaient utilisé les médicaments

Le paracétamol était le plus utilisé soit 50% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon les structures de soins.

Structures de soins	Effectifs	Pourcentage %
Urgences CHU GT	27	23,9
Chirurgie thoracique Hôpital du Mali	20	17,7
Psychiatrie CHU POINT G	14	12,4
Urgences CHU POINT G	13	11,5
Gastro-entérologie CHU GT	13	11,5
Urgences Hôpital du Mali	7	6,2
ORL CHU Gabriel Touré	6	5,3
Neurologie CHU POINT G	2	1,8
CSRef Commune I de Bamako	0	00
CSRef Commune II de Bamako	2	1,8
CSRef Commune IV de Bamako	2	1,8
CSRef Commune III de Bamako	1	0,9
CSRef Commune V de Bamako	1	0,9
CSRef Commune VI de Bamako	1	0,9
CSRef de Dioila	1	0,9
Cabinet Siramana Bamako	1	0,9
ORL Hôpital du Mali	1	0,9
Réanimation CHU POINT G	1	0,9
CHU Luxembourg	0	00
Total	113	100

Les patients reçus au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE étaient les plus représentés avec 23,9% des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon les soins reçus

Soins reçus	Effectifs	%
Lavage et soins de réanimation	27	23,9
Psychotropes + psychothérapie	14	12,4
Soins locaux de la plaie	13	11,5
Intervention chirurgicale	13	11,5
Soins de Réanimation	10	8,8
Lavage et intervention chirurgicale	9	8,0
Lavage	7	6,2
Soins locaux + chirurgie	5	4,4
Soins locaux + réanimation	3	2,7
Lavage + chirurgie + psychotropes + psychothérapie	3	2,7
Lavage + soins de réanimation + chirurgie	3	2,7
Lavage + réanimation + psychotrope + psychothérapie	2	1,8
Soins locaux + réanimation + chirurgie	1	0,9
Soins locaux + psychotropes	1	0,9
Soins locaux + réanimation + chirurgie	1	0,9
Psychotropes	1	0,9
Total	113	100

La majorité des patients avait reçu le lavage associé à des soins de réanimations avec 23,9 % des cas.

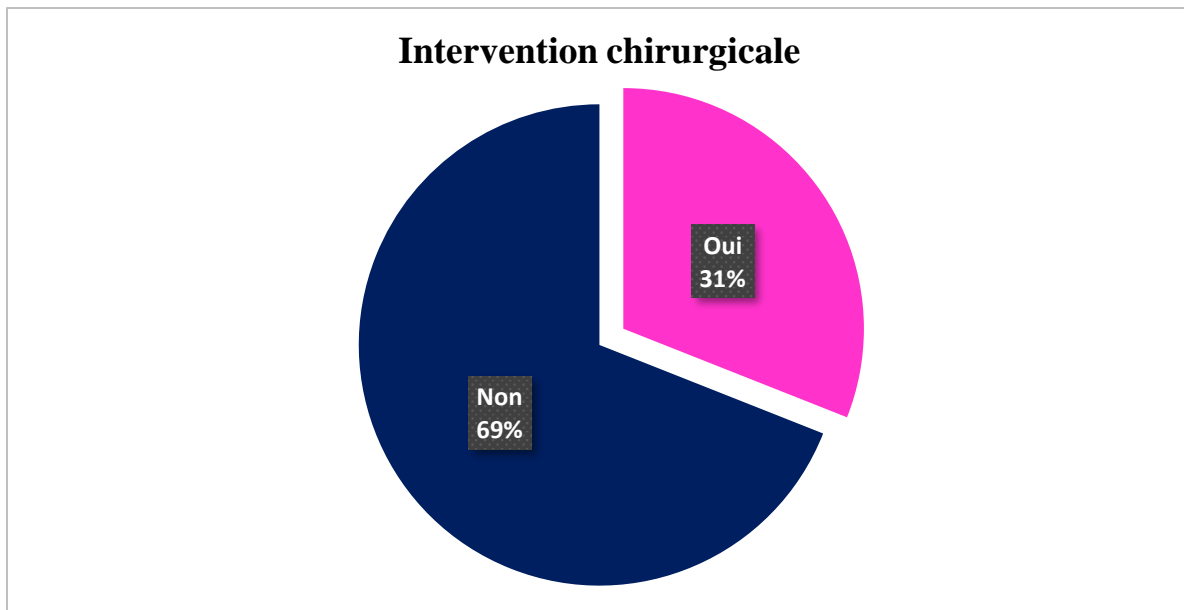


Figure 6 : Répartition des patients selon la réalisation un acte Intervention chirurgicale.

Une intervention chirurgicale avait été réalisée chez 35 patients soit 31% des cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon le lieu d'orientation

Lieu d'orientation	Effectifs	Pourcentage
Service de psychiatrie du CHU du Point G	18	15,91
Service de chirurgie thoracique Hôpital Mali	14	12,38
Service de gastro-entérologie CHU GT	12	10,61
Retour à la maison	69	61,10
Total	113	100,00

Les patients qui étaient rentrés à domicile après les premiers soins représentaient 61,10% suivis de ceux qui avaient été orientés dans le service de psychiatrie avec 15,91 % des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon le sexe et les moyens utilisés.

Moyen utilisé	sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Pendaison	2 (3,4%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)
Ingestion de substances toxiques	0 (0,0%)	1 (1,8%)	1 (0,9%)
Armes blanche	11 (19,0%)	11 (20%)	22 (19,4%)
Pesticides	5 (8,6%)	1 (1,8%)	6 (5,3%)
Défenestration	7 (12,1%)	4 (7,3%)	11 (9,7%)
Corrosifs	28 (48,3%)	21 (38,2%)	49 (43,3%)
Médicaments	5 (8,6%)	17 (30,9%)	22 (19,4%)
Total	58 (100%)	55 (100%)	113 (100%)

Khi-2 = 13,96 ddl= 6 p= 0,017

Il existait un lien statistiquement significatif entre le sexe et les moyens utilisés.

Tableau XIII: Répartition des patients selon l'âge et les moyens utilisés.

Moyens utilisés	Tranche d'âge				Total
	< 20	20 - 40	40 - 60	60 et plus	
Pendaison	0 (0,0%)	1 (1,8%)	1 (4,0%)	0 (00%)	2 (1,8%)
Ingestion de substances toxiques	0 (0,0%)	1 (1,8%)	0 (00%)	0 (00%)	1 (0,9%)
Armes blanche	3 (8,8%)	13 (24,5%)	6 (24%)	0 (00%)	22 (19,4%)
Pesticides	0 (0,0%)	5 (9,4%)	1 (4,0%)	0 (00%)	6 (5,3%)
Défenestration	1 (2,9%)	8 (15,1%)	2 (8,0%)	0 (00%)	11 (9,7%)
Corrosifs	20 (58,8%)	19 (35,8%)	9 (36%)	1 (00%)	49 (43,3%)
Médicaments	10 (29,4%)	6 (11,3%)	6 (24%)	0 (100%)	22 (19,4%)
Total	34 (100%)	53 (100%)	25 (100%)	1 (100%)	113 (100%)

Khi-2 = 20,189 ddl= 18 p= 0,3

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et les moyens utilisés.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la résidence et les moyens utilisés.

Moyens utilisés	Résidence				Total
	Zone rurale	Zone urbaine	Zone semi-urbaine	Zone de guerre	
Pendaison	0 (00%)	2 (2,2%)	0 (00%)	0 (00%)	2 (1,8%)
Ingestion de substances toxiques	0 (00%)	1 (1,1%)	0 (00%)	0 (00%)	1 (0,9%)
Armes blanche	1 (100%)	16 (17,9%)	4 (21,0%)	1 (25%)	22 (19,4%)
Pesticides	0 (00%)	3 (3,3%)	3 (15,8%)	0 (00%)	6 (5,3%)
Défenestration	0 (00%)	8 (9,0%)	1 (5,2%)	2 (50%)	11 (9,7%)
Corrosifs	0 (00%)	40 (44,9%)	8 (42,1%)	1 (25%)	49 (43,3%)
Médicaments	0 (00%)	19 (21,3%)	3 (15,8%)	0 (00%)	22 (19,4%)
Total	1 (100%)	89 (100%)	19 (100%)	4 (100%)	113 (100%)

Khi-2 = 18,425 ddl= 18 p= 0,428

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la résidence et les moyens utilisés.

IV. Discussion

4.1. Données sociodémographiques

a. Fréquence

Durant cette étude de 1 an nous avons colligé 113 cas de tentatives de suicide. Une étude effectuée en 2017 estime qu'au moins un suicide est tenté toutes les 6 heures (28). En Tunisie, les données récentes ont montré une augmentation de l'incidence du suicide après la révolution de 2011, avec un profil différent en comparaison avec la période antérieure à 2011 (29).

L'enquête WMH (World Mental Health Survey) de l'OMS, menée dans 21 pays entre 2001 et 2007, donnait des résultats globaux de 2,0% pour la prévalence de pensées suicidaires, et 0,3% pour les TS au cours de l'année au sein des pays développés (30).

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un million de personnes se suicident chaque année dans le monde et ce nombre pourrait s'élever à 1,5 million en 2020. (1)

b. Sexe

Le sexe masculin était le plus représenté soit un taux de 51,3% des cas. Ce résultat est comparable à celui d'une étude réalisée en Tunisie qui a trouvé une prédominance masculine avec un sexe ratio (G/F) de de 0,56. (31)

Par contre dans une étude française de 2011, elles sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes (289 pour 100 000) que chez les hommes (234 pour 100 000), et aussi au Maroc avec un sex-ratio de 2,41 en faveur des femmes. (32)

Selon une étude menée en France métropole ; il y'a plus de tentatives de suicide des femmes par rapport aux hommes (soit 3 femmes pour 2 hommes), et plus de mortalité des hommes par rapport aux femmes (soit 4 hommes pour 3 femmes). (33)

Selon les résultats du Baromètre santé 2010, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide et effectué une TS au cours de l'année. Ces données sont conformes à celles des études précédemment menées en France ainsi qu'aux données d'hospitalisation (les femmes représentent 65% des séjours d'hospitalisation TS) (34). Ce résultat peut sembler paradoxal en regard des décès par suicide qui s'avèrent pour leur part nettement plus masculins. Cette particularité est en partie due aux moyens mis en oeuvre, très différents selon le genre, et qui sont plus létaux chez les hommes (pendaison, arme à feu...) (35).

c. Age

La tranche d'âge de 20 à 40 ans était la plus représentée soit 46,9% des cas. L'âge moyen des patients était de $29,31 \pm 11,78$ ans avec des extrêmes de 14 et 62 ans. Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés au Maroc en 2011 soit un âge moyen de $24,39 \pm 0,08$ ans. (32)

Des études conduites en population générale aux Etats-Unis permettent d'estimer la prévalence sur la vie entière des tentatives de suicide à 4,6 % chez les 15-54 ans (36). Choquet et al. ont mis en évidence que 7 % des jeunes entre 11 et 19 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide (37). Fergusson et al. (27) ont constaté que 12 % d'une cohorte d'adolescents ont eu des idées suicidaires avant l'âge de 16 ans et que 3 % d'entre eux ont fait une tentative de suicide. Une revue récente de la littérature internationale colligeant 128 études sur 513 188 adolescents a retrouvé un taux de 9,7 % de tentatives de suicide à un moment quelconque de leur vie, et 29,9 % d'idées suicidaires (38).

Pour Michel Debout, les taux les plus élevés de tentative de suicide s'observent entre 15 et 35 ans et les taux les plus faibles chez le sujet âgé (39). Amiar A au Maroc a trouvé un âge moyen des victimes de $24,39 \pm 0,08$ ans. (32)

Selon Beck F et al (40) dans leur étude sur les tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 ; 5,5% des 15-85 ans déclarent avoir tenté de se

suicider au cours de leur vie (7,6% des femmes et 3,2% des hommes) et 0,5% au cours des 12 derniers mois. Les facteurs associés à la survenue de TS au cours des 12 derniers mois sont chez les hommes de 15-64 ans, par ordre d'importance : le fait d'avoir subi des violences (hors violences sexuelles) au cours des 12 derniers mois (OR=5,1) et le fait de vivre seul (OR=2,9). Le niveau de revenu est chez les hommes un facteur de protection (OR=0,2). Chez les femmes, en dehors du fait d'avoir moins de 20 ans (15-19 ans), les facteurs associés sont les violences subies (violences sexuelles au cours de la vie [OR=2,7] et non sexuelles subies au cours des 12 derniers mois [OR=2,7]) et la consommation quotidienne de tabac (OR=1,9) (40)

Le suicide représente la seconde cause de mortalité chez les 15-29 ans dans le monde d'après l'OMS. (1)

Concernant les effets d'âge, les données du Baromètre santé 2010 montrent que les TS sont moins fréquentes avec l'avancée en âge. Si l'on considère les données de mortalité du CépiciDC-Inserm, la tendance est inverse : le taux de mortalité par suicide augmente globalement avec l'avancée en âge. En 2008, son incidence est de 6,7 (pour 100 000) chez les 15-24 ans, de 21,4 chez les 35-44 ans, de 22,3 chez les 55-64 ans, de 31,0 chez les 75-84 ans et de 41,7 chez les 85-94 ans. La tendance n'est cependant pas linéaire puisqu'on observe un pic de mortalité par suicide entre 45 et 54 ans avec un taux de 26,6 pour 100 000, alors qu'il est inférieur à 23 pour 100 000 entre 55 et 74 ans. Par ailleurs, cette classe d'âge est la seule pour laquelle une augmentation du taux de mortalité par suicide a été observée entre 2002 et 2006, en particulier chez les hommes (41).

Ainsi, alors que les tentatives de suicides suivent globalement une courbe descendante avec l'âge, c'est l'inverse pour la courbe des taux de mortalité. Le ratio observé entre suicides accomplis et tentatives de suicides augmente avec

l'âge, entraînant mécaniquement une diminution du nombre absolu de TS et une augmentation du nombre de suicides (accomplis) (42).

d. Statut et scolarisation

Nos patients étaient mariés dans 57,5% et non scolarisés dans 46% des cas. Les ménagères étaient les plus représentées soit une fréquence de 21,2% des cas. L'enquête nationale de l'INSERM réalisée en 1993 a montré un taux de tentative de suicide de 15 % chez les non scolarisés (30). L'étude néo-zélandaise de Beautrais a trouvé un bas niveau d'études [OR = 7,5] (34).

Un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat est associé à un moindre risque de TS chez les femmes (OR=0,4 en référence à une absence de diplôme) selon Beck F et al. Dans la littérature le sexe masculin, le statut de marié et le faible niveau d'éducation sont les principaux facteurs de risque démographiques identifiés dans la littérature (40).

e. Profession

Dans cette étude les ménagères étaient les plus représentées soit 21,1% suivies des élèves/Étudiants dans 15,9%.

Parmi 600 étudiants répartis sur les sept facultés de médecine et de pharmacie au Maroc ; 5 % avaient réalisé au moins une tentative de suicide et 31 % avaient eu des idées suicidaires. Les idées suicidaires étaient associées d'une façon statistiquement significative à la consommation de substances psychoactives (2,4 [1,4–3,9], p : 0,0003). (41)

En Algérie selon Ouamri M N et al. 60% des suicidants étaient inactifs sur le plan professionnel, constituant ainsi un facteur de risque (11). Une étude néozélandaise de Beautrais, et al. (38), a prouvé que les jeunes à risque suicidaire élevé présentent un taux de chômage plus élevé [OR = 2,3].

Beck F et al (40) ont constaté chez les hommes comme chez les femmes, un faible niveau de revenu est également associé à la survenue de pensées suicidaires, mais pas le niveau de diplôme. Le chômage (OR=1,4) et la consommation quotidienne de tabac (OR=1,4) sont, comme chez les hommes, associés aux pensées suicidaires. On remarque enfin que, chez les femmes, la situation d'inactivité au sens large apparaît propice à la survenue de pensées suicidaires, alors que chez les hommes, seule la situation de chômage l'est.

f. Résidence

La majorité des patients résidait dans une zone urbaine dans 78,8% des cas. Nous avons retrouvé 4 (3,5%) patients résidant dans une zone de guerre.

4.2. Données cliniques

a. Moyens utilisés

La majorité des patients avait utilisé les corrosifs comme moyen d'autolyse dans 43,4% dont l'acide chlorhydrique soit 51% des cas, les armes blanches et les Médicaments ont été utilisées dans 19,5%, la défenestration dans 9,7%, la pendaison dans 1,8% des cas. Le paracétamol était le médicament le plus utilisé soit 50% des cas dans cette étude.

Par contre Ouamri M N et al. ont retrouvé l'intoxication médicamenteuse en particulier les psychotropes comme la méthode la plus utilisée suivi de la défenestration (11).

Dans une étude réalisée chez les enfants les psychotropes et les médicaments contenant du paracétamol sont les plus fréquemment incriminés (42). Les moyens violents, quant à eux, ont été plus rares et observés de manière significative chez les garçons, conformément aux données de la littérature, les garçons sont plus à risque de suicide abouti que les filles (43).

Nous avons également noté un lien statistiquement significatif entre le sexe et les moyens utilisés. La corrélation entre le sexe du suicidant et le moyen suicidaire a confirmé que la modalité médicamenteuse était préférentiellement utilisée par les femmes et la défénéstration par les hommes, ce qui est retrouvé dans les données de littérature. Les hommes font le plus souvent recours aux moyens qui sont plus létaux (pendaison, arme à feu...) que les femmes (corrosifs, médicaments...) (35).

Dans une étude française, à l'instar du niveau national, le premier mode de suicide dans la région est la pendaison en cause dans 2 suicides sur 3 chez les hommes (67%) et 1 suicide sur 2 chez les femmes (47%). Les autres principaux modes de suicide sont les armes à feu chez les hommes (14%) et les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) chez les femmes (23%). Les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) constituaient le mode de TS le plus fréquent (79 % des séjours hospitaliers pour TS sur la période 2015- 2017). A noter que si les principales classes médicamenteuses utilisées restent les sédatifs, hypnotiques et psychotropes, 13 % des IMV (n= 4 300 séjours), recensées ces 3 dernières

b. Lieu de réception

Dans cette étude peu nombre de patients ont été reçu dans le service de psychiatrie soit 12,4%. Les patients reçus au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE étaient les plus représenté soit 23,9% et 17,7% ont été reçus au service de Chirurgie thoracique de l'Hôpital du Mali. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la prise en charge des dommages passe au premier plan qui sont prise en charge par les services chirurgicaux.

Dans une étude française les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement (96%) réalisées services de médecine-chirurgie-obstétrique et 3,4% en unités psychiatriques (44).

c. Soins reçus

La majorité des patients ont reçu un lavage associé à des soins de réanimations dans 23,9 % des cas et une intervention chirurgicale a été réalisée chez 35 patients soit 31% des cas.

Ce résultat est supérieur à celui de Ouamri M N et al. en Algérie qui ont retrouvé 10 % des cas d'intervention chirurgicale. (11)

Ces résultats peuvent être dus aux moyens d'autolyse utilisés par nos patients qui étaient des substances corrosives dans la majorité des cas entraînant des lésions pouvant nécessiter une intervention chirurgicale.

d. Lieu d'orientation

La majorité des suicidants est rentrée à la maison soit 61,1% des cas après les premiers soins dans les services de réception et 15,9% ont été orientés dans le Service de psychiatrie du CHU du Point G. Ce résultat est inférieur à ceux de Ouamri M N et al. qui ont retrouvé 35% des patients suivi en ambulatoire (11).

Les troubles psychiatriques demeurent le facteur le plus fortement 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'accorde sur le fait que plus de 90% des sujets ayant des conduites suicidaires souffraient d'un trouble psychiatrique (11). Il est donc impératif de fait une prise en charge des dommages mais aussi des facteurs de risque.

CONCLUSION

La problématique du suicide ne comporte pas de solutions codifiées du fait de sa complexité. Or les pays africains sont de plus en plus confrontés à ce phénomène, du fait de l'urbanisation galopante et de l'aggravation de la situation socio-économique.

Dans cette étude le sexe masculin était le plus représenté. L'âge moyen des patients était de $29,31 \pm 11,78$ ans avec des extrêmes de 14 et 62 ans. La majorité des patients était patients non scolarisés. La majorité des patients résidait dans une zone urbaine, les corrosifs comme étaient les moyen d'autolyse. Les patients reçus au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE étaient majoritaires. Une intervention chirurgicale avait été réalisée chez 31% des patients. Les patients qui étaient rentrés à domicile après les premiers soins dans 61,10% et 15,91 % avaient été orientés dans le service de psychiatrie.

RECOMMANDATIONS

A la fin de cette étude nos suggestions sont les suivantes :

Aux autorités politiques et administratives

- Incorporer la prévention du suicide en tant que composante essentielle.
- Mettre en place un kit de prévention du suicide comportant cinq actions complémentaires : le recontacte, la formation des médecins, un numéro vert, la prévention de la contagion suicidaire et l'information du public.

Aux personnels socio-sanitaires

- Organiser un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins et en fonction des ressources mobilisables sur le territoire,
- Suivre correctement les patients en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide.

Aux communautés

- Promouvoir le bien-être de la santé mentale.
- Restreindre l'accès aux moyens de suicide les plus courants, notamment les corrosifs, les armes à feu et certains médicaments.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité 16 août 2021]. 89 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
2. Soumah MM, Eboué BA, Ndiaye M, Sow ML. Aspects épidémiologiques du suicide à Dakar. *Pan Afr Med J.* 6 mai 2013;15:10.
3. Andler R, Cogordan C, Guignard R, Léon C, Viêt Nguyen-Thanh, Pasquereau N et al. Baromètre de santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ANS. 5 février 2019 ; N° 3-4: 36- 86.
4. Thèse de médecine CHD Bargou Benin sur les conduites suicidaires. 2015.
5. Vandevoorde J. Psychopathologie du suicide [Internet]. Dunod; 2013 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychopathologie-du-suicide--9782100598212.htm>
6. Lecalier S. Étude rétrospective des tentatives de suicide médicamenteux en Haute-Normandie en 2014. 30 juin 2017;116.
7. Vincent C, Françoise C. Le geste suicidaire [Internet]. 2010 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/le-geste-suicidaire-9782294019203.html>
8. Ionita A, Florea R, Courtet P. E. Prise en charge de la crise suicidaire [Internet]. EM-Consulte. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/220455>
9. World Health Organization. Mental and Behavioural Disorders Team. La prévention du suicide : indications pour les médecins généralistes [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2000 [cité 16 août 2021]. Report No.: WHO/MNH/MBD/00.1. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67166>
10. Durkheim E. Le suicide - Émile Durkheim - Quadrige - Format Physique et Numérique | PUF [Internet]. 2007 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/Le_suicide

11. Ouamri N ; Yazid I; Bertal K. Tentatives de suicides. Thèse Méd. Université de Tlemcen Algérie 2015. p119 [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <http://dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/9287/1/Les-tentatives-de-suicide.pdf>
12. Brian-L M, Michel T. Comprendre le suicide [Internet]. 2004 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.pum.umontreal.ca/catalogue/comprendre-le-suicide>
13. Muriel D. Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge. :9.
14. ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. (2000) [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
15. Petitjean F , Marie-Cardine M. E. Texte des recommandations longues élaboré par le jury de la conférence de consensus « Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques » : Organisée à Paris les 23 et 24 janvier 2003 à l'initiative de la Fédération Française de Psychiatrie [Internet]. EM-Consulte. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/16084/texte-des-recommandations-longues-elabore-par-le-j>
16. ANAES. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
17. Beck AT. Suicide intent scale (1978) In Blumenthal SJ ,Kupfer,eds.Suicide over the life cycle. Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. Wanshington: American Psychiatric Press Inc, 1990: 769-773.
18. Programent KL. The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice [Internet]. Guilford Press. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.guilford.com/books/The-Psychology-of-Religion-and-Coping/Kenneth-Pargament/9781572306646>
19. Pierce DW. The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. Br J Psychiatry J Ment Sci. nov 1981;139:391-6.

20. Mofidi M, DeVellis RF, DeVellis BM, Blazer DG, Panter AT, Jordan JM. The relationship between spirituality and depressive symptoms: testing psychosocial mechanisms. *J Nerv Ment Dis.* août 2007;195(8):681-8.
21. McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *Gen Hosp Psychiatry.* déc 2004;26(6):484-6.
22. Terra J L. La prévention du suicide. Décembre 2003 ; N° 45 : 19 – 62.
23. Malka J, Duverger P R. Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent identification et prise en charge. :11.
24. Szumilas M, Kutcher SP. Jeunesse et suicide. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 29 janv 2008;178(3):286.
25. Clercq M. Suicide et tentatives de suicide. *Louvain Med* 117 : S 502,1998. [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: http://info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/02/Parlement_Com_Fran_rapport_intro.pdf
26. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D., Masson E. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/194006/urgences-psychiatriques-liees-aux-actes-suicidaire>
27. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med.* juill 2005;35(7):983-93.
28. Embrace. The National Suicide Prevention Helpline.. Funding proposal. Retrieved Embrace Embrace Fund at AUBMC. 2017 ; Volume 5 ; p10. [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <http://aubmc.org.lb/Documents/publications/newsletter/ahni/ahni5.pdf>
29. Ben Khelil M, Gharbaoui M, Farhani F, Zaafrane M, Harzallah H, Allouche M, et al. Impact of the Tunisian Revolution on homicide and suicide rates in Tunisia. *Int J Public Health.* déc 2016;61(9):995-1002.
30. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World

Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. déc 2010;71(12):1617-28.

31. Charfi F, Harbaoui A, Skhiri A, Abbès Z, Belhadj A, Halayem S, Bouden S. Profil épidémiologique et clinique des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent en Tunisie en post révolution [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/32/204/full/>
32. Amiar L, Soulaymani R, Mokhtari A, Hami H, Soulaymani A. Les suicides et les tentatives de suicide par intoxication au Maroc : épidémiologie, indicateurs de santé et facteurs de risque. *Toxicol Anal Clin*. 1 mai 2019;31(2, Supplement):S74-5.
33. Monmousseau, F.; Rusch, E.; Moulay-Elrhazi, A. Évolution des dépenses de consommation de biomédicaments : cas de la région Centre – Val de Loire de 2008 à 2013 [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://in.booksc.me/book/54377222/fb61e9>
34. Chee CC, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Sante Publique (Bucur)*. 2011;Vol. 23(HS):11-29.
35. Jougla E, Péquignot F, Le Toullec A, Bovet M, Mel-lah M. Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *ADSP*. 2003(45):31-4. [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=86>
36. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. juill 1999;56(7):617-26.
37. Eudier F, Gault S, Batt-Moillo A , Drapier D, Millet B. Eudier F, Gault S, Batt-Moillo A , Drapier D, Millet B. E. Diminution des répétitions suicidaires grâce à une réorganisation des soins psychiatriques dans un service d'accueil-urgences [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/103036/diminution-des-repetitions-suicidaires-grace-a-une>

38. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 1996;35(9):1174-82.
39. Mishara BL, Tousignant M. Comprendre le suicide [Internet]. Presses de l'Université de Montréal. Comprendre le suicide. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 16 août 2021]. 172 p. (Paramètres). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/10630>
40. Beck F, Guignard R, Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 : 488-491.
41. La mortalité par suicide en France en 2006. 2009;(702):8.
42. Loebel JP. Practical Geriatrics: Completed Suicide in Late Life. *Psychiatr Serv*. 1 mars 2005;56(3):260-2.
43. Smailen M, Chignon J.M. Panic disorder and suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 1993 :150.4:683.
44. Bulletin de santé publique. Hauts-de-France. Conduites suicidaires. Février 2019, p 25. [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-02/BSP_ConduitesSuicidaires_Hauts%20de%20France.pdf

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : CISSE

Prénoms : Almoustapha Ousmane

Adresse : almoustaphaousmanecisse@gmail.com

Titre de la thèse : Etude des tentatives de suicide dans les structures de santé de Bamako.

Année de soutenance : 2021.

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Médico-psycho-légal.

Résumé

La présente étude avait pour objectif d'étudier les tentatives de suicide dans les structures de santé de Bamako.

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale à recrutement rétrospectif mené dans les structures de santé de Bamako sur une période allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019, soit une année. Ont été inclus dans l'étude les patients reçus pour tentatives de suicide et enregistrés dans les registres de consultation et ou d'hospitalisation dans les structures de santé de Bamako. Les données ont été et analysées dans le logiciel SPSS 22.0.

Le sexe masculin a représenté 51,30% des cas, l'âge moyen des patients était de 29,31±11,78 ans avec des extrêmes de 14 et 62 ans. La tranche d'âge de 20 à 40 ans était la plus représentée avec 46,90% des cas, les patients non scolarisés ont représenté 46,00% des cas. Les patients résidaient dans une zone urbaine dans 78,80% des cas. Les corrosifs étaient les moyens d'autolyse les plus utilisés avec 43,40% des cas, l'acide chlorhydrique était le corrosif le plus utilisé avec 51% des cas. Les patients reçus au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE étaient les plus représentés avec 23,9% des cas. Les patients qui étaient rentrés à domicile après les premiers soins représentaient 61,10% suivis de ceux qui avaient été orientés dans le service de psychiatrie avec 15,91 % des cas.

Les pays africains sont de plus en plus confrontés au phénomène du suicide, du fait de l'urbanisation galopante et de l'aggravation de la situation socio-économique.

Mots clés : tentatives, Suicide, Bamako, structure de santé.

Abstracts

The objective of the present study was to study suicide attempts in health structures in Bamako.

This was a descriptive, cross-sectional study with retrospective recruitment carried out in health facilities in Bamako over a period from January 1, 2019 to December 31, 2019, i.e. one year. Patients received for suicide attempts and recorded in consultation and / or hospitalization registers in Bamako health structures were included in the study. Data were and analyzed in SPSS 22.0 software.

The male sex represented 51.30% of cases, the mean age of the patients was 29.31 ± 11.78 years with extremes of 14 and 62 years. The 20 to 40 years age group was the most represented with 46.90% of cases, out-of-school patients accounted for 46.00% of cases. The patients resided in an urban area in 78.80% of the cases. Corrosives were the most used means of autolysis with 43.40% of cases, hydrochloric acid was the most used corrosive with 51% of cases. The patients seen in the emergency reception service of the CHU Gabriel TOURE were the most represented with 23.9% of cases. The patients who had returned home after the first aid represented 61.10% followed by those who had been referred to the psychiatric department with 15.91% of cases.

African countries are increasingly confronted with the phenomenon of suicide, due to rampant urbanization and the worsening socio-economic situation.

Keywords : attempts, Suicide, Bamako, Health structures.

Fiche d'enquête

N° dossier :

Date : /__/_//__/_/2019

Tel :

Caractéristiques sociodémographiques :

Age/___/

Sexe/___/ 1. Masculin 2. Féminin

Situation professionnelle/___/ 1. Cultivateur 2. Commerçant 3. Forces de l'ordre 4. Artisan/ouvrier 5. Enseignant 6. Agent de santé 7. Sans emploi 8. Retraité(e) 9. Ménagère 10. Elève/Étudiant 11. Autres

Etat Civil du patient/___/ 1. Célibataire 2. Marié(e) 3. Divorcé(e) 4. Veuf /veuve 5. Séparé(e)

Niveau de scolarisation/___/ 1. Non scolarisé(e) 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 5. Autres

Religion : /___/ 1. Musulmane 2. Chrétienne 3. Animiste 4. Autres

Résidence : /_____/

Résidence : /___/ 1. Zone rurale 2. Zone urbaine 3. Semi urbaine 4. Zone carcérale 5. Autres

Moyens utilisés : /___/ 1. Pendaison 2. Ingestion de Substances toxiques 3. Armes blanches 4. Pesticides 5. Armes à feu 6. Défenestration 7. Corrosifs 8. Médicaments 9. Autres

Substances médicamenteuses : /...../

Soins reçus : /___/ 1. Lavage 2. Soins locaux de la plaie 3. Soins de Réanimation 4. Intervention chirurgicale 5. Psychotropes 6. Psychothérapie 7. Autres à préciser

Itinéraire des soins :

Lieu de provenance :

Lieu de réception :

- 1-Service de du CHU Point G
- 2- Service dedu CHU Gabriel Touré
- 3- Service dedu Centre Hospitalier Mère-enfant
“le Luxembourg”
- 4- Service dede l’hôpital du Mali
- 5- Service dedu centre de santé de
référence

Lieu d’orientation :/___/

1. Service de psychiatrie du CHU point G
2. Autres services à préciser :/..... /
3. Retour à domicile

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE

