

**LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES**

**SCHIZOPHRENES :**

**A PROPOS D'UNE ENQUETE**

**PROSPECTIVE ET COMPARATIVE SUR**

**UNE ANNEE.**

**Présentée par :**

**BENELMOULOU OUAFIA**

**Directeur de thèse : Pr F.KACHA**

**LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES SCHIZOPHRENES :**

**A PROPOS D'UNE ENQUETE PROSPECTIVE ET COMPARATIVE SUR UNE ANNEE.**

**PLAN**

1. INTRODUCTION.....p 05

2. ASPECTS THEORIQUES.....p 14

    GENERALITES.....p 15

    DEFINITIONS

2.1 Suicide.....p16

2.2 Tentative de suicide.....p 20

2.3 Équivalent suicidaire.....p22

3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LES CONDUITES SUICIDAIRES ET SCHIZOPHRENIE. ...p 23

3.1 *Situations suicidaire chez les patients schizophrènes*

3.1.1 Quand les schizophrènes se suicident-ils ?.....p 23.

3.1.2 Comment les schizophrènes se suicident-ils ?.....p23

3.2 *Les modes explicatifs*..... p 24

a) modèles génétiques.....p24 .

b) modèles serotoninérgique..... p 25

c) autres modèles biologiques.....p 25

d) modèles sociobiologiques..... p26

e) modèles cognitifs et concept de l'insight.....p26

4. FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE ET SCHIZOPHRENIE.....p28

4.1 FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES.....p29

4.1.1 Rôle du sexe.....	p29
4.1.2 Rôle de l'âge.....	p 32
4.1.3 Facteurs ethniques.....	p 35
4.1.4 Rôle de l'environnement, social et professionnel .....	p 36
4.1.5 Modes et lieux de passage à l'acte suicidaire.....	p 41
<b>4.2 FACTEURS CLINIQUES.....</b>	<b>p 44</b>
4.2.1 Les sous types de schizophrénie.....	p 44
4.2.2 Les comorbidités.....	p 46
4.2.3 Antécédents de tentative de suicide et d'idéation suicidaires.....	p 48
4.2.4 Symptômes positifs et schizophrénie.....	p 49
4.2.5 Association schizophrénie, dépression et troubles anxieux.....	p 52
4.2.6 Temps écoulé depuis le diagnostic, durée de la maladie.....	p 57
4.2.7 Périodes de risque, admission et sortie de l'hôpital.....	p 59
<b>4.3 FACTEURS BIOLOGIQUES : rôle des neuroleptiques.....</b>	<b>p 61</b>
<b>I) <u>PROTOCOLE D'ETUDE</u>.....</b>	<b>p 63</b>
<b>Problématique.....</b>	<b>p 64</b>
<b>Objectifs.....</b>	<b>p 65</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>p 66</b>
<b>Type d'étude.....</b>	<b>p 66</b>
<b>ECHANTILLONAGE.....</b>	<b>p 66</b>

Critères d'inclusions et d'exclusions.....	p 67
Taille de l'échantillon.....	p 68
Méthode d'échantillonnage.....	p 68
<b>QUESTIONNAIRE.....</b>	<b>p 68</b>
Elaboration.....	p 68
Description.....	p 69
Organisation de l'étude.....	p 70
Pré-enquête.....	p 70
Moyens humains et matériels.....	p 70
<b>DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....</b>	<b>p 71</b>
La phase de réalisation.....	p 71
Contrôle et saisie.....	p 71
Analyse statistique.....	p 72
<b>LES BIAIS METHODOLOGIQUES.....</b>	<b>p 72</b>
<b><u>LES RESULTATS DE L'ETUDE</u></b>	

Particularités des 150 malades.....p 76

Particularités des schizophrènes suicidaires.....p 90

Comparaison des deux populations.....p 95

**LES DISCUSSIONS.**

Particularités des 150 malades.....p 108

Particularités des schizophrènes suicidaires..... p 116

Comparaison des deux populations.....p 121

**Etude comparative avec la série de schizophrènes suicidaires..... .p 138**  
**d'Alger.**

**PREVENTIONS RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES.....P 146**

- A) Volet médical de la prévention
- B) Volet social et familial de la prévention.
- C) Volet réglementaire et législatif de la prévention.

**CONCLUSIONS .....p 170**

**BIBLIOGRAPHIE.....p 176**

**ANNEXES..... p 183**

# **INTRODUCTION**

## **1. INTRODUCTION**

La surmortalité chez les malades mentaux, en particulier chez les patients schizophrènes, reste toujours importante à l'heure actuelle malgré l'amélioration des soins institutionnels et thérapeutiques, soulevant ainsi des interrogations quant à l'étiopathogénie et à la prise en charge de cette maladie.

Les différentes études retrouvent de façon constante une mortalité supérieure par rapport à la population générale, avec des ratios standardisés variant de 2 à 4, et une espérance de vie diminuée de 10 ans [51]. Cette surmortalité avait déjà été notée par les anciens auteurs, tel Kraepelin en 1919 qui soulignait que la vie des « déments précoces » était menacée, le suicide survenait à n'importe quel stade de la maladie, et la symptomatologie négative, la malnutrition, et le peu de coopération des patients dans le traitement des maladies intercurrentes favorisaient la surmortalité de ces patients [37].

De même, Bleuler en 1950 remarqua que la schizophrénie était associée à un taux de surmortalité de 1,4.

Les décès résultaient des « conséquences indirectes de la psychose : refus de nourriture, accidents intentionnels ou involontaires, suicide, tuberculose et autres maladies résultant d'une mauvaise hygiène de vie » [11].

Avec l'amélioration des prises en charge des patients ainsi que l'introduction des neuroleptiques, la mortalité des patients a diminué, notamment face à la tuberculose et aux maladies infectieuses, néanmoins il persiste toujours un risque de mortalité supérieur, par rapport à la population

générale, que ce soit pour les morts non naturelles (suicides, accidents) (52] ou les morts naturelles [4,50].

Près de la moitié des schizophrènes réalisent une tentative de suicide au cours de leur existence, alors que 10% à 15% finissent par se suicider.

Le risque par décès étant 5 fois plus élevé que dans la population générale (17).

Une grande étude menée en 1973 par F.KACHA (30 ,31) dans le service de réanimation à Alger a comptabilisé **503** cas de TS et une autre réalisée par A.BELAID à l'EHS Cheraga(2004) sur les conduites suicidaires chez les schizophrènes hospitalisés montre un taux de **46.40%** de TS(7).

K. Aiouaz (1) dans sa thèse concernant les conduites suicidaires chez les schizophrènes (these pour l'obtention de DESSM) retrouve que 14% de schizophrènes suicidaires ont fait auparavant 2 tentatives de suicide et plus).

S.Bouhleb et col dans « les facteurs liés aux tentatives de suicide dans une population tunisienne de patients atteints de schizophrénie (Encéphale 2013,39 -6-12) retrouve une prévalence de tentative de suicide de 32% et la moitié des suicidaires sont des récidivistes

Le suicide dans la schizophrénie reste donc un problème de santé mentale et l'élaboration des stratégies nécessaires à sa prévention passent par l'identification des facteurs de risque (individuels ou de groupes).

C'est dans cette optique que j'ai opté pour ce travail épidémiologique et comparatif entre le schizophrène suicidaire et le non suicidaire afin d'arriver à élucider les facteurs de risque suicidaires présents chez l'un et absents chez l'autre et en faire une démarche préventive contre d'éventuel passage à l'acte auto-agressif chez les schizophrènes.



Ma démarche consiste à recruter tous les schizophrènes qui sont hospitalisés à l'EHS de Constantine et aux urgences médicales du CHUC pour le motif de tentative de suicide et comparer les items sociodémographiques, psychopathologiques, cliniques et thérapeutiques avec ceux d'autres schizophrènes hospitalisés à l'EHS mais pour des motifs autres que tentative de suicide.

C'est un travail qui s'étale sur une année et consiste à comparer 50 schizophrènes suicidaires avec 100 autres schizophrènes non suicidaires.

Une fiche technique est réalisée pour la circonstance (voir annexe) et qui inclut plusieurs items.

Les résultats et les analyses qui s'en suivent dans la partie pratique permettront :

- une esquisse d'élucidation de facteurs de passage à l'acte suicidaire et de facteurs dits protecteurs de passage à l'acte et de savoir les déceler à temps.
- une esquisse de prévention dont c'est ma principale motivation dans cette étude qui me permettra d'asseoir des bases et des recommandations qu'elles soient scientifiques, familiales, sociales, politiques et mêmes éthiques.

Les schizophrènes semblent commettre des actes suicidaires pendant des périodes dépressives, des épisodes de décompensation psychotique aigue mais également suite à des événements de vie stressants(36).

Les méthodes utilisées par les schizophrènes pour le passage à l'acte sont plus violentes et donc plus létales que dans la population générale(48).

Par ailleurs les suicides chez les schizophrènes sont souvent planifiés et commis dans des lieux isolés traduisant une forte intentionnalité suicidaire(34) et la prédiction du suicide dans la schizophrénie, comme dans les autres troubles mentaux reste extrêmement difficile.

Alec Roy conclut ainsi le chapitre « Suicide » du *Traité de Psychiatrie* de Saddock et Kaplan : «Malheureusement, il n'est pas possible de prédire le suicide ; on peut tout au plus identifier les groupes à risque » (autrement dit, pour échapper à la possible critique d'une certaine contradiction, on peut dire qu'on ne dispose pas actuellement des bons déterminants pour prédire le suicide).

Chez 4 800 patients psychiatriques, on a évalué 21 items considérés comme des facteurs de risque suicidaire ; 803 patients (15 %) furent classés : « à haut risque ».

Au bout de 5 ans, 67 des 4 800 patients étaient morts par suicide.

Moins de la moitié (30/67) faisaient partie de l'échantillon « à haut risque » et plus de la moitié (37/67) n'avaient pas été repérés comme étant « à risque suicidaire », ainsi, 95,39 % patients (soit 766 sur 803) identifiés comme étant à risque ne se sont pas suicidés au cours de ces 5 années. Fallait-il les garder en hospitalisation pendant tout ce temps ?

On a voulu construire des échelles de prédiction du risque suicidaire. Elles sont rassemblées dans le compte-rendu de la réunion de Bordeaux du FUAG [12] et reprises dans le livre de P. Hardy [22].

Elles sont d'une utilité restreinte, par ailleurs, les études prospectives sont difficiles à réaliser ; c'est sans doute la raison de leur rareté.

La clinique pourrait-elle avoir une possibilité de prédiction et de prévention du suicide en délimitant certains facteurs de risques qu'il faudrait rechercher systématiquement, d'où l'intérêt des études prospectives chez les malades psychiatriques.

Afin de mieux cerner les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les schizophrènes, nous nous sommes proposés d'étudier 150 malades schizophrènes admis à l'EHS de Constantine et aux urgences médicales du CHUC ayant soit le diagnostic de schizophrénie selon le DSM IV et les troubles schizoaffectifs selon l'ICD10 dont 50 malades schizophrènes sont admis pour tentative de suicide.

Tous les malades ont pris part au questionnaire élaboré pour la circonstance ainsi que l'échelle PANSS.

Notre travail est composé de cinq chapitres.

**Dans le premier chapitre** : nous évoquerons quelques notions théoriques des conduites suicidaires chez les schizophrènes et l'évolution des concepts

Nous évoquerons les raisons des conduites suicidaires et une description des situations suicidaires en essayant de donner des modèles explicatifs

Nous rappellerons les travaux et les recherches nationaux et internationaux sur les facteurs de risque suicidaires.

Chaque facteur de risque sera abordé selon les différentes études nationales et étrangères.

**Dans le second chapitre** : nous exposerons le protocole d'étude de notre travail en particulier la problématique de cette recherche et ses objectifs et présenterons le questionnaire.

**le troisième chapitre** sera consacré aux résultats de notre étude.

**Le quatrième chapitre** nous permettra de discuter ces résultats puis de synthétiser les facteurs de risque suicidaires éventuels.

**Dans le cinquième chapitre**, nous développerons les propositions cliniques, thérapeutiques et organisationnelles qui permettent de diminuer le taux de suicide.

Le choix d'un tel sujet nous a été judicieusement suggéré par notre maître et directeur de thèse le Professeur Kacha s'impose pour diverses raisons : le nombre significativement élevé des schizophrènes jeunes pour la plupart qui surchargent nos services et hôpitaux psychiatriques (plus de 80% du total des admissions annuelles dans le constantinois) serait à lui seul suffisant pour mobiliser notre intérêt.

L'équipe médicale et paramédicale de l'EHS de Constantine a été estimée à maintes reprises en justice, la plupart étaient autour du suicide à l'hôpital de certains schizophrènes, motif qui nous a incité à approfondir nos recherches sur les causes du suicide et la meilleure façon de le prévenir.

# *CHAPITRE I*

## *LES ASPECTS THEORIQUES*

## 1. GENERALITES

La schizophrénie est une maladie dévastatrice pour son impact sur les sujets, leurs familles, les services médicaux et la société dans son ensemble.

Le suicide est un événement dramatique, fréquent dans la pathologie schizophrénique.

Une analyse précise des situations suicidaires et une connaissance des facteurs de risque généraux et spécifiques sont indispensable au développement des stratégies de prise en charge.

La prédiction du suicide dans la schizophrénie comme dans les autres troubles mentaux reste extrêmement difficile.

Nous allons reprendre les données de la littérature concernant les facteurs de risque des conduites suicidaires dans la schizophrénie en les examinant dans les aspects démographiques, cliniques, psychosociaux, biologiques et thérapeutiques.



## **2. DEFINITIONS**

**2.1 Le suicide** : ou « meurtre de soi même », c'est une conduite spécifiquement humaine.

Dans le Littré, le suicide est défini comme « l'action de celui qui se tue lui-même »

Il apparaît pour la première fois dans l'édition de l'académie de 1762, puisque auparavant on parlait « d'homicide de soi-même »

Malgré les avancées dans le domaine des libertés individuelles, le suicide reste condamné par la société civile et religieuse

Esquirol qui considère le suicide comme la conséquence d'une maladie, va lutter contre ces préjugés

Il résume le but de son ouvrage dans la phrase suivante « je dois me borner à faire connaître le suicide comme un des objets les plus importants de la médecine clinique »

Dans le chapitre intitulé « Du suicide », Esquirol veut modifier les mentalités et faire admettre le suicidant comme un malade psychiatrique.

« Je crois avoir démontré que l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicides sont aliènes »

Sous la direction de son maitre Pinel, Esquirol évoque plusieurs causes potentielles à l'origine du suicide autre que la maladie mentale

On imagine alors une possibilité de formes de passage entre le normal et le pathologique, de plus il met en valeur une notion qui sera reprise par les sociologues qu'est la responsabilité et l'influence de la société dans le suicide.

Emile Durkheim (1897), estime que le suicide est la résultante des pressions extérieures à l'individu (familiales, sociales, religieuses..) et le définit de la façon suivante « la fin de la vie résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer ».

Il s'agit d'un comportement volontaire, actif, limité dans le temps souvent instantané, classiquement intentionnel (M. Bourgeois 1997), cependant cette définition ne fait pas la distinction entre les motivations conscientes et les motivations inconscientes de l'acte suicidaire.

Pour P.Courtet, le suicide est la mort auto-infligée avec évidence (implicite ou explicite) de l'intention de mourir.

Le suicide est défini essentiellement d'une de ces trois façons

- un acte délibéré d'autodestruction dont résulte la mort
- un acte conscient autodirigé avec intention de mourir
- un acte auto-infligé menaçant la vie, dont résulte la mort.

Les conditions nécessaires pour définir le suicide selon l'étude OMS EURO sur le para suicide sont : responsabilité, connaissance du potentiel léthal de l'acte, intention de mourir/provoquer des changements que le sujet assume préférer comme « condition pour vivre », le contraire étant perçu comme insupportable.

Dans la théorie psychanalytique, le suicide serait l'aboutissement du processus sadique qui se déploierait contre l'objet perdu intériorisé en soi (introjection)( cas de l'état mélancolique qui suit la perte d'un être cher), comme

si on essayait de détruire les traits d'une autre personne qui vit à l'intérieur de son psychisme

Les approches cognitives mettent l'accent sur les dysfonctionnements de traitement de l'information à l'origine de distorsions cognitives.

Le sujet déprimé a tendance à présenter des distorsions négatives sur lui-même, le monde extérieur et le futur, ainsi le contenu du schéma cognitif est globalement négatif et donne une interprétation négative et dépressive aux événements de vie ( Samuel la jeunesse, I.Mehran 2004).

Selon J.Cottraux (2001), « le déprimé se maltraite en traitant mal l'information », ainsi lorsque le patient est dépassé par son système cognitif qui ne lui laisse aucune issue, il ressent un grand sentiment de désespoir le conduisant alors au suicide.

Dans les approches psychologiques, trois conditions sont nécessaires pour envisager le suicide : une douleur morale intense, une perturbation psychologique importante et une forte pression des circonstances de la vie (Mishara 2004).

Les recherches actuelles menées en psychiatrie biologique, proposent l'implication de la sérotonine dans le suicide de par son influence sur l'impulsivité.

Des études ont montré que parmi les patients déprimés, ceux présentant un déficit en 5 HIAA dans le liquide céphalo-rachidien, avaient un risque suicidaire plus important et adoptaient des modes plus violents

Selon Deniker (2000) « une activité sérotoninergique basse favoriserait la capacité à ressentir de la colère, agir de façon violente et agressive, auto ou hétéroagressive

Ainsi on peut suggérer que les comportements suicidaires ont des supports biologiques indépendants des troubles psychiatriques ( Mann 1999).

Concernant la schizophrénie qui affecte 1 à 1.5% de la population, en Algérie le nombre de sujets souffrants de schizophrénie est évalué à 300.000(F.Kacha in rapport sur la sante mentale en Algérie.2004)

C'est une pathologie fréquente d'évolution bien souvent chronique, au pronostic lourd source de désinsertion socioprofessionnelle et d'isolement affectif

La mortalité toutes causes confondues est 5 fois supérieure à la population générale (16), l'espérance de vie est réduite de 20%(4).

Plusieurs hypothèses sont avancées pour tenter d'expliquer cette surmortalité : limitation de l'accès et du recours aux soins( du fait de leurs pathologies, de leurs difficultés économiques, de l'attitude du milieu médical, de la stigmatisation), associations de facteurs de risque( hygiène de vie de mauvaise qualité, sédentarité, surpoids, tabagisme et autres consommations toxiques), vulnérabilité constitutive aux maladies somatiques, effets secondaires des traitements psychotropes, vulnérabilité du suicide....

Bleuler considérait déjà la suicidalité comme « le symptôme schizophrénique le plus sérieux ».

Il s'agit de la première cause de mortalité prématurée dans cette population, le suicide concerne 9 à 13% des sujets, ce qui représente un risque 20 fois supérieur à celui de la population générale (16) et 30 à 50% de ces patients font au moins une tentative de suicide au cours de leur existence(37).

C'est un événement dramatiquement fréquent, une analyse précise des situations suicidaires et une connaissance des facteurs de risque généraux et

spécifiques sont indispensables au développement de stratégies de prise en charge.

## 2.2 Les tentatives de suicide

La tentative de suicide représente un comportement auto-infligé, potentiellement dangereux, sans issue fatale, pour lequel il existe une preuve ( explicite ou implicite) de l'intention de mourir et toute définition d'une TS doit incorporer le désir de mourir ainsi que la vraie intention de se tuer soi-même ( Silverman).

L'intention est décrite comme le désir ou la volonté consciente de quitter ( ou de s'échapper de) la vie que l'on connaît, ou comme l'intensité du désir du patient d'en finir avec sa vie.

L'intention est un élément essentiel de la définition du suicide et des tentatives de suicide, qu'elle distingue des actes non suicidaires

Linchen décrit deux types d'intentions : implicite inférée par le comportement et explicite, directement communiquée par le sujet.

Le degré de gravité varie selon les tentatives de suicide allant des formes mineures aux formes graves, certains chercheurs prétendent que le facteur de gravité n'est pas le reflet du degré d'intention de l'individu qui a commis l'acte.

Les tentatives de suicide sont plus difficiles à comptabiliser que les suicides car beaucoup ne sont pas pris en charge par un médecin, cependant les études mentionnent au moins 100 tentatives de suicide pour un suicide complété.

Pour KACHA (31,33) qui retrouve près de 10% de malades hospitalisés le sont pour une TS, avec importance des psychotiques (07 schizophrène et 06 PMD et note l'insuffisance de la durée d'hospitalisation pour ces malades.

ALLOUANI (5), sur 100 TS recensées, 17% sont des schizophrènes célibataires et 60% parmi eux consomment un toxique (cannabis)

KREITMAN et al, ( Mishara 2004) parlent de para suicide pour définir les tentatives de suicide, ils suggèrent que les sujets faisant une tentative de suicide ont des caractéristiques différentes de celles des personnes qui décèdent par suicide.

Le terme de para suicide caractérise les sujets dont les efforts pour se donner la mort sont non létaux

Toutefois les notions de tentative de suicide et de suicide se chevauchent, en effet une personne n'ayant pas l'intention de se tuer peut avoir ingéré par ignorance une dose mortelle de médicaments, de même il se peut qu'un sujet désirant réellement mourir soit réanimé à temps et sauvé ainsi de son geste.

Concernant le devenir des ces tentatives de suicide, plusieurs modalités évolutives sont possibles

Parmi elles la récurrence est toujours à redouter d'ailleurs elle varie entre 15 25% dans l'année suivant l'acte (Kreitman 1977).

Pour Hawton les facteurs associés au risque de récurrence sont :

- Tentatives antérieures
- Trouble de la personnalité
- Conduite addictive
- Traitement psychiatrique antérieur
- Chômage
- Classe sociale défavorisée
- Antécédent de violence et actes médico-légaux
- Le célibat, divorcé, séparé

Enfin il est suggéré l'élimination de l'usage de : suicide réussi ou accompli (connotation d'un succès) ou commettre un suicide, tentative échouée (dénote l'échec de la TS).

### 2.3 Les équivalents suicidaires

Il s'agit de comportements mettant en jeu la vie d'un sujet chez qui le désir de mourir n'est pas exprimé (Vindreau 1987) et on peut évoquer

- Les morts accidentelles qui peuvent après-coup être reconnues comme de véritables suicides inconscients
- Les comportements autodestructeurs ou équivalents suicidaires symboliques.

Ces différents comportements sont souvent agis de façon impulsive, leur signification est occultée par le sujet, ils « court-circuitent » sur le moment toute élaboration psychique, notons enfin que leur incidence reste difficile à évaluer.

Les morts accidentelles sont fréquentes chez les adultes et les adolescents, en effet il n'est pas rare que certaines morts restent incompréhensibles et qu'il persiste un grand doute concernant leur survenue et les circonstances mystérieuses dans lesquelles elles ont bien pu se produire et l'intention suicidaire passe souvent inaperçue (certains accidents de la voie publique).

Quand aux comportements autodestructeurs, ils ne provoquent pas de risque vital à court terme, mais diminuent l'espérance de vie sur le long terme (Mishara 2004).

Ils peuvent revêtir des formes d'expression très variées comme le refus d'un traitement pourtant indispensable, les automutilations ou encore les conduites toxicomaniaques.

### **3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LES CONDUITES SUICIDAIRES ET SCHIZOPHRENIE.**

#### **3.1 Situations suicidaires chez les patients souffrant de schizophrénie**

##### **3.1.1 Quand les sujets souffrant de schizophrénie se suicident-ils ?**

C'est au cours des phases précoces de la maladie, en particulier la première année qui suit le diagnostic que les patients se suicident le plus souvent(44).

Le suicide survient plus volontiers au cours des épisodes aigus de la maladie, surtout du premier épisode psychotique(24).

Mais la vulnérabilité serait maximale dans la semaine(47) et dans les trois mois(46) qui suivent la sortie des unités d'hospitalisation psychiatrique.

##### **3.1.2. Comment les sujets souffrant de schizophrénie se suicident-ils ?**

Les patients souffrant de schizophrénie ont volontiers recours à des méthodes violentes, garantissant de plus lourdes conséquences en termes de morbidité.

La létalité des moyens employés traduit une plus forte intentionnalité suicidaire, **Kreyenbuhl** et coll. *In schizo Res (circonstances of suicid among individuals with schizophrenia* ( 36), énumèrent les procédures suivantes :

- ✓ Défenestration, saut dans le vide (40%)
- ✓ Intoxication médicamenteuse volontaire (27%)
- ✓ Noyade (13%)
- ✓ Pendaison (07%)
- ✓ Automutilation par arme blanche (07%)
- ✓ Blessure par arme à feu (07%)



- ✓ Autres : immolation, empoisonnement, interposition sur la circulation (01%)

Le ratio tentative de suicide-suicide est de quatre chez les sujets souffrant de schizophrénie alors que dans la population générale ce ratio oscille entre 10 et 20.

### 3.1.3. Pourquoi les sujets souffrant de schizophrénie tentent de se suicider ?

Les raisons invoquées pour justifier leurs tentatives de suicide sont (24) :

- ✓ La description de symptômes dépressifs (50%)
- ✓ Des motifs d'ordre psychotique : idées de persécution, ordres hallucinatoires, idées d'influence..(35%)
- ✓ Perte d'un proche (25%)
- ✓ Événement de vie stressant (20%)
- ✓ Victime d'abus physique et/ou de discrimination (06%)
- ✓ Autres : effets secondaires des traitements psychotropes, abus de substances..(18%)

### 3.2 Modèles explicatifs :

- a) **Modèle génétique** : les recherches portant sur la physiopathologie du suicide se sont intensifiées au cours de cette deuxième moitié du XXe siècle, une attention particulière s'est portée sur l'identification d'une héritabilité du risque de passage à l'acte suicidaire

Les études familiales retrouvent un parent du premier degré présentant ou ayant présenté des conduites suicidaires chez 06 à 11% des suicidés (39)

Les études de jumeaux ont été déterminantes dans la mise en évidence d'une origine génétique du risque, chez les jumeaux homozygotes il existe une

concordance significative de 10 à 18% pour les suicides et les tentatives de suicide, elle est plus importante que pour les jumeaux dizygotes (39).

Plusieurs gènes candidats ont été proposés, l'intérêt des chercheurs concerne essentiellement les gènes impliqués dans le métabolisme de la sérotonine, en particulier le polymorphisme du gène codant pour le transporteur de la sérotonine (15).

**b) modèle sérotoninergique** : un système sérotoninergique central défaillant semble caractériser les sujets suicidants

- baisse de la concentration en acide 5-hydroxyindol-acétique, métabolite de la sérotonine dans le LCR
- insuffisance des sites transporteurs
- augmentation du nombre des récepteurs post-synaptiques
- neurones sérotoninergique plus nombreux, mais petits et hypo fonctionnels

Cet ensemble de caractères biologique et stable dans le temps chez un même sujet, permettant de définir un « *trait sérotoninergique* » commun à l'impulsivité et à la suicidalité.

Par ailleurs, l'étude de la neurobiologie de la schizophrénie révèle un trouble du métabolisme sérotoninergique pouvant témoigner d'une vulnérabilité biologique des patients souffrant de schizophrénie au risque de suicide(15).

**c) Autres modèles biologiques** : la perturbation des systèmes des neurotransmissions (dopamine, norépinephrine, neuropeptide Y (14)), une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien (45) ou encore un bas taux de cholestérol sérique (25) seraient associés à la survenue de comportements suicidaires chez les patients souffrant de schizophrénie.

**d) Modèle sociobiologique :** selon ce modèle, développé par Catanzaro, il existe une corrélation négative entre les taux de suicide et les capacités d'autoconservation et de reproduction du sujet.

Les personnes manifestant des difficultés relationnelles avec le sexe opposé, une mauvaise santé et une faible insertion sociale, telles celles souffrant de schizophrénie, sont particulièrement exposées au risque de suicide (40)

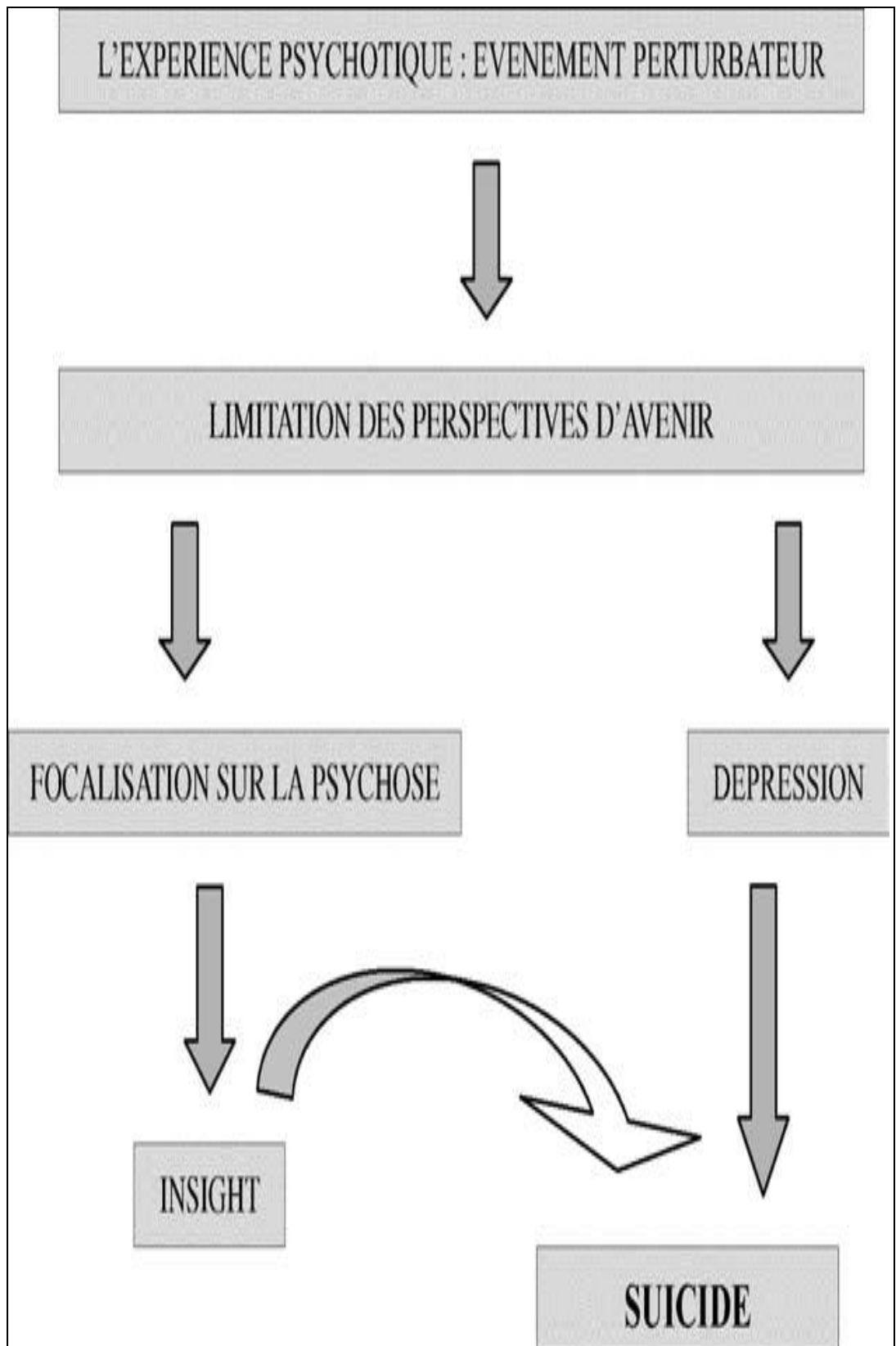
**e) Modèle cognitif :** l'expérience psychotique que vit le sujet est considérée dans ce modèle comme un événement hautement perturbateur.

L'individu se retrouve soudain confronté à une limitation de ses perspectives d'évolution sociale, d'insertion professionnelle, de construction familiale.

L'attention du sujet se focalise sur l'événement psychotique, ce qui va contribuer à renforcer l'insight

Par ailleurs, la confrontation au handicap amène l'apparition d'un sentiment d'infériorité, de dévalorisation et d'autoaccusation, puis le développement de la dépression

Insight, dégradation du fonctionnement et dépression conduisent à la genèse de comportements suicidaires(26) (fig.1).



**Fig.1 : Modèle cognitif des conduites suicidaires dans la schizophrénie.**

#### **4. FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE ET SCHIZOPHRENIE**

Le suicide est la principale cause de décès prématuré chez les patients souffrant de schizophrénie.

Certaines études rapportent que près de la moitié des décès sont des suicides et que le ratio standardisé de mortalité par suicide ( RSM : ratio entre les effectifs attendus en fonction du niveau de mortalité à la population générale et les effectifs observés chez les patients, pour une variable donnée, établissant le risque relatif des patients par rapport à la population générale) est d'environ égale à 20.

Les patients souffrant de schizophrénie représentent ainsi un des sous-groupes les plus à risque.

Pour illustration, une étude longitudinale de un an portant sur 3470 patients souffrant de schizophrénie, rapporte que parmi les 42 décès observés, 25 sont des suicides, ce qui représente 25 fois ce que l'on peut observer en population générale (Casadebaig et al, 1998)

D'autres auteurs retrouvent un Odd Ratio (rapport des cotes de la maladie chez les exposés versus ceux qui ne le sont pas) oscillant entre 10 et 50, mais malgré ces variations, les différentes études à travers le monde s'accordent pour dire que la maladie schizophrénique transfère aux patients un important risque de suicide (Caldwell et Gottesman 1992).

Bien que le suicide soit classiquement décrit chez ces patients comme imprévisible et étrange (Bourgeois 1997), on peut retrouver des signes prodromaux de type psychologique et physique suivants : irritabilité, anxiété, agitation ou au contraire ralentissement, anorexie, perte de poids.

A l'inverse, certains sont considérés comme améliorés dans la période précédant le suicide.

Dans l'étude menée par Drake et al (1984) sur 15 patients hospitalisés entre 1976 et 1980, et qui se sont suicidés, les deux tiers avaient verbalisés leur intention de se tuer au cours d'au moins une admission, ceci permet de mettre l'accent sur l'importance de la mise en place de mesures de prévention.

Parmi les facteurs de risque de suicide que l'on évoquera chez les patients souffrants de schizophrénie, certains sont spécifiques de ce trouble, d'autres retrouvés dans l'épidémiologie du suicide en général, comportent cependant quelques particularités dans cette pathologie.

#### 4.1 Facteurs socio-démographiques :

##### 4.1.1 Rôle du sexe :

Le sexe masculin est un facteur de risque de suicide

Les données de la littérature rapportent que le sexe masculin est un facteur de risque de suicide dans la schizophrénie (17), (10).

Le risque absolu du suicide serait alors plus élevé chez les hommes que chez les femmes tout groupe d'âge confondu.

L'étude menée par Casadebaig en 1999 montre que le sexe représente une variable discriminante avec un taux de trois quarts des suicidés correspondants au sexe masculin versus deux tiers pour la cohorte

Mortensen en 1998 retrouve que les décès par suicide représentent 50% des causes de décès chez l'homme versus 35% chez la femme.

De plus, il constate que les risques relatifs sont maximum chez les patients âgés de moins de 29 ans (pour les deux sexes).

Cependant, jusqu'à l'âge de 60 ans, le risque relatif est plus élevé chez les sujets de sexe féminin alors qu'on observe le phénomène inverse pour des âges supérieurs à 60 ans (fig. 2), le taux de suicide est toutefois supérieur chez les hommes pour toutes les classes d'âge

K.AIOUAZ (1) dans son étude retrouve un taux de 68% des cas de schizophrènes suicidant de sexe masculin contre 32% de sexe féminin.

Bralet m.c et al (11) retrouvent une prédominance masculine dans son étude prospective de 08 ans concernant la mortalité chez le schizophrène lors d'un suivi de 150 malades (76% pour les hommes contre 23% pour les femmes)

Benabbas .M , dans « autopsies psychologiques des suicides à l'Est Algérien retrouve sur 1263 suicides répertoriés sur dix ans (1995 -2003), 33% ont un diagnostic psychiatrique et 06% sont des schizophrènes, et le sex-ratio est de 03 hommes pour 01 femme.

Selon certains auteurs les suicides chez les hommes schizophrènes ont lieu le plus souvent dans les deuxième et troisième décennies, alors que chez la femme la distribution se fait de façon plus égale à travers les différents groupes d'âges

Les femmes se suicideraient en moyenne 06 ans plus tard que les hommes.

Une méta analyse datant de 2005(Hawton) et regroupant 29 études de cohorte et cas témoin, s'est intéressée aux facteurs de risque impliqués dans la schizophrénie et retrouve en faisant la synthèse de toutes les études, que le sexe masculin est associé au risque de suicide.

En effet sur les 12 études utilisées pour la variable « sexe »,7 suggèrent que le sexe masculin comme un facteur de risque.

Dans une autre étude comparant 30 suicides de schizophrènes avec 30 sujets témoins, Roy (1992) s'est intéressé aux facteurs de risque de suicide et les résultats confirment la prépondérance du suicide chez les sujets masculins (80%) ainsi qu'à un début à un âge plus précoce

De plus cet auteur suggère que les hommes se suicident après une durée d'évolution de maladie plus courte que les femmes.

D'autres auteurs tel que De Hert et Peuskens (2003) ont étudié les facteurs de risque de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie, notamment lors d'une étude prospective incluant 870 patients( 536 hommes et 334 femmes),diagnostiqués comme étant des schizophrènes ( critères DSM IV) et ayant moins de 30 ans lors de l'inclusion.

Après un suivi de 11.4 ans environ, on constate que 63 patients se sont suicidés (49 hommes et 14 femmes) dont l'âge moyen est de 28.5 ans.

Ainsi la fréquence du suicide chez les hommes est le double que chez les femmes (9.1% contre 4.2%)

Ces résultats tendent à confirmer le fait que le sexe masculin représente un facteur de risque de suicide chez patients souffrant de schizophrénie.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ces différences entre les deux sexes

Dans la pathologie schizophrénique, les femmes tendent à débiter plus tard la maladie et ses complications, la réponse au traitement ainsi que l'évolution seraient meilleures dans la population féminine



Ces facteurs expliquent peut être la différence des genres retrouvée au niveau des taux de suicide de ces patients.

En effet un début précoce de la maladie chez les hommes, associé à une évolution sévère peut engendrer des difficultés d'adaptation sociale, certains auteurs évoquent également le potentiel rôle protecteur des œstrogènes chez la femme jeune et d'âge moyen (Montross, 2005).

#### 4.1.2 : le rôle de l'âge

Les comportements suicidaires, quels qu'ils soient, sont plus fréquents chez le sujet jeune.

L'âge moyen du suicide dans la population souffrant de schizophrénie est de 34 ans, le taux de suicide diminue avec l'âge pour atteindre 5% chez les plus de 70 ans

La détermination suicidaire semble néanmoins considérablement majorée chez les sujets âgés

Pour F. KACHA (30, 31,32), il faut insister sur l'âge précoce des jeunes qui font des tentatives de suicide

Pour les sujets schizophrènes suicidants l'âge moyen est de 32.26 ans ( 1)

Ainsi, si le ratio tentative de suicide-suicide avéré oscille entre 100 et 200 chez l'adolescent, il ne dépasse pas 6 chez le sujet de plus de 70 ans.

En 2005, Pompili a réalisé une revue de la littérature, portant sur des articles publiés entre 1966 et 2003, dans le but d'identifier les facteurs de risque de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie hospitalisés ou sortis récemment de l'hôpital.

Selon les résultats, les patients « jeunes » sont plus à risque de suicide.

En effet, d'après une étude de cohorte portant sur un échantillon de 9156 ( 5658 hommes et 3498 femmes) hospitalisés pour la première fois pendant la période de 1970 à 1987 et diagnostiqués comme souffrant de schizophrénie, Mortensen (1993) annonce que les patients âgés de moins de 30 ans ont 50 fois plus de risque de se suicider même après 5 ans de suivi ;contrairement aux autres groupes d'âge ou le risque de suicide, bien que plus élevé que dans la population générale, diminue nettement après la première année de suivi.

Ces résultats sont en accord avec ceux d'une étude canadienne, ou Newman Bland (1996) rapportent que dans la tranche d'âge de 10-29 ans, les patients souffrant de schizophrénie présentent 33 fois plus de risque de se suicider que la population générale, alors que ce risque passe à 18 fois pour les 30-49 ans et à 7 fois pour les 50-69 ans.

Une autre étude portant sur 15 patients hospitalisés entre 1996 et 1980 et qui se sont suicidés par la suite, rapporte que la moyenne d'âge de ces patients était de 31.7 ans ( Drake).

Selon M. Bourgeois (1999), un âge inférieur à 30 ans est considéré comme un facteur de risque dans la pathologie schizophrénique.

Pour Montross (2005), la moyenne d'âge des patients qui se suicident est de 33 ans (avec un écart de 22 à 40 ans).

Casadebaig (1999) s'est également intéressé à la mortalité chez les patients souffrant de schizophrénie

Dans une étude portant sur 3470 patients souffrant de cette maladie âgés de 18 à 64 ans, il observe sur une période de 03 ans les causes de décès de ces sujets ainsi que les taux de mortalité correspondant.

Il ressort que 59% des patients suicidés ont moins de 35 ans alors que les moins de 35 ans ne représentent que 37% du total de la cohorte des patients.

Dans une étude rétrospective comparant les caractéristiques socio-démographiques et psychopathologiques de 15 patients souffrant de schizophrénie qui sont décédés par suicide avec 82 patients souffrant de schizophrénie décédés d'autres causes de mortalité, D.L.Kelly et al (2004) retrouvent que la moyenne d'âge des patients suicidés est plus jeune que celles des patients décédés d'autres causes.

On peut émettre plusieurs hypothèses quant à l'augmentation du risque de suicide chez les jeunes patients souffrant de schizophrénie

Les symptômes positifs tels que le délire, les hallucinations, le trouble du cours de la pensée mais aussi les symptômes thymiques seraient prévalents chez les patients les plus jeunes, ce qui pourrait expliquer le taux de conduites suicidaires plus élevé (Pfohl et Winokur 1996).

En effet, on constate un accroissement des symptômes négatifs et des troubles cognitifs avec l'âge, permettant de conclure à une diminution de l'impulsivité et une perte de l'initiation tant physique que psychique avec pour conséquence un risque suicidaire moindre.

De plus, le sentiment de désespoir associé à la prise de conscience de la maladie serait moindre chez les patients âgés, du fait de l'altération de leurs capacités cognitives.

Pour comparaison avec la population générale, l'âge moyen au moment du décès est de 8.6 ans inférieur pour les patients souffrant de schizophrénie ; 34.5 ans versus 43.1 ans pour la population générale de 18 à 65 ans (Casadebaig 1998).

### 4.1.3. Facteurs ethniques

Le rôle de l'ethnie en tant que facteur de risque de suicide est parfois retrouvé.

Ainsi, pour Montross, l'ethnie n'est pas un facteur de risque spécifique de cette pathologie puisque les caucasiens ont les taux de suicide les plus élevés au sein de la population générale.

De même, lors d'une étude rétrospective comparant les circonstances de suicide des individus souffrant de schizophrénie avec celles des sujets non atteints, Kreyenbuhl(2002) retrouve que la plupart des patients dans les deux groupes sont caucasiens (19).

Quant à son étude sur l'épidémiologie du suicide, Bourgeois (1997) suggère que la race caucasienne est un facteur de risque de suicide chez les schizophrènes pour les états unis ou il existe une grande diversité ethnique et culturelle.

D.L. Kelly et al. (34), en comparant une population de schizophrènes qui se sont suicidés avec une autre population de schizophrènes mais qui sont décédés d'autres causes avaient constaté que la race blanche est un des facteurs de risque pour les personnes atteintes de schizophrénie qui se suicident.

#### 4.1.4 Rôle de l'environnement (familial, social et professionnel).

Concernant l'environnement familial, certaines études tendent à montrer que le fait d'être non marié ou bien célibataire est un facteur de risque de suicide chez le schizophrène ( Casadebaig et al 1999), comme il l'est d'ailleurs au sein de la population générale

Bien que des données basées sur 15 études ne soient pas statistiquement significatives, la méta-analyse menée par Hawton ( 2005) suggère que les patients mariés ou vivants en famille sont associés à un risque moindre de suicide

Cependant, au cours de l'analyse solide de 16 études lors de ces mêmes travaux, le fait d'être célibataire n'apparaît pas comme un facteur de risque suicidaire.

De plus cette méta-analyse révèle que le divorce n'aurait pas d'influence sur le risque de suicide chez les schizophrènes.

Plusieurs études démontrent qu'avoir des enfants représente un facteur de protection contre le suicide.

Dans l'étude dirigée par Hawton (2005), ce facteur n'a été examiné que dans deux études.

Cependant, il apparaît comme un facteur de protection vis-à-vis du suicide avec un Odd Ratio égal à 0.69 (IC 95% :0.34-1.38).

L'isolement social apparaît également comme un facteur de risque (19) (Montross 2005, De Hert et al 1998).

On peut aussi y associer le manque de communication avec l'entourage à la fois familiale et médicale.

Ces résultats sont corroborés par les travaux de Hawton en 2005 qui montrent que les patients vivants isolés ou sans leur famille sont plus à risque de suicide.

Il affirme aussi que l'inverse n'est pas nécessairement vrai ; à savoir que, dans cette étude, le fait de vivre en famille n'est pas associé de façon significative à une dimension du risque suicidaire.

Lors de la revue de littérature qu'ils ont mené, Montross et al en 2005 suggèrent qu'un réseau familial et social de qualité (amis, collègues, professionnels de santé) permet de limiter les idées de suicide chez les schizophrènes.

Toutefois, dans la méta-analyse de Cohen, le nombre d'amis dans l'entourage du patient n'apparaît pas associé au risque de suicide.

Il convient de rajouter que pour ces patients, l'environnement social peut également avoir un rôle délétère, surtout lorsqu'il induit une forte pression sociale en quête de normalité.

Il apparaît nécessaire d'aborder la question de l'entourage en terme de psychopathologie.

Les antécédents familiaux de dépression apparaissent corrélés au risque de suicide, de plus les événements de vie peuvent se révéler suicidogènes dans la vie de ces patients, notamment les pertes récentes de personnes proches c'est ce que suggère Montross (2005)

Les pertes tragiques peuvent devenir l'élément déclencheur d'un passage à l'acte, en effet Breier et Astrachan retrouvent que les événements de vie stressants auraient moins d'impact sur les suicides des schizophrènes que sur celui des personnes ne présentant pas cette pathologie.

Dans l'étude rétrospective qu'ils ont menée, Funabashi et al (2002) suggèrent que l'ordre de naissance au sein de la fratrie serait impliqué en tant que facteur de risque de suicide chez les patients souffrants de schizophrénie.

En effet, selon Lester (1989), les aînés de la fratrie auraient l'occasion d'être les « leaders » de la famille, les benjamins seraient plus facilement choyés, tandis que les cadets se sentiraient ignorés et davantage délaissés.

Le fait d'avoir un travail représenterait un facteur protecteur et le chômage un facteur de risque ( Roy, Bourgeois, 1999), comme le souligne l'étude réalisée par Drake en 1994 où 93% des suicidés se sont révélés être au chômage.

De Hert et Peuskens ont remarqué que les suicidés ont plus fréquemment perdu leur travail peu de temps après le début de la maladie.

Toutefois, Hawton en 2005 considère que le fait d'avoir un travail n'a pas d'impact sur le risque suicidaire et que le chômage n'est non pas non plus associé à ce risque.

L'enquête menée à l'Est Algérien concernant les autopsies psychologiques des suicides de 1995 à 2003 (Benabbas .M et al) montre que **59%** des suicidés étaient sans profession au moins 06 mois avant le passage à l'acte suicidaire. (*cf. Tab. 1*).

Les cadres de l'état et ceux occupants des fonctions libérales sont représentés avec une proportion de **11%**.

	Sans	Ouvrier Agent	Scolarisé	Libérale Cadre	Retraité	Autres*	NP	Total
%	<b>59%</b>	<b>15%</b>	10%	<b>11%</b>	3%	2%	1%	100
Cas	740	195	123	137	36	25	7	1263

TAB 1\* Autres : Commerçants, Fellah, Artisan, Artiste

Par ailleurs, l'enquête retrouve que **79%** des suicidés avaient, selon leurs proches, des difficultés existentielles, alors que chez **21%** de suicidés aucune difficulté de la vie n'a été relevée par l'entourage familial *et* en fonction des réponses recueillies auprès des proches des suicidés nous retiendrons (*cf. Tab. 2*) :

**1. Les problèmes financiers** : Ils occupent une place prépondérante comme difficultés pouvant expliquer le passage à l'acte suicidaire avec une proportion de **45%**.

En affinant ces difficultés financières nous retrouvons que le **chômage** suite à un licenciement représente **53%** des cas, la **pauvreté** et la misère sociale avec **37%** et les **difficultés financières** avec **10%** (dont 05% sont des commerçants ayant déclaré faillite).

Selon une étude de l'Agence Nationale d'Aménagement du Territoire (ANAT) l'Algérie compte plus de 1.5 million de pauvres, cette étude a identifié un ensemble de 177 communes abritant une population de 1569637 pour lesquelles tous les indicateurs signalent une précarité avancée. 62% des ménages résident en zone rurale et la taille moyenne est de 6.9 personnes par foyer.



La même étude fait ressortir également que 52.2% des ménages ont un revenu mensuel compris entre 5000 et 10000 DA et pour près de 40% d'entre eux il est inférieur à 5000DA.

Les experts de l'ANAT montrent dans cette étude que la non scolarisation des enfants pauvres (près de 89% des cas) est liée essentiellement aux difficultés financières aggravées par l'éloignement (source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale septembre 2006.)

## 2. Les chocs affectifs et traumatismes :

Ils représentent **21%** des difficultés existentielles (cf. Tab. 2). En effet **59%** sont représentés par les déceptions sentimentales et la rupture des liens affectifs et amoureux.

Les échecs scolaires représentent **10%** (80% sont dus à l'échec au Bac)

Les conduites suicidaires suite à la perte d'un être cher (maladie ou assassinat) représentent **16%**

## 3. Les problèmes socio familiaux :

Ils représentent 18% des difficultés existentielles chez les suicidés.

L'éclatement et la disparition du noyau familial, l'absence de repères stables, les disputes intrafamiliales, les problèmes conjugaux peuvent selon les résultats de l'enquête mener vers l'irréparable.

## 4. Les maladies :

Les affections médicales répertoriées auprès des proches parents représentent **16%** et sont essentiellement des maladies cancéreuses incurables (cinq pour cent se traitaient pour stérilité).

	Problèmes Socio Familiaux	Problèmes Financier	Traumatismes	Maladies
Cas	179	449	210	156
%	<b>18%</b>	<b>45%</b>	<b>21%</b>	<b>16%</b>

Tab. 2. Nature des événements existentiels des suicidés au Nord-Est algérien (1995-2003)

Un haut niveau d'éducation et d'ambition est considéré par certains auteurs comme un facteur de risque suicidaire dans la mesure où il permet au patient de prendre conscience de sa maladie et de toutes les difficultés qu'elle génère dans toute son existence (Montross 2005).

Dans les travaux de Hawton il y a une tendance non significative à l'augmentation du risque de suicide chez les sujets ayant un haut niveau d'éducation, il ressort également qu'un bas niveau d'éducation n'est pas associé au risque de suicide chez ces patients.

Quant au quotient intellectuel, 2 études mettent en valeur une association significative entre un haut niveau de quotient intellectuel et le risque suicidaire (Fenton 2000, De Hert 2005.).

#### **4.1.5 Modes et lieux de passage à l'acte suicidaire :**

Shah et Gansevaran montrent que les méthodes les plus souvent employées sont les suivantes : se jeter sous un train ou une voiture, sauter dans le vide, se pendre ou encore se noyer.

D'autres auteurs tels Farberow (1997) a classé les méthodes de suicide en fonction du lieu de résidence du patient.

En effet, à l'hôpital, la pendaison est le mode de passage à l'acte le plus employé (55% des suicidés), lorsque le patient se trouve à l'extérieur de l'hôpital, l'utilisation d'une arme à feu reste la méthode prédominante (43%).

Casadebaig (1999), a lui aussi étudié les divers modes de passage à l'acte suicidaire chez les schizophrènes et sont dans l'ordre décroissant : la défenestration, l'intoxication médicamenteuse, la pendaison et enfin l'utilisation d'armes à feu.

Le passage à l'acte représente en lui-même un facteur de risque de suicide plus important chez les schizophrènes que chez les sujets de la population générale, en effet nous allons voir que les moyens utilisés par ces patients sont très souvent létaux (Funabashi 2000).

A l'EST Algérien, Le mode de suicide le plus fréquent est la **pendaison** avec de **65%** des cas, suivi des précipitations dans le vide avec **13%** puis les intoxications (produits caustiques et médicaments) avec 10%( Benabbas .M in autopsies psychologiques des suicides à l'Est Algérien).

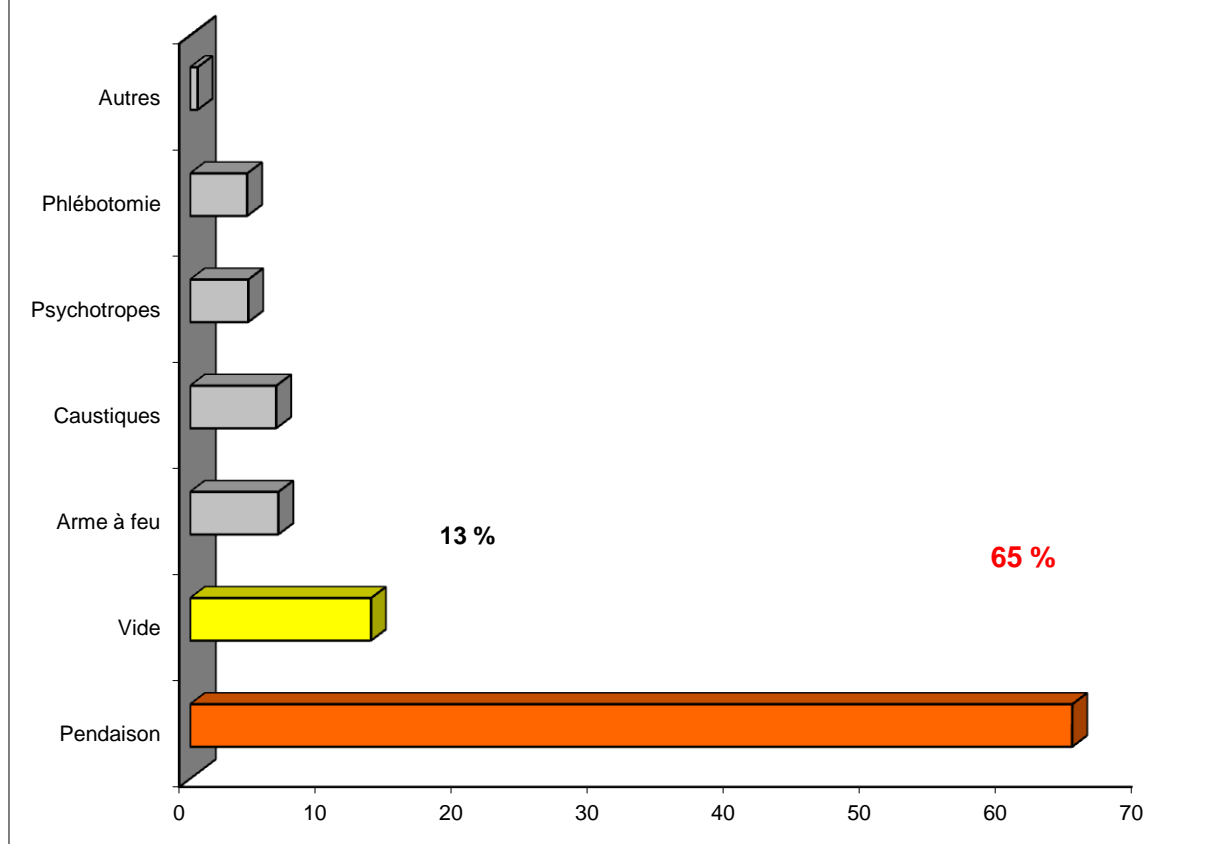
Pour BENSMAIL (8), le taux de suicide à Constantine est de 2/100000hbts, et le procédé est la précipitation par-dessus le pont.

Pour KACHA, le procédé utilisé pour les tentatives de suicide recensées aux urgences médico-chirurgicales le plus fréquent est l'intoxication médicamenteuse (aux psychotropes le plus souvent) (30,31)

Les modes de suicide demeurent très variés selon le sexe avec également des variations plus limitées en fonction de l'âge.

La pendaison reste ainsi le premier mode de suicide chez les hommes quelque soit l'âge, au contraire l'ingestion de substances toxiques est le premier mode de suicide chez la femme âgée entre 25 et 50 ans (*cf. Fig2*)

**Fig. 2 : Procédé de suicide  
Nord-Est Algérien (1995-2003)**



Quant à Rossau et Mortensen (1997), ils suggèrent également que les moyens employés par les schizophrènes sont en général violents et les différences hommes/femmes concernant ces modes de suicide seraient moindres que dans la population générale.

Funabashi et all (2002) n'ont pas retrouvé au niveau de leur étude de différences significatives dans les modes de suicide entre les deux sexes, alors que Kreyenbuhl en 2002 retrouvent que l'intoxication médicamenteuse est plus utilisée par les femmes que par les hommes.

L'étude menée par Kelly en 2004 rapporte que parmi les individus souffrants de schizophrénie qui se sont suicidés, 73% ont employé des méthodes violentes telles que la précipitation depuis un lieu élevé, la noyade, la pendaison ou encore l'utilisation d'arme à feu.

Enfin, il paraît nécessaire de rajouter qu'une minorité de patients se suicide dans les pavillons d'hôpitaux ; ainsi la plupart des suicides ont lieu dans les espaces avoisinant l'hôpital ou bien lors des permissions du week-end ou des sorties d'essai

Peuskens rapporte que sur les 63 patients suicidés, 33 ont eu lieu pendant un séjour à l'hôpital.

## **4.2 Les facteurs cliniques**

### **4.2.1 Les sous types de schizophrénie**

Une étude prospective visant à étudier les relations entre les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, le sous-type de la maladie et les comportements suicidaires, a été menée par Fenton en 2001.

Elle a porté sur 187 patients souffrant de schizophrénie et 87 patients souffrant de troubles schizo-affectifs, suivis durant une période moyenne de 18.8 ans après leurs admission à l'hôpital.

On retrouve, lors de l'admission, chez les 19 malades qui se sont suicidés, des scores de sévérité des symptômes négatifs inférieurs aux scores de ceux qui ne se sont pas suicidés.

Par contre, une élévation des niveaux de sévérité des symptômes positifs paraît être corrélée au suicide.

Cette étude suggère donc que les symptômes négatifs de la schizophrénie sont associés à un moindre risque de suicide, contrairement à la présence de symptômes positifs.

L'auteur souligne que les formes non déficitaires de schizophrénie définissent un groupe de patient ayant un risque de suicide 6 fois plus élevé que les patients présentant des signes déficitaires.

Ceci explique que la schizophrénie paranoïde soit associée à un risque 3 fois plus élevé que les formes non paranoïde et 8 fois plus élevé qu'avec les formes déficitaires, d'ailleurs Bourgeois en 1998 suggère que « l'évolution au long cours des schizophrénies comporterait une modification symptomatique avec moins de dépression et plus de symptômes négatifs, tels que la perte de la sociabilité et de la motivation, qui minimiserait le risque suicidaire.

Black en 1998, attribue dans son article les pourcentages de taux de suicide correspondant aux différents types de schizophrénie.

Dans l'ordre décroissant, on retrouve la forme paranoïde, la forme indifférenciée puis la désorganisée et enfin la résiduelle. (19)

Il ne retrouve aucun suicide dans la forme catatonique ou hétérologique.

On peut dire que dans la schizophrénie paranoïde, le délire et les hallucinations (idées délirantes, hallucinations acoustico-verbales, contrôle des pensées, perte des associations, vol des idées, suspicion..) soient impliqués dans le suicide ; à contrario, les patients auraient des difficultés à initier un passage à l'acte dans la forme catatonique.

Dans le même ordre d'idées, K.AIOUAZ (1) trouve dans son étude sur les TS chez le schizophrène un diagnostic de schizophrénie paranoïde dans 54.05%, schizophrénie désorganisée dans 33.1% et la schizophrénie indifférenciée dans 10.8%.

Ces résultats sont en accord avec les travaux menés par Funabashi (2000) où l'on retrouve que les symptômes négatifs auraient un effet protecteur contre le suicide chez de tels patients.

Compte tenu de la fréquence des conduites suicidaires chez les sujets souffrant de schizophrénie paranoïde, ces résultats permettent néanmoins de considérer avec intérêt l'influence des éléments productifs dans la physio pathogénèse du suicide

Cependant les résultats concernant l'association négative entre le suicide et les symptômes négatifs de schizophrénie sont controversés puisque dans l'étude qu'ils ont menée, Kelly, Messias et Ggrunebaum (34,40) ne retrouvent pas de différence d'incidence des symptômes négatifs dans les deux groupes de patients (les sujets suicidés et ceux décédés d'autres causes).

#### **4.2.2 Les comorbidites**

Concernant le passé des patients souffrant de schizophrénie qui se sont suicidés, on se rend compte qu'ils présentaient fréquemment des signes de perturbations de l'adaptation sociale avant l'âge de 25 ans, en terme de délinquance, de difficultés professionnelles ou de difficultés dans l'initiation et le maintien de relations stables et durables.

De plus, les patients souffrant de toxicomanie (90% au cannabis) caractérisés par l'âge jeune, apparaissent comme vulnérables à la mortalité par suicide.

Dans l'étude menée par Casadebaig, la consommation d'alcool n'apparaît pas associée au suicide mais peut être cette association existe-t-elle chez des sujets d'âge moyen plus élevé que l'âge moyen des suicidés de son étude ?

Ces résultats sont corroborés par la méta-analyse menée par Hawton en 2005 où l'on constate que le risque de suicide n'est lié ni à l'abus ni à la dépendance alcoolique.

Quant à la consommation d'autres drogues, le risque de suicide paraît accru chez les abuseurs et les personnes dépendantes, comme le montre le calcul de l'Odd Ratio égal à 3.2 lors de cette même méta-analyse (IC 95% ; 1.99-5.17).

Montross en 2005 explique que l'abus de substances peut être en cause dans l'impulsivité mais aussi dans l'isolement social, ce qui peut rendre ces sujets particulièrement vulnérables et donc plus susceptibles de passer à l'acte.

L'abus et/ la dépendance à une ou à plusieurs substances psycho actives concernent 47 % de sujets souffrant de schizophrénie au cours de la vie entière (contre 17% dans la population générale) (18) : tabac dans 70% des cas, alcool dans 47% des cas, et cannabis dans 42% des cas (18).

La majorité des études incriminent l'alcool et la nicotine comme facteurs de risque de comportement suicidaire (3).

La consommation d'autres types de substances a fait l'objet d'études peu nombreuses et aux résultats parfois contradictoires.

Il apparaît néanmoins que les patients présentant une schizophrénie et les toxicomanes ont un risque 2.3 fois plus important de mourir par suicide que les autres patients.

Les conduites addictives aggravent les conséquences physiologiques des conduites suicidaires, l'association entre suicide, conduite addictive et schizophrénie est en lien avec l'impulsivité.



Dans l'état actuel des recherches, il n'est pas permis de conclure si les addictions constituent un facteur de risque de suicide indépendant, ou bien si elles contribuent à accroître le risque en augmentant la fréquence des hospitalisations, en aggravant l'isolement social et en réduisant la compliance aux soins.

L'agitation, la nervosité ainsi que l'impulsivité apparaissent dans le travail mené par Hawton en 2005 comme associées au suicide chez ces patients, avec un Odd Ratio de 2.61.

Dans la revue de la littérature menée par Montross, précise qu'en plus des antécédents d'impulsivité, d'agressivité et/ou de violence pourraient avoir un lien avec le potentiel suicidaire des patients

De même Kreyenbuhl et al en 2002, rapportent que 33% des schizophrènes qui se sont suicidés ont eu des comportements violents versus 10% des individus ne souffrant pas de cette maladie.

#### **4.2.3 Antécédents de tentatives de suicide et d'idéations suicidaires**

Bien qu'ils ne soient pas spécifiques de la schizophrénie, les antécédents de tentatives de suicide représentent un facteur de risque de suicide chez les patients souffrant de cette maladie (Rosseau 1997, Caldwell 1990, Bourgeois 1997, Montross 2005.).

De plus, certaines études suggèrent une fréquence accrue de patients souffrants de schizophrénie, décédés par suicide comparés aux sujets non malades (73% versus 44%) (Kreyenbuhl 2002).

Casadebaig retrouve lors de son étude, que parmi les patients qui se sont suicidés, environ 1 sur 2 avait déjà fait des tentatives de suicide par rapport à 1 patient sur 3 pour l'ensemble de la cohorte de patients souffrant de schizophrénie suivis sur une période de 03 ans.

Hawton en 2005 s'est basé sur 22 études, retrouve que des antécédents de tentative de suicide augmentant fortement le risque de suicide, avec un Odd Ratio de 4.09, mais selon le même auteur, le risque serait surtout élevé lorsque la cause de la dernière hospitalisation serait une tentative de suicide et qu'un passage à l'acte aurait également eu lieu pendant cette hospitalisation, de plus il suggère que le suicide est lié aux idéations suicidaires à la fois passées et récentes.

Quant à Breier et Astrachan, ils suggèrent dans leur étude que les tentatives de suicide chez les schizophrènes ne sont pas temporellement liées au suicide, contrairement aux sujets ne souffrant pas de cette maladie.

Ceci impliquerait que les tentatives de suicide seraient un facteur prédictif de l'imminence du suicide chez les schizophrènes que chez les patients non atteints.

Concernant les intentions suicidaires, on peut penser que le fort taux de létalité résultant de ces tentatives, ainsi que le peu de dispositions prises par les patients pour être secourus sont très significatifs de l'importance des intentions fatalistes de la part de ces sujets.

#### **4.2.4 Symptômes positifs et schizophrénie**

- *Implication des idées délirantes dans le suicide* : les idées de méfiance, notamment paranoïaques et les idées délirantes en général sont associées à un risque élevé de suicide

En effet dans une étude prospective de 71 patients souffrant de schizophrénie et 35 patients souffrant de troubles schizoaffectifs, Kaplan et Harrow ont étudié les relations entre les symptômes positifs, les symptômes négatifs, le fonctionnement après la sortie de ces patients et les comportements suicidaires sur une période de 7.5 ans.

Parmi les patients souffrant de schizophrénie et présentant des idées délirantes à 2 ans de suivi, 32% ont développé des comportements suicidaires (idéations suicidaires, tentative de suicide, suicides) à 7.5 ans de suivi alors que ce n'est seulement le cas pour 12% de patients qui n'étaient pas délirants.

On retrouve la tendance similaire pour les patients souffrant de troubles schizoaffectifs : 44% de ceux qui présentaient des idées délirantes ont connu des comportements suicidaires contre aucun des patients qui n'exprimaient pas d'idées délirantes.

Dans l'étude rétrospective menée par Kelly en 2005, on remarque qu'une grande proportion de personnes souffrant de schizophrénie et décédées par suicide souffraient de symptômes tels que : pensées imposées et vol de la pensée(80%), relâchement des associations(67%) et fuite des idées(33%) par rapport aux sujets souffrant de schizophrénie mais décédés d'autres causes ( dont les pourcentages respectifs sont les suivants :34%,43%,et 10% ; alors que les autres symptômes positifs tels que les idées délirantes notamment mégalomaniaques sont retrouvées de façon similaire dans les deux groupes

- *Rôle des hallucinations et du syndrome d'influence :*

Des études suggèrent un lien entre les hallucinations et le suicide chez des schizophrènes.

Les hallucinations accompagnées parfois d'automatisme mental et d'un syndrome d'influence pourraient, en augmentant l'impulsivité et la violence des comportements, accroître le risque de passage à l'acte.

C'est ce que suggèrent Roy et Funabashi (2000), pour qui les hallucinations auditives persistantes pourraient pousser certains patients souffrant de schizophrénie au suicide.

Certains auteurs ont un point de vue mitigé concernant les hallucinations auditives avec un syndrome d'influence.

C'est le cas de l'étude prospective menée par Zisook et al en 2002 sur 106 patients souffrant de schizophrénie suivis en ambulatoire durant la période 1998 -2001.

La prévalence du syndrome d'influence a été évaluée à 43% (46 des 106 patients) de l'échantillon total et à 50% (46 patients) des 93 patients qui exprimaient des hallucinations auditives.

Parmi ces 46 patients ayant un syndrome d'influence, 20 ont rapporté des injonctions d'actes violents, 19 ont exprimé des instructions bénignes et 7 n'ont pu préciser leurs hallucinations.

On constate alors que le syndrome d'influence est relativement fréquent chez les schizophrènes.

De plus, sa prévalence chez des patients traités en ambulatoire est comparable à celle d'autres études s'intéressant aux patients hospitalisés.

On peut alors suggérer que malgré la stabilisation clinique des patients, la prévalence de ce syndrome reste comparable.

Si certaines données rétrospectives avancent que 4 à 10% des comportements suicidaires dans la schizophrénie (tentative de suicide et suicide) sont imputables à un syndrome d'influence dans le cadre d'hallucinations auditives, des auteurs comme Harkavy-Friedman et al (2003) suggèrent que ces études basées sur des comptes rendus de dossier et sur des autopsies psychologiques des membres de la famille ne sont pas fiables.

Ils ont proposés une étude portant sur l'interrogatoire de 100 patients schizophrènes ou schizoaffectifs sur une période allant de 1995 à 2001 dans le

but d'estimer l'incidence du syndrome d'influence et surtout d'en évaluer le lien avec les conduites suicidaires.

Les résultats obtenus sont les suivants : parmi les 22 patients qui ont présenté des hallucinations auditives accompagnées de syndrome d'influence, 10 rapportent des antécédents de tentative de suicide dont 8 en réponse à un syndrome d'influence..

Ainsi il ressort que plus d'un cinquième des schizophrènes ou de schizoaffectifs présentent des hallucinations auditives associées à un syndrome d'influence à un moment de leur vie.

#### **4.2.5 Association schizophrénie, dépression et troubles anxieux**

« Les troubles de l'affectivité font partie intégrante des descriptions cliniques les plus anciennes du trouble schizophrénique » (Llorca 2001).

La fréquence des troubles dépressifs chez les patients souffrant de schizophrénie varie de 7 à 70% selon les auteurs, avec une prévalence moyenne de 25%, contribuant ainsi au taux de suicide élevé dans cette population.

Une étude menée sur 183 patients diagnostiqués comme souffrant de schizophrénie a étudié la prévalence des symptômes dépressifs chez les malades et a ainsi retrouvé que 44% des patients présentaient des symptômes dépressifs au moment de l'interrogatoire, cependant ces patients ne remplissaient pas tous les critères d'un trouble dépressif majeur (Moussaoui et al 1999).

Il est établi par la plupart des études (Potkin et Kelly 2005) que l'existence d'éléments dépressifs et de symptômes d'anxiété représentent des facteurs de risque de suicide chez les schizophrènes comme ils le sont également pour la population générale.

Pour M. Bourgeois, une dépression antérieure, un traitement antérieur pour dépression ainsi qu'une dépression lors du dernier épisode sont autant de facteurs en cause dans le suicide.

Bleuler distingue chez les schizophrènes trois types de dépression :

- Les troubles de l'humeur réactionnels à l'évolution de la maladie, liés à la prise de conscience de la baisse des performances dont souffre le patient (bon insight).
- Les formes intermédiaires dites dysthymiques ou schizoaffectifs
- Les dépressions faisant partie intégrante du processus schizophrénique et constituant parfois une complication évolutive de la maladie
- On peut également ajouter à ces trois types la possibilité d'une dépression secondaire à un événement de vie dépressogène ou traumatique.

#### **4.2.5.1 manifestations dépressives et épisodes aigus**

La fréquence de manifestations dépressives est fréquente lors d'une rechute psychotique, comme le montre Wistedt et Palmstierna dans une étude prospective incluant 41 patients souffrant de schizophrénie randomisés selon un bras placebo et un bras neuroleptique, où les auteurs ont pu observer et comparer la résurgence des symptômes psychotiques et dépressives dans les deux bras, selon eux, la dépression peut être considérée comme faisant partie intégrante de la maladie schizophrénique, non seulement durant les phases aiguës mais aussi lors des rechutes, permettant ainsi de penser que les éléments dépressifs puissent être un signe précoce et annonciateur d'une rechute.

Il convient alors d'individualiser deux sous-types : les éléments dépressifs inaugurant une rechute et ceux faisant partie de la symptomatologie aiguë.

Parmi les premiers signes précédant la décompensation psychotique, on peut retrouver de l'anxiété ou une peur de perdre le contrôle ou une excitation psychomotrice.

Il est possible de constater chez d'autres patients des symptômes tels l'anorexie, des troubles du sommeil ou des idéations suicidaires.

Ce n'est qu'ensuite qu'apparaissent les hallucinations et le trouble du cours de la pensée

Toutefois, ces troubles de l'humeur « *prodromiques* » des rechutes psychotiques, ne présentent que rarement les caractéristiques d'un trouble dépressif.

Les manifestations dépressives peuvent aussi faire partie de la symptomatologie de la phase psychotique aiguë.

Selon Bartels et Drake (2001), environ 50% de schizophrènes en rechute, présentent des manifestations dépressives dès le premier épisode psychotique.

On peut se demander s'il n'y aurait pas un processus psychopathologique commun entre ces troubles dépressifs et les éléments psychotiques lors de la phase aiguë.

En effet, lors d'une étude prospective portant sur une population de 31 patients souffrant de schizophrénie et non traité par antipsychotiques, Leff, Tress et Edwards ont évalué à intervalle régulier l'intensité des symptômes psychotiques et dépressifs présentés par ces patients lors de l'instauration de l'Halopéridol.

Lorsque les symptômes psychotiques ne répondent pas au traitement, les symptômes dépressifs restent inchangés et inversement.

Ces résultats permettent de suggérer que chez ces patients, la dépression fait partie intégrante de la maladie schizophrénique, ici aussi les éléments dépressifs ne correspondent que rarement à un réel trouble dépressif.

#### **4.2.5.2 dépressions post-psychotiques**

La « dépression post-schizophrénique » fait partie de la classification CIM 10 ; elle n'est cependant identifiée que dans l'annexe B du **DSM IV-TR** sous la dénomination suivante « trouble dépressif post-psychotique ».

Plusieurs hypothèses permettent de rendre compte de l'émergence secondaire de trouble de l'humeur chez les schizophrènes : effets des traitements neuroleptiques ou complication évolutive de la maladie avec prise de conscience du caractère invalidant de la pathologie schizophrénique.

La dépression post-psychotique, de durée variable (quelques semaines à plus d'un an)(16) est marquée par la présence d'une inertie importante, d'éléments schizoïdes tels qu'un sentiment de vide ou de manque ainsi que la présence d'idées ou d'actes suicidaires ( Mc Glashan et Carpenter).

Mayer-Gross a été le premier à décrire le sentiment de désespoir qui faisait suite à un épisode psychotique.

En effet, la prise de conscience de la maladie (insight), ainsi que ses effets sur leur qualité de vie, peut être génératrice d'anxiété et de désespoir.



Les sentiments d'angoisse, de tristesse et de désespoir générés par la crainte de la détérioration mentale et du déclin cognitif ainsi que la peur de l'avenir pourraient expliquer le passage à l'acte chez ces patients (Roy, Funahashi, 2000).

M. Bourgeois parle de « sentiment d'inadéquations » ressenti par ces patients, il est suggéré que la maladie augmenterait le risque d'un fonctionnement à la fois perturbé et fragile chez ces patients ; ainsi le découragement et le désespoir seraient impliqués dans le suicide.

En fait, beaucoup d'études s'accordent pour dire que le désespoir (hopelessness), associé au sentiment d'impuissance qu'éprouvent les malades pourraient être un excellent marqueur du risque de suicide.

Au vu de ces résultats, on peut se demander si les symptômes cliniques de désespoir et de découragement que présentent les patients ne sont pas des critères pronostiques de meilleure qualité que les symptômes dépressifs eux-mêmes.

La fréquence des dépressions post-psychotiques varie de 7 à 70% avec une moyenne de 25% et elle est dans la majorité des études, associée à un risque suicidaire élevé, participant ainsi à la mortalité élevée des schizophrènes.

L'émergence d'une dépression post-psychotique a lieu chez des patients présentant des caractéristiques pré morbides qui sont associées à pronostic évolutif péjoratif de la schizophrénie (personnalité schizoïde, adaptation sociale précaire, début insidieux de la maladie et une histoire de rupture précoce des relations parentales).

Enfin, si les symptômes dépressifs ne représentent pas un facteur de risque spécifique de la schizophrénie, leur fréquence est néanmoins plus

élevée chez les sujets qui souffrent de ce trouble et qui se sont suicidés, comparés aux sujets non atteints de schizophrénie (Kreyenbuhl et al 2002.).

#### **4.2.6 Temps écoulé depuis le diagnostic, durée de la maladie.**

Certaines études ont montré que les patients souffrant de schizophrénie qui se sont suicidés, ont connu de nombreuses et longues hospitalisations.

Cependant, la durée moyenne d'hospitalisation chez les schizophrènes qui passent à l'acte est comprise entre 400 et 550 jours, soit entre 1 et 1.5 ans environ (Baerner-Rasmussen, 1996, ce qui représente une période relativement courte comparé à l'évolution chronique du trouble.

Selon Mortensen, l'augmentation de risque est essentiellement marquée lors de la première année de suivi, bien qu'il soit élevé tout au long de l'évolution de la maladie notamment concernant les jeunes patients.

D'autres auteurs avancent que la plupart des suicides sont réalisés au cours de la première décennie (Bourgeois, Montross), toutefois on constate chez les hommes 2 pics de taux de suicide durant la première année de suivi : l'un lorsque l'âge est inférieur à 30 ans et l'autre pour des patients âgés de plus de 70 ans.

A cet âge, on peut penser que ces derniers ont vécu avec leur maladie pendant plusieurs années sans traitements et ont décompensé leur état à l'occasion de facteurs externes comme une maladie physique ou encore le décès d'un parent ou d'un proche qui prenait soins de lui.

Mortensen en 1993 a mis en valeur les relations entre le risque de suicide, l'âge et la durée de suivi des schizophrènes.

Il apparaît ainsi que l'excès de risque est essentiellement marqué à la première année de suivi pour toutes les tranches d'âge, il demeure cependant élevé durant toute la période de suivi chez les jeunes patients ( $\leq$  29 ans).

Casadebaig (16), lui, suggère qu'une première hospitalisation remontant à moins de 10 ans est une variable associée au suicide.

D'autres auteurs estiment que le risque de suicide reste élevé pendant une période beaucoup plus longue.

Quant à Drake et Allebeck (3,4), ils suggèrent que le taux de risque de suicide le plus élevé se situe durant les 10 premières années de la maladie.

Pour Grunebaum (20), le sentiment de désespoir est un facteur de risque certain, lié à la prise de connaissance douloureuse de la maladie et du handicap, il est corrélé aux capacités d'insight et apparaît le plus souvent dans les suites du premier épisode psychotique.

*L'insight est l'attribution de ses difficultés comportementales à un trouble neuropsychiatrique, il s'oppose au déni de la maladie*

*Un défaut d'insight serait dû pour certains à un déficit cognitif, pour d'autres il représenterait un mécanisme de défense.*

*Les données sont contradictoires quant à l'implication de la qualité de l'insight dans le risque suicidaire des schizophrènes*

*Selon certaines études, un insight pauvre est un facteur de risque de suicide (Amador.X.F) (3) : une mauvaise conscience de la maladie est associée à une évolution péjorative de la maladie et à un manque d'adhésion aux soins*

En revanche, de nombreux travaux soulignent le rôle de la conscience de certaines dimensions de la maladie dans la suicidalité schizophrénique( 29), en particulier la prise de conscience du caractère pathologique des idées délirantes, de l'émoussement affectif, de l'anhedonie, de l'asociabilité est un facteur de risque de suicide.

#### **4.2.7 périodes de risques , admission, sortie de l'hospital)**

Certains moments de la vie des schizophrènes sont plus à risque de passage à l'acte que d'autres.

Les travaux menés par Rosso (29) ont permis d'apprécier les taux de suicide en fonction de leur moment de survenue : parmi les suicides réalisés dans les délais proches de la période d'hospitalisation, 67% ont eu lieu lors de la sortie de l'hôpital, 10.6% durant l'admission et 22.4% au moment des permissions.

Les périodes faisant suite à une sortie récente de l'hôpital se sont révélées être suicidogènes pour les patients (48), en effet plusieurs études reportent que parmi les patients s'étant suicidés à l'extérieur de l'hôpital, plus de 50% ont eu lieu dans les premières semaines ou premiers mois suivant la sortie de l'institution.

Les chiffres évoqués varient le plus souvent de 1 à 6 mois selon les études, mais on peut retenir que la période présentant le risque le plus important de suicides est la première année faisant suite à la sortie.

Nous pouvons comparer les risques encourus à l'admission avec ceux engendrés par la sortie, en effet le risque lors des 5 premiers jours

après la sortie serait supérieur au double de celui existant durant les 5 premiers jours suivant l'admission.

Ces taux s'équilibreraient ensuite puisque 28 jours après la sortie, le risque est équivalent à celui de la phase initiale suivant l'hospitalisation.

De plus, il est estimé le risque de passage à l'acte après une sortie de l'hôpital serait 34 fois plus élevé que celui de la population générale.

Mortensen (38) évoque l'effet « délétère » de la désinstitutionalisation et ses conséquences en terme de mortalité chez les schizophrènes.

Il suggère que les hospitalisations de courte durée, le fort »turn-over « des patients ainsi que la diminution du nombre des lits peuvent avoir une part de responsabilité dans le suicide de ses sujets.

Nous pourrions ainsi dire que le suicide chez les schizophrènes peut avoir lieu à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie, notamment lorsque l'évolution est sévère, avec de fréquentes sorties et de nombreuses ré hospitalisations (Bourgeois, Casadebaig).

Les mêmes auteurs soulignent l'impact de la désinstitutionalisation et des tentatives de réinsertion dans la communauté, sur la santé des patients.

Ils évoquent comme conséquence, le suicide et les causes non naturelles (y compris accidentelles) de mortalité, le stress ainsi créé (séjours hospitaliers trop brefs et vie dans la communauté ou dans les rues sans protection ni accompagnement suffisant) serait suicidogène.

### **4.3 Les facteurs biologiques : rôle des neuroleptiques**

L'effet des neuroleptiques sur le suicide des patients souffrant de schizophrénie est une préoccupation ancienne des psychiatres.

Un effet dépressogène des neuroleptiques classiques a été avancé à plusieurs reprises, mais ces traitements ne semblent pas augmenter le risque de suicide, ils ne jouent pas pour autant un rôle protecteur(46).

Le développement des neuroleptiques atypiques a bouleversé les perspectives de prise en charge de sujets souffrant de schizophrénie suicidants : efficacité antipsychotique, réduction des effets secondaires extrapyramidaux, amélioration de la compliance, supériorité sur la diminution des symptômes dépressifs par rapport à l (halopéridol.

La clozapine, en particulier, joue un rôle protecteur en réduisant le taux de suicide et de tentative de suicide(41).

Cette efficacité sur la suicidalité s'explique par :

- Son efficacité antipsychotique aussi bien sur les symptômes positifs que négatifs
- Un effet pharmacodynamique spécifique sur les troubles affectifs (effet antidépresseur indépendant), impulsifs, agressifs
- Une amélioration de la compliance
- Une réduction des effets secondaires extrapyramidaux
- Une amélioration des capacités cognitives
- Une amélioration de la qualité de vie
- Une surveillance médicale plus rapprochée

Une étude récente, The International Suicide Prévention Trial (**interSePT**) a montré la supériorité de la clozapine par rapport à

l'Olanzapine dans la prévention des tentatives de suicide chez des patients schizophrènes et des schizoaffectifs (41).

## CHAPITRE II

### *PROTOCOLE D'ETUDE*



## **2. Protocole d'étude**

### **2.1 La problématique.**

La surmortalité chez les malades mentaux, en particulier chez les patients schizophrènes, reste toujours importante à l'heure actuelle malgré l'amélioration des soins institutionnels et thérapeutiques, soulevant ainsi des interrogations quant à l'étiopathogénie et à la prise en charge de cette maladie.

Près de la moitié des schizophrènes réalisent une tentative de suicide au cours de leur existence, alors que 10% à 15% finissent par se suicider.

Le risque par décès étant 5 fois plus élevé que dans la population générale

Le suicide dans la schizophrénie reste donc un problème de santé mentale et l'élaboration des stratégies nécessaires à sa prévention passent par l'identification des facteurs de risque (individuels ou de groupes).

Les schizophrènes semblent commettre des actes suicidaires pendant des périodes dépressives, des épisodes de décompensation psychotique aiguë mais également suite à des événements de vie stressants.

Par ailleurs les suicides chez les schizophrènes sont souvent planifiés et commis dans des lieux isolés traduisant une forte intentionnalité suicidaire(34) et la prédiction du suicide dans la schizophrénie, comme dans les autres troubles mentaux reste extrêmement difficile.

C'est dans cette optique que j'ai opté pour ce travail épidémiologique et comparatif entre le schizophrène suicidaire et le non suicidaire afin d'arriver à

élucider les facteurs de risque suicidaires présents chez l'un et absents chez l'autre et en faire une démarche préventive contre d'éventuel passage à l'acte auto-agressif chez les schizophrènes.

## **2.2. OBJECTIFS**

Nous avons ciblé notre étude sur la réalisation des objectifs suivants :

- **Principal**

**1) Enumérer les facteurs de risque dans les conduites suicidaires et leurs significations par rapport aux suicidaires et ce à des fins préventifs et délimiter une population de schizophrènes dite « schizophrènes potentiellement suicidaires ».**

- **Secondaires**

**1) Décrire les caractéristiques épidémiologiques de la population des schizophrènes suicidaires en fonction des items**

a) Sociodémographiques

b) Psychopathologiques

c) Socioculturels.

**2) Tester la réponse vis-à-vis des différents traitements instaurés.**

**3) Rechercher une éventuelle predicabilité à la conduite suicidaire chez le schizophrène.**

**4) Ré ouvrir un service de psychiatrie au sein du CHU de Constantine ou à défaut relancer le concept de psychiatrie de liaison au sein du CHU avec présence à temps plein d'un ou 2 psychiatres en son sein.**

**5) Insister sur la présence de psychologues au niveau des services de soins intensif et en post-op.**

6) Relancer l'entraide entre somaticiens et psychiatres dans un cadre de collaboration pluridisciplinaire tous au service du malade.

7) Créer une unité d'écoute au niveau des consultations d'hygiène mentale et qui sera une destination pour tout malade qui sort du CHU pour une TS pour un complément de prise en charge spécialisée.

## **2.3 METHODOLOGIE**

### **2.3.1 Type d'étude.**

Il s'agit d'une étude cas-témoin sur la conduite suicidaire parmi les schizophrènes.

L'étude que je mène rentre dans le cadre d'une étude descriptive dont l'objectif est de mettre en relief un problème de santé publique pour proposer de multiples actions à différents niveaux d'intervention.

Donc ma stratégie est d'identifier les facteurs de risque dans les conduites suicidaires et leurs significations par rapport aux suicidaires et de proposer des moyens préventifs adéquats

### **2.2.3 Echantillonnage.**

L'échantillonnage consiste à définir la population concernée, j'ai également établi des critères d'inclusion et des critères d'exclusions, ainsi que la taille de l'échantillon.

### 2.3.2.1 Les critères d'inclusion

- **Cas** : Tout malade chez qui le diagnostic posé est une schizophrénie (*selon les critères d'inclusions du DSMIV « schizophrénie et autres troubles psychotiques et cela dans un souci de toucher une large forme clinique de schizophrénie sous cette rubrique) et les troubles schizoaffectifs selon la ICD10, et admis au niveau de l'EHS ou les urgences médicales du CHU Constantine pour tentative de suicide quelque soit son âge, sexe ou l'ancienneté de sa psychose.*

Au total **50** cas ont été pris.

- **Témoin** : Tout malade chez qui le diagnostic posé est une schizophrénie et admis au niveau de l'EHS pour un motif autre qu'une TS quelque soit son âge, sexe ou l'ancienneté de sa psychose.

Pour chaque cas on a pris 2 témoins ; soit au total **100** témoins pris.

Les témoins doivent être comparables aux cas indépendamment de l'exposition, pour cela on utilise généralement un système d'appariement des témoins aux cas recrutés, avec un ou plusieurs témoins par cas pour **améliorer la puissance statistique.**

Il n'est pas nécessaire que le nombre de témoins soit identique au nombre de cas. Les groupes doivent cependant être rationnellement équilibrés.

Si le nombre de cas est faible, on peut augmenter la puissance de l'étude en choisissant plusieurs témoins par cas. Il n'est pas utile de dépasser cinq témoins par cas, car au-delà, la puissance gagnée est dérisoire par rapport à l'augmentation de la charge de travail (T. Ancelle ; Statistique épidémiologie. Edition Maloine- 2002 : 199-200.)

### **2.3.2.2 Critères d'exclusion :**

- Les malades qui ne répondent pas aux critères d'inclusions,
- manque d'informations,
- malades non coopérants,
- malades décédés
- les malades dont l'état somatique est grave

### **2.3.2.3 La taille de l'échantillon.**

Puisque c'est une étude prospective de type descriptif, j'ai limité le recrutement de la population de schizophrènes à une durée d'une année du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2010.

De ce fait la taille de l'échantillon est de 50 schizophrènes suicidaires.

### **2.3.2.4 La méthode d'échantillonnage.**

La taille de l'échantillon s'est basée sur le nombre de malade inclus dans l'étude du 1<sup>er</sup> Janvier 2010 au 31 décembre 2010 et le nombre est de 50 malades schizophrènes suicidaires comparés à 100 schizophrènes non suicidaires.

## **2.3.3 Questionnaire.**

### **2.3.3.1 Elaboration**

Le questionnaire est conçu selon des exigences de simplicité de passation et de facilité d'exploitation.

Son élaboration avec l'aide d'un épidémiologiste, s'est basé sur des critères cliniques retrouvés dans la littérature et aussi sur l'expérience clinique et thérapeutique.

Il permet une fois finalisé de faire un état des lieux des conduites suicidaires chez les schizophrènes et des facteurs prédictifs de passage à l'acte.

### **2.3.3.2 Description**

Le questionnaire se présente sous forme de cinq parties.

- La première comprend (cas-témoin): l'âge, l'état civil, la profession, l'origine géographique, la profession et le nombre d'enfants.
- La deuxième partie comprend (cas-témoin) : l'âge de début des troubles, le mode de début de la psychose, la régularité du suivi, la consanguinité parentale, la morbidité psychiatrique familiale, les antécédents médico-chirurgicaux, le nombre d'hospitalisations, les antécédents toxiques et le début de la conduite addictive par rapport à la psychose.
- La troisième partie qui est particulière au schizophrène suicidaire comprend : le procédé utilisé, les antécédents personnels et familiaux de tentative de suicide, la présence ou non de difficultés existentielles (item rempli pour les deux populations de schizophrènes, l'horaire et le mois de la tentative de suicide, les circonstances de la tentative de suicide et la présence ou non de blessure organique associée.
- La quatrième partie comprend : le diagnostic clinique, le traitement entrepris et la durée d'hospitalisation.
- La cinquième partie comprend l'évolution de l'état clinique et enfin la prise en charge familiale(le questionnaire peut être consulté en annexe).

## **2.3.4 Organisation de l'étude.**

### **2.3.4.1 Pré-enquête**

Pour la réalisation de l'étude, une pré-enquête d'évaluation de la passation est réalisée.

En commun accord avec l'épidémiologiste, cette pré-enquête est menée avec 20 malades schizophrènes suicidaires et 20 non suicidaires et qui sont vus à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2010.

Cette étude a permis d'évaluer les facteurs de risque suicidaires chez le schizophrène et de tester le questionnaire en vue de sa réadaptation possible en fonction des mes objectifs de départ.

Mis à part quelques difficultés d'ordre linguistique lors de la passation du questionnaire et après évaluation, nous décidons de réaliser l'étude à l'aide de ce questionnaire et avec l'ensemble de ses items.

### **2.3.4.2 Moyens humains et matériels**

#### **Moyens matériels**

L'EHS nous a aidé en mettant à notre disposition tout le nécessaire pour le bon déroulement de notre enquête

- Un micro-ordinateur
- Une imprimante
- Des rames de papier
- Un bureau pour le tirage et la passation du questionnaire.

## Moyens humains

- Quatre psychiatres (résidents fin de cycle) sont choisis pour participer à l'étude (des séances d'information et d'initiation à l'utilisation de la PANSS (voir annexes) et du questionnaire sont réalisés avant le début de l'enquête).

Chaque patient hospitalisé répondant aux critères d'inclusion est sélectionné par l'enquêteur, après stabilisation de son état il devrait subir le questionnaire et les échelles d'évaluation.

- Une secrétaire option informatique.

## **2.3.5 Déroulement de l'enquête.**

### **2.3.5.1 La phase de réalisation**

L'enquête s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Janvier 2010 au 31 décembre 2010, nous avons respecté l'anonymat pour tous nos malades (N° d'enregistrement).

Le recrutement se fait au niveau du service des urgences psychiatriques de l'EHS de psychiatrie de Constantine et le service de réanimation du CHUC.

La passation du questionnaire se fait au sein du bureau aménagé pour l'enquête et dure 20 à 40 mn et se fait face à face.

### **2.3.5.2 Contrôle et saisie des données**

Le masque de saisie est réalisé par la secrétaire informaticienne et tous les questionnaires remplis sont automatiquement saisis.



### **2.3.5.3 Analyse statistique**

Analyses faites par le logiciel EPI-INFO 3.3.2

Les tests statistiques utilisés : Khi-Deux de Pearson ou de Mantel-Haenszel pour les comparaisons entre 2 variables qualitatives. Tests T de Student, ANOVA ou Test de Wilcoxon pour les comparaisons entre une variable qualitative et une quantitative, Une analyse multi variée de type Régression logistique.

### **2.4 Les biais méthodologiques.**

- Biais de réponse. Une sous déclaration de la tentative de suicide à l'admission surtout au service de réanimation médicale. Les malades ainsi que leur famille risquent de nier complètement l'intention suicidaire de leur acte (ceci en rapport avec les interdits religieux et culturels).
- Un autre biais de recrutement : tous les malades recrutés sont hospitalisés soit en psychiatrie soit aux urgences médicales et mis sous traitement. Beaucoup de tentatives de suicides chez des schizophrènes non diagnostiqués sont dans la nature et n'ont pas été pris en charge. Les traitements neuroleptiques peuvent masquer certains symptômes.
- Biais de l'échelle : l'inexistence d'échelle d'évaluation en langue arabe est un biais dans l'interprétation et l'appréciation des réponses.
- La réalisation d'une étude à proximité d'une structure hospitalière spécialisée constitue un biais d'interprétation car aurons nous les mêmes résultats si l'enquête est réalisée loin de l'hôpital psychiatrique.

- L'item « La prise en charge et le rôle de la famille » ne sont pas suffisamment détaillés et méritent plus de détails et de précision car ils sont d'un apport capital pour le rôle préventif de la conduite suicidaire.

Et c'est pour toutes ces raisons, que la prudence dans l'analyse des données est capitale.

# **ETUDE PRATIQUE**

## CHAPITRE III

# RESULTATS

En premier lieu et en accord avec le statisticien, il m'a paru utile d'étudier et d'avoir une idée générale sur l'ensemble de la population d'étude (cas et témoins) au nombre de 150 et mettre en relief ses caractéristiques sociodémographiques et cliniques, ensuite je compare les deux populations entre elles (schizophrènes suicidaires et non suicidaires) et enfin je compare les résultats de mon étude avec une autre étude similaire faite à Alger(1).

### PARTICULARITES DES 150 MALADES

#### AGE

Les tranches d'âges comprises entre **21-30** ans et **31-40** ans sont en proportion égale et distribuées de façon homogène dans la population des 150 malades schizophrènes (respectivement 33.3% et 34%) (fig.1).

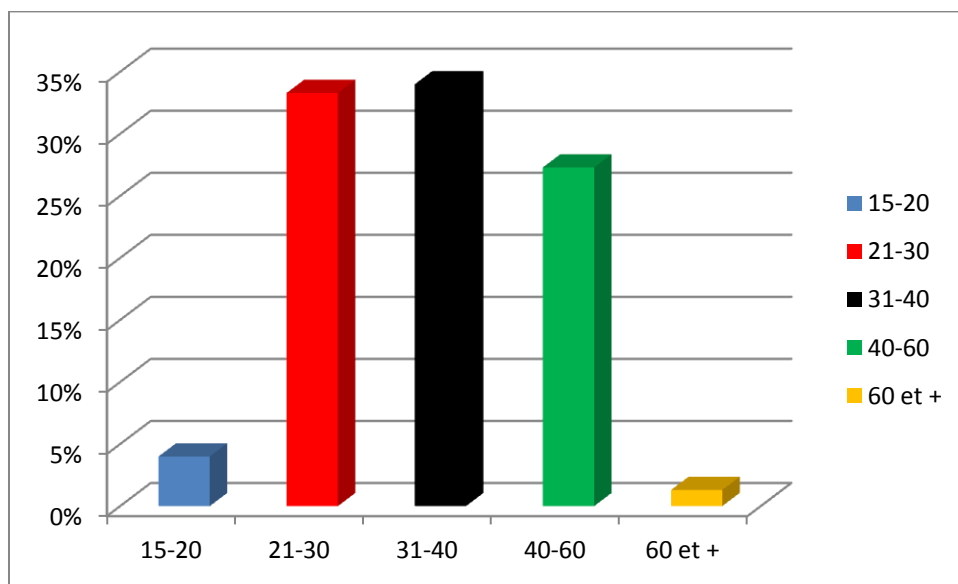


Fig.1 : distribution des tranches d'âge

## ETAT CIVIL

Le statut de célibat se trouve représenté chez **73%** de nos malades (fig.2),

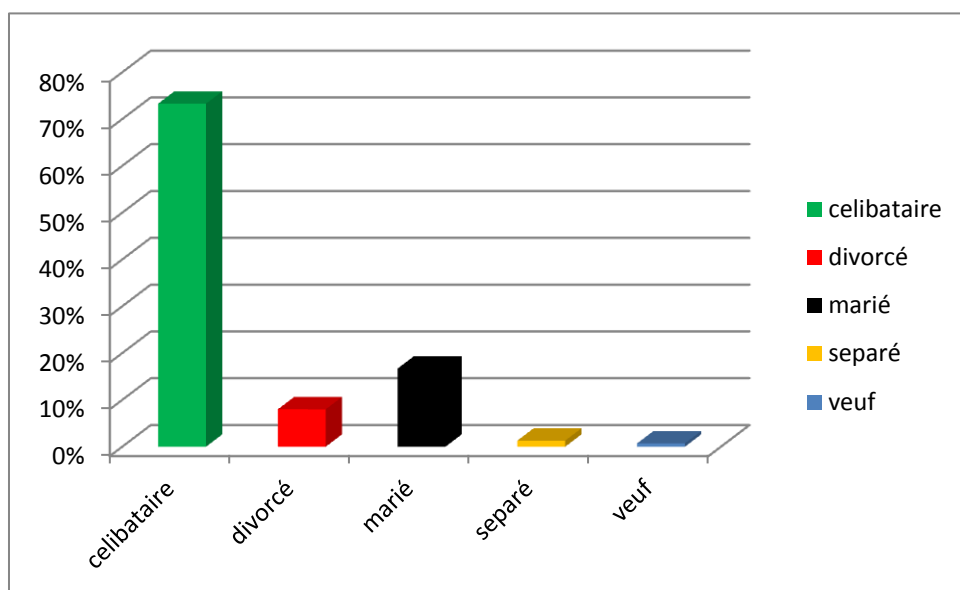


Fig.2 : état civil de la population d'étude

## NOMBRE D'ENFANTS

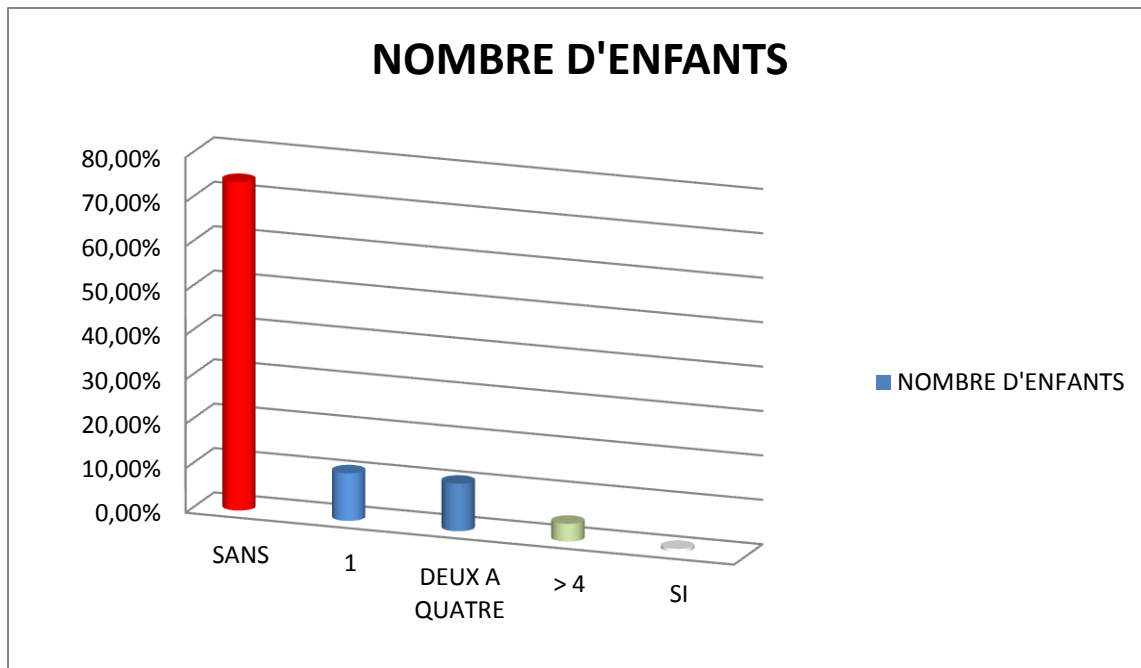


Fig.3 : nombre d'enfants

On constate que 72% de la population des schizophrènes de notre série est sans enfants, taux admis par la plupart des publications.

### ORIGINE

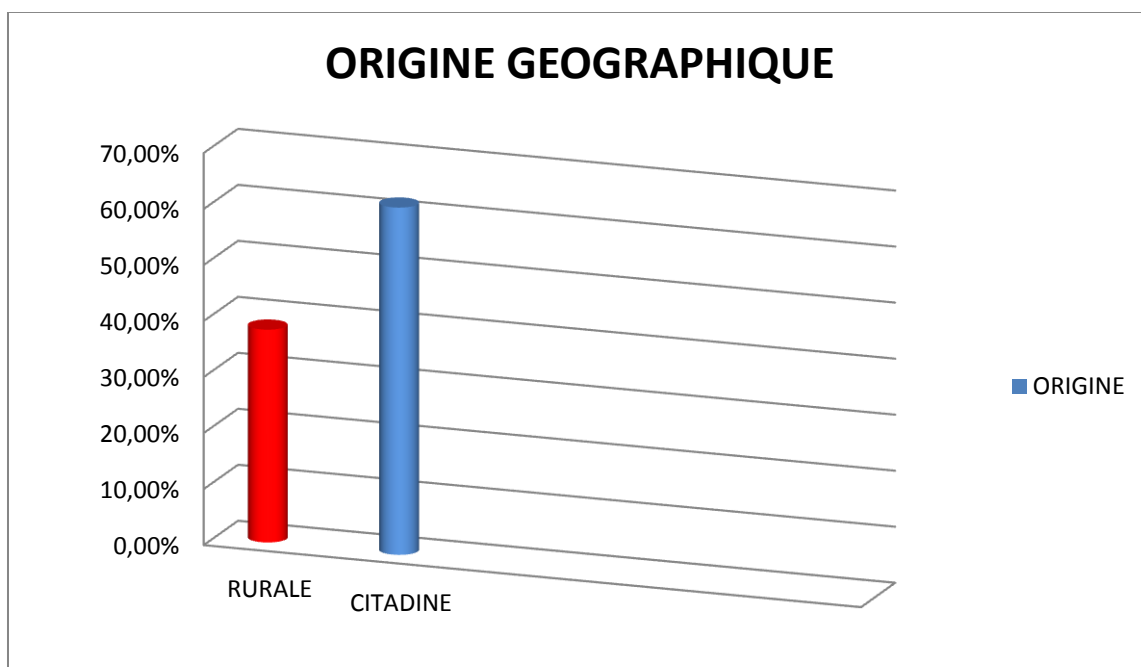


Fig.4 : origine géographique

On relève que 60% des schizophrènes de notre série sont issus d'un milieu citadin et 40% de milieu rural. (fig.4).

## VIVRE SEUL

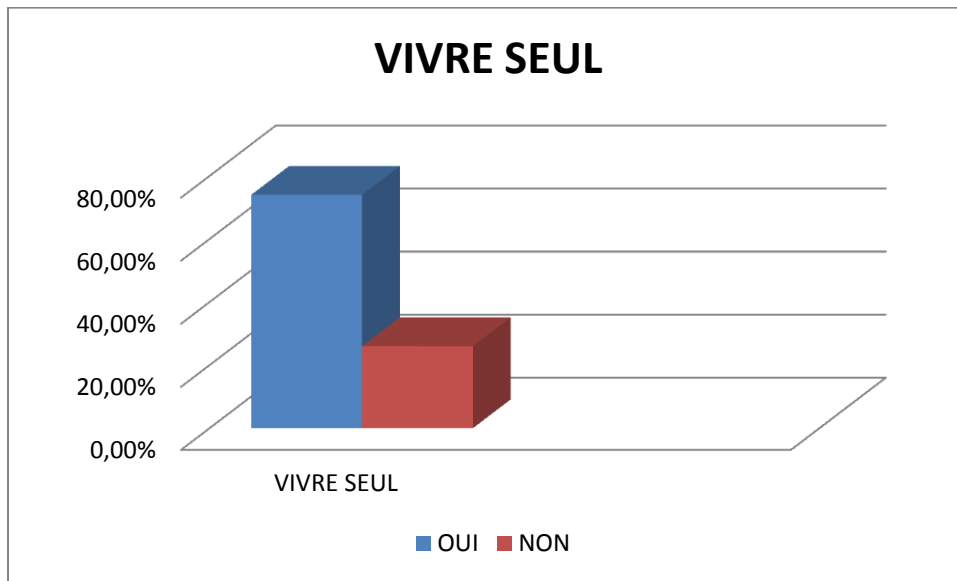


Fig.5 : vivre seul.

Le terme de vivre seul ou living alone récemment utilisé ( Taiminen et Schäfer en 2004) pour mettre en évidence un mode de vie plus complexe que le célibat ou le malade dépend uniquement de soi même et ce mode de vie est retrouvé chez **60%** de nos malades (fig.5) et plus spécifiquement chez les schizophrènes suicidaires.

## LE SEXE



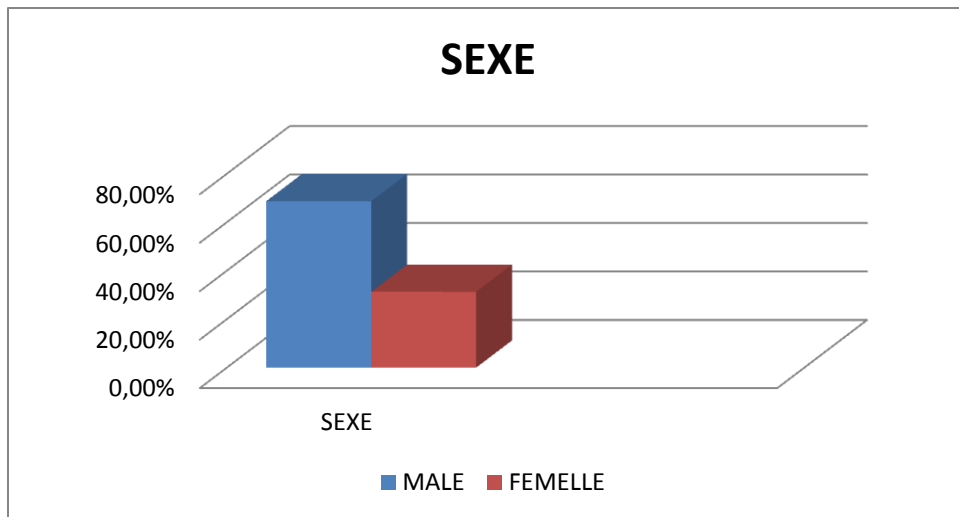


Fig.6 : le sexe

Le sexe masculin est représenté avec un taux de 65% du total de la population d'étude (fig. 6)

## **PROFESSION**

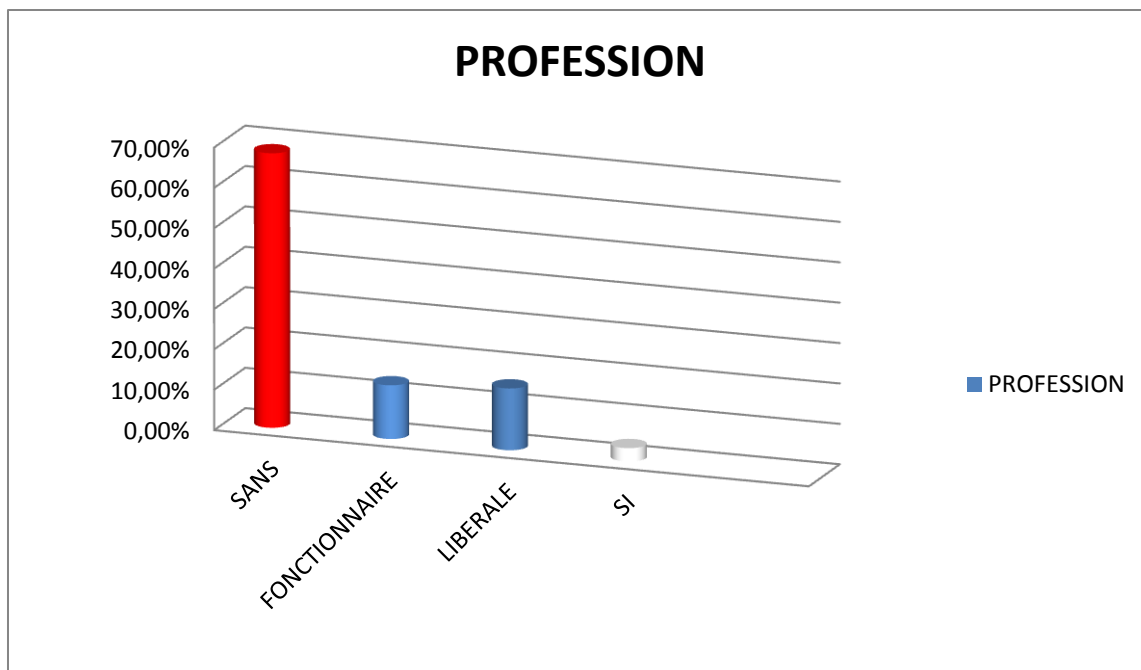


Fig.7 : la profession

Dans notre série, c'est presque **65%** de la population qui reste sans profession (fig.7), enfin un taux de 10% qui continue a exercer une activité libérale familiale.

**AGE DE DEBUT**

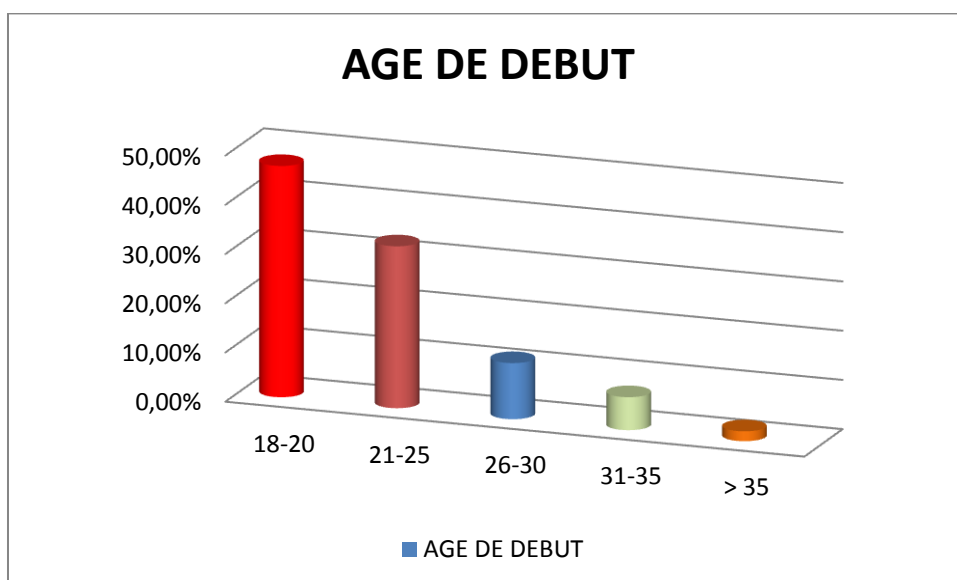


Fig.8 : âge de début.

La tranche d'âge se situant entre 21-25 ans est présente avec un taux de 30% et plus on avance dans l'âge et plus le taux diminue.

### DEBUT DU TOXIQUE/ PSYCHOSE

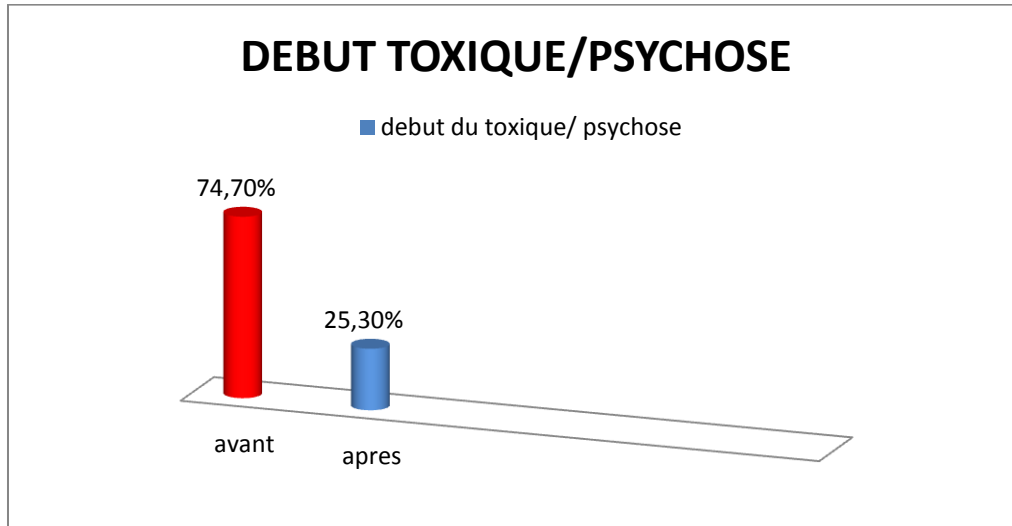


Fig.9 : début du toxique/psychose

Dans notre série, **74.7%** des schizophrènes ont goûté à l'expérience du toxique avant le début de leur psychose (fig.10).

### TYPE DE TOXIQUE.

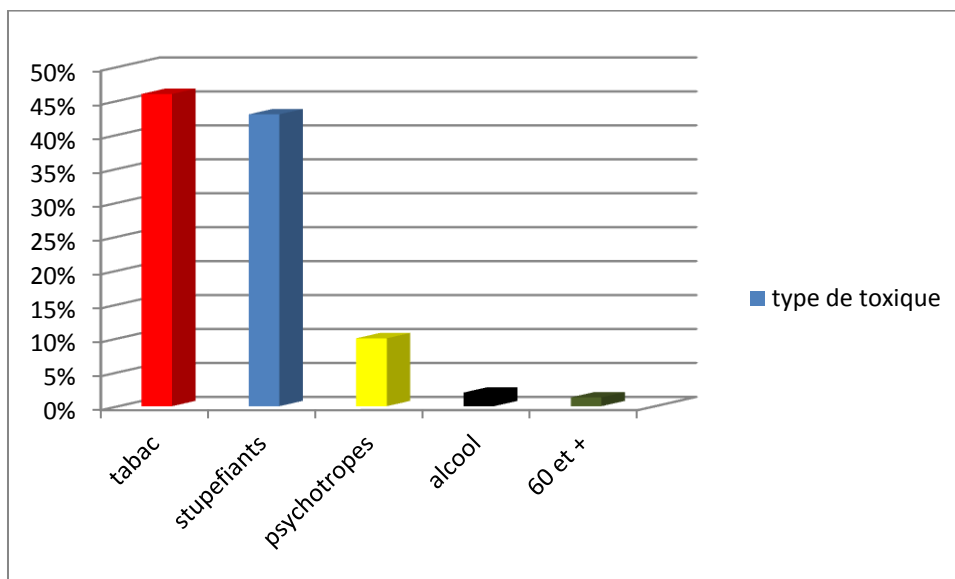


fig.11/ type de toxique

Dans notre série, la consommation de tabac (45%) et du cannabis (43 %) arrivent en pole position de produits toxiques consommés par notre population d'étude.

La consommation de psychotropes est de l'ordre de 10% et concerne les antiparkinsoniens de synthèse et les benzodiazépines.

### CONSANGUINITE

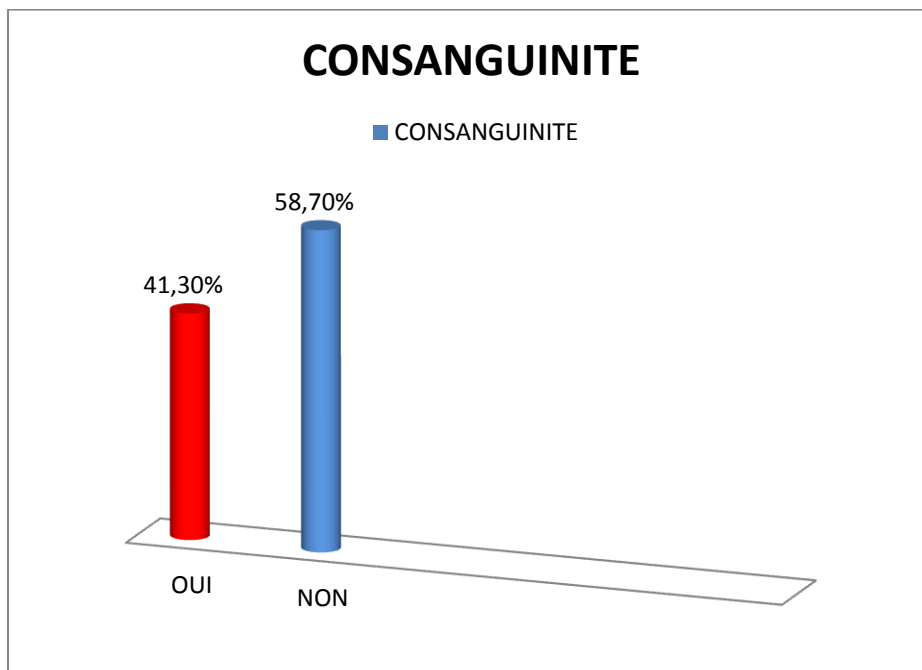


Fig.12 : la consanguinité

Concernant l'item consanguinité parentale, nous constatons que **58.7%** ne présentent pas de consanguinité, alors que **41.3** rapportent la notion de consanguinité parentale (fig.12).

## MORBIDITE FAMILIALE

Dans le même ordre d'idées, la morbidité psychiatrique familiale demeure importante dans le bilan pronostic du devenir du schizophrène et dans notre série (fig.13) **42%** des schizophrènes présentent une morbidité psychiatrique familiale.

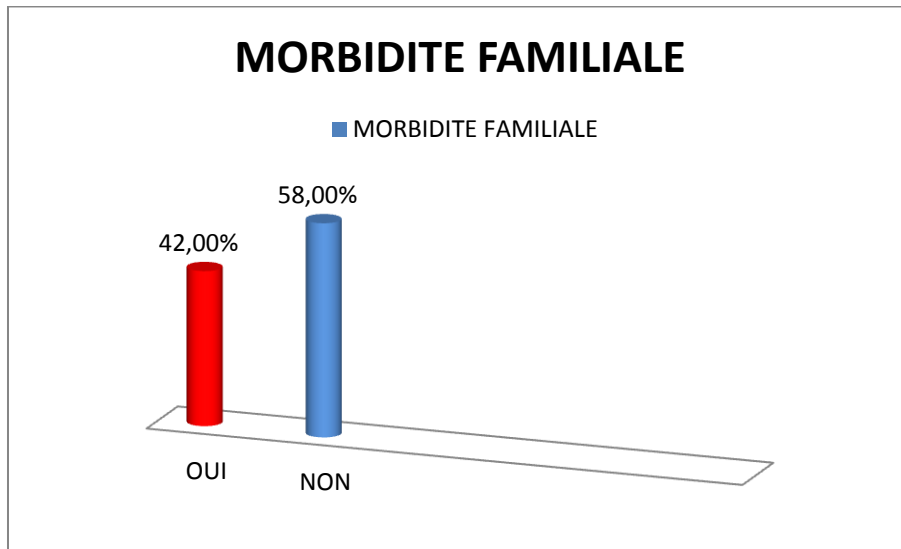
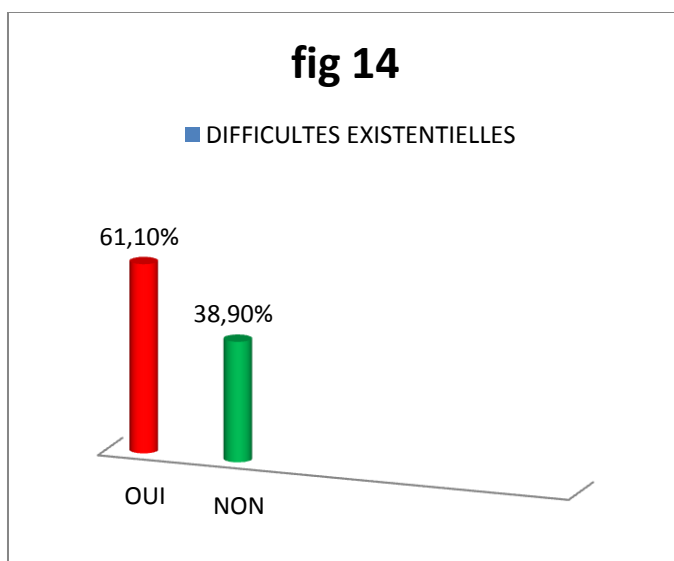


Fig.13 : la morbidité familiale.

## DIFFICULTES EXISTENTIELLES



Quoiqu'il en soit, on retrouve que **61.1%** des schizophrènes de notre série présentent un événement ou une difficulté existentielle juste avant la décompensation psychiatrique. (fig.14)

### **NOMBRE D'HOSPITALISATION**

**62%** des schizophrènes de notre série ont un nombre d'hospitalisation variant entre 1 et 3(fig.15) alors que seulement **13%** ont plus de 8 hospitalisations dans leur cour évolutif de la maladie.

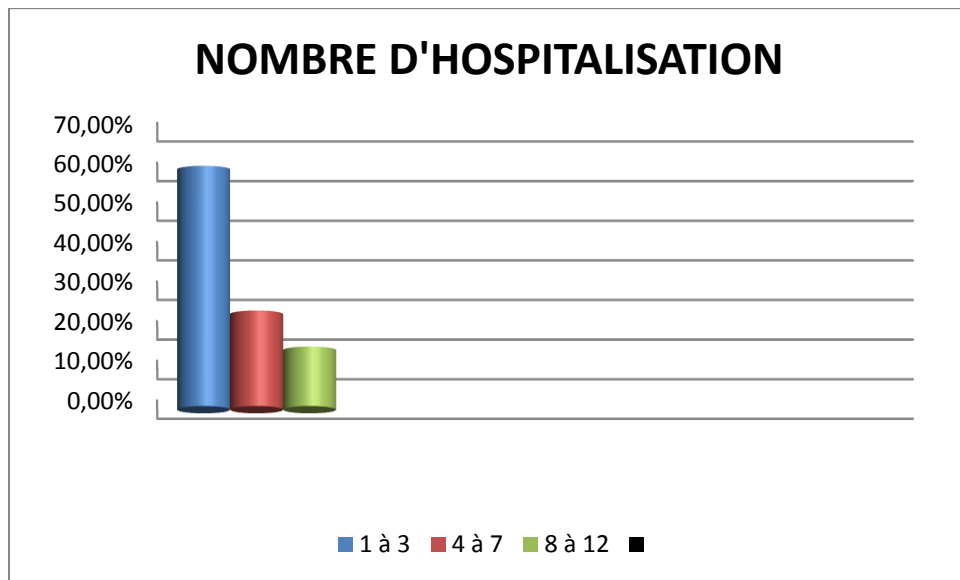


Fig.15 : nombre d'hospitalisation

## DUREE DE SEJOUR

Une fois hospitalisés, (50%) des malades schizophrènes de notre série ont une durée de séjour variant entre 20-30 jours (fig.15)

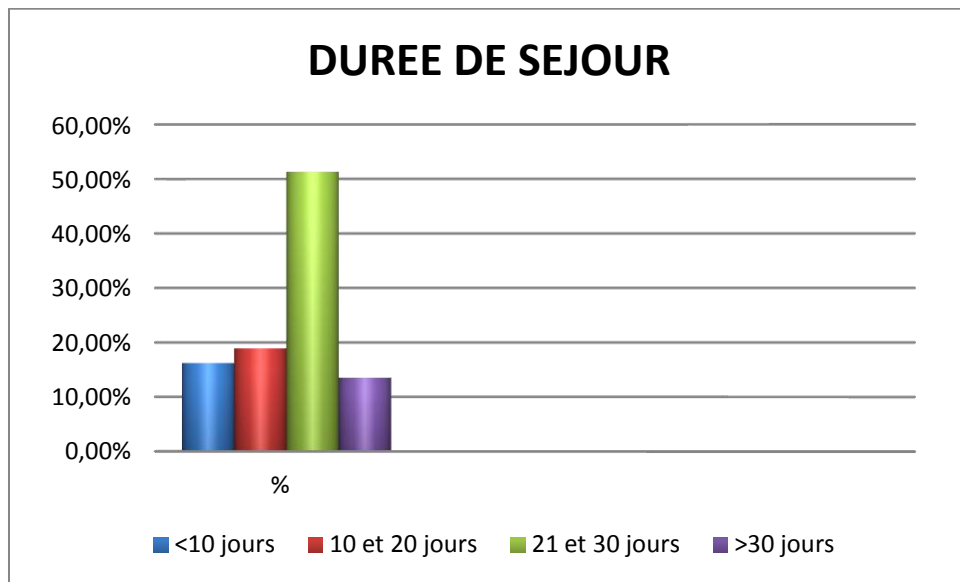


Fig.15 : durée de séjour

## DIAGNOSTIC

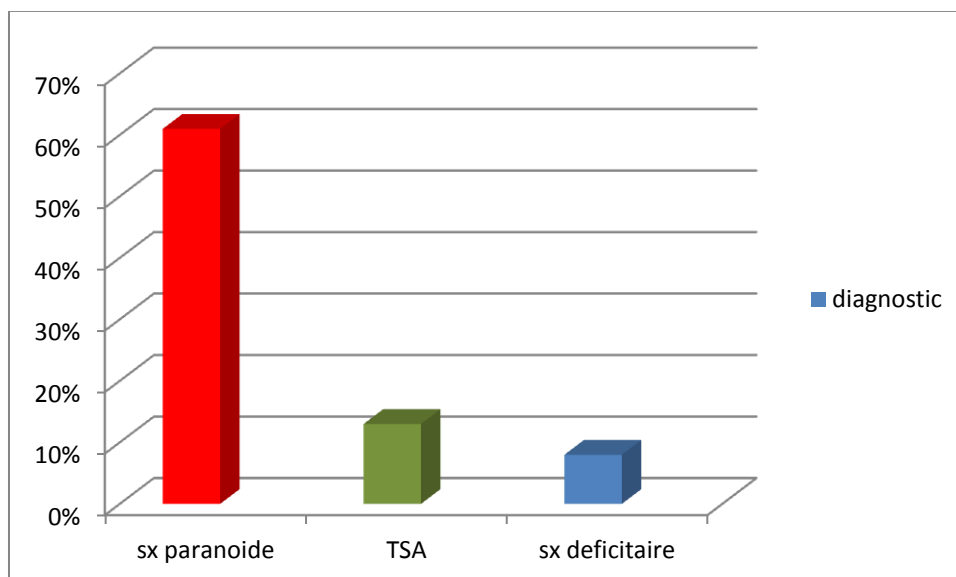


Fig.16 : le diagnostic

Dans **61%** des cas, le diagnostic selon l'axe 1 du DSMIV chez les schizophrènes de notre série est une schizophrénie **paranoïde** (fig.16).

### **MODE DE DEBUT DE LA PSYCHOSE.**

Nous constatons que dans **52%** des cas (fig.17) le mode de début est progressif, alors que dans **32%** des cas, le mode de début de la psychose est dit brutal.

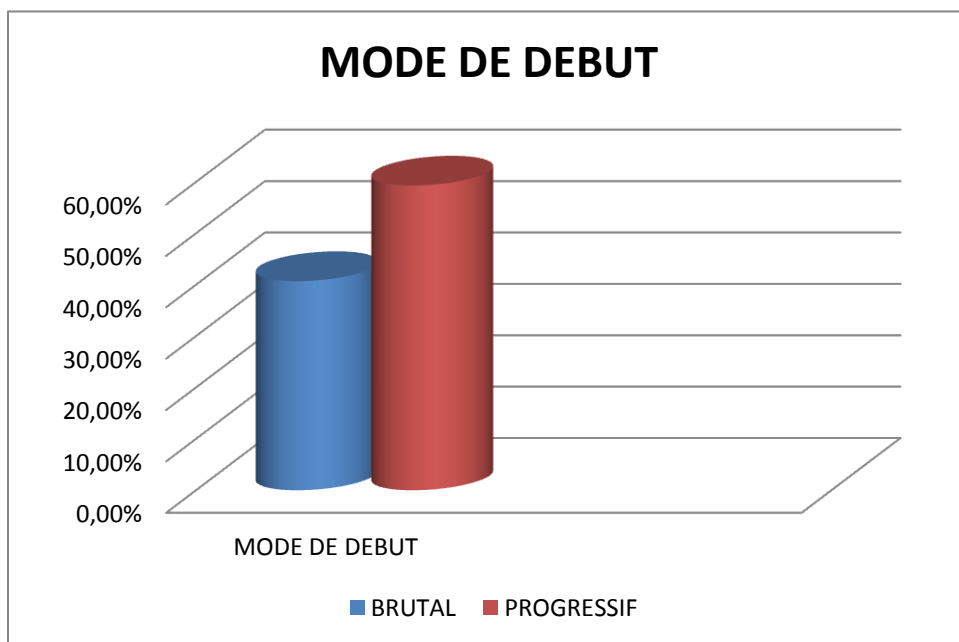


Fig.17 : mode de début de la psychose

### **OBSERVANCE DE TRAITEMENT.**

Presque et à part égales, 50.4% de schizophrènes ont une bonne observance thérapeutique et 49.7% ont une mauvaise observance sinon une indiscipline thérapeutique.



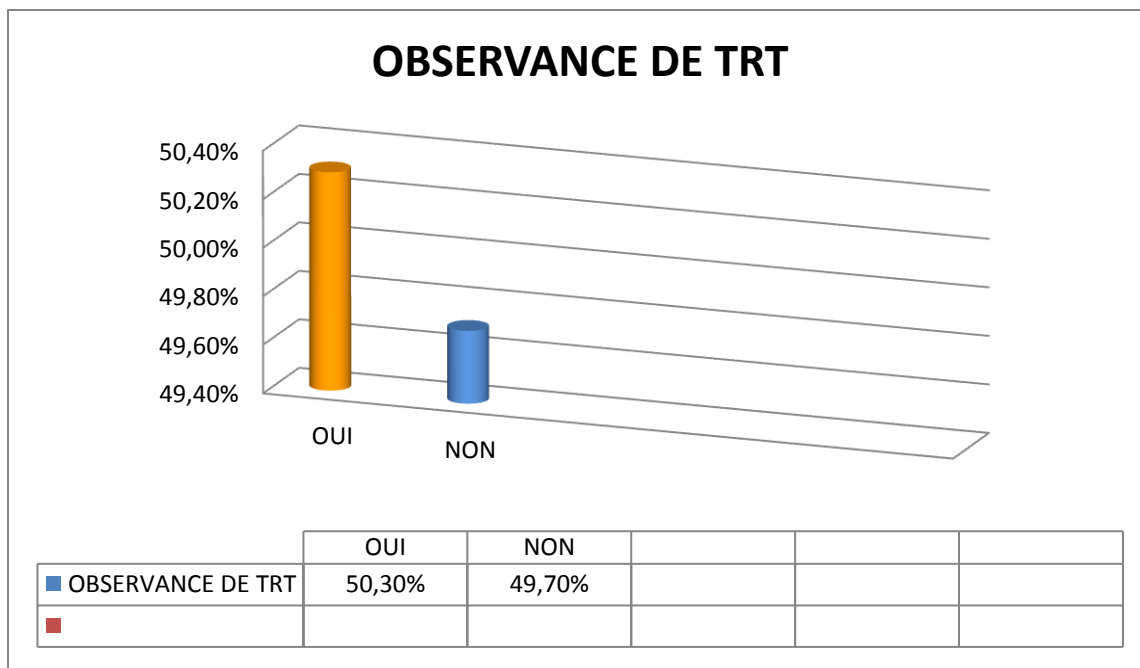


Fig.18 : observance thérapeutique

### TYPE DE TRAITEMENT.

Le traitement le plus utilisé en milieu hospitalier dans le cas de notre série est constitué de **neuroleptiques** classiques conventionnels dans **63%** des cas (traitement prescrit par voie parentérale dans les premiers jours de l'hospitalisation pour une bonne imprégnation médicamenteuse et enfin cela fait partie des habitudes de prescription lorsqu'on reçoit un schizophrène en décompensation) (fig.19)

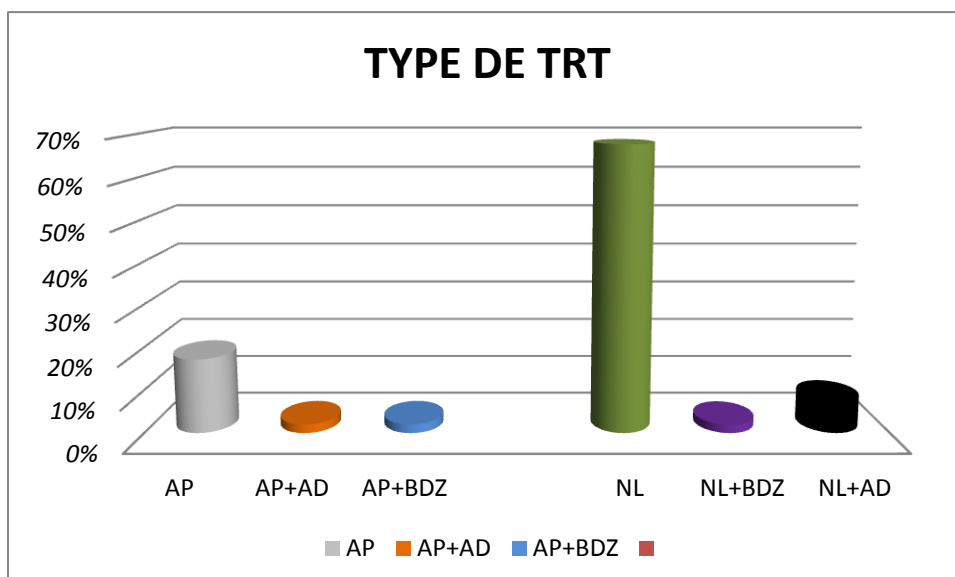


Fig.19 : le type de traitement utilisé

## PRISE EN CHARGE FAMILIALE.

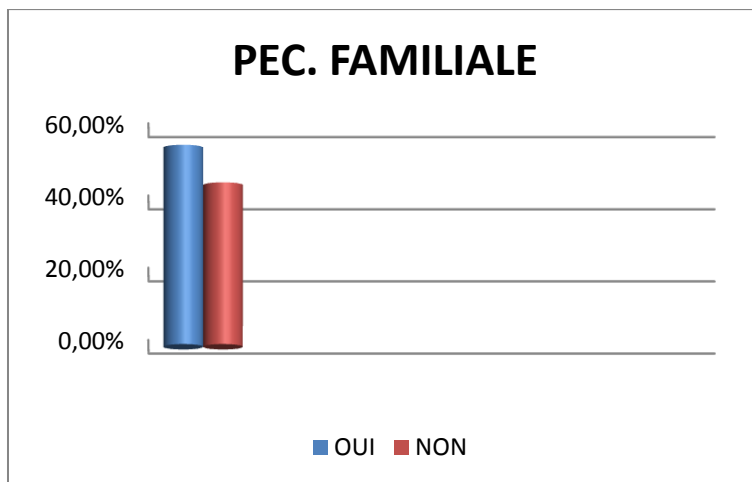


Fig.20 : la prise en charge familiale

Dans 57% (fig.20) des cas, la famille s'inquiète, se renseigne rend visite à son malade d'une façon régulière et même en dehors de l'hôpital, la prise en charge familiale est effective et fait partie certaine du projet thérapeutique.

## EVOLUTION

L'évolution de la maladie au cours du séjour est jugée bonne dans 45% des cas, médiocre dans 50% des cas (fig.21).

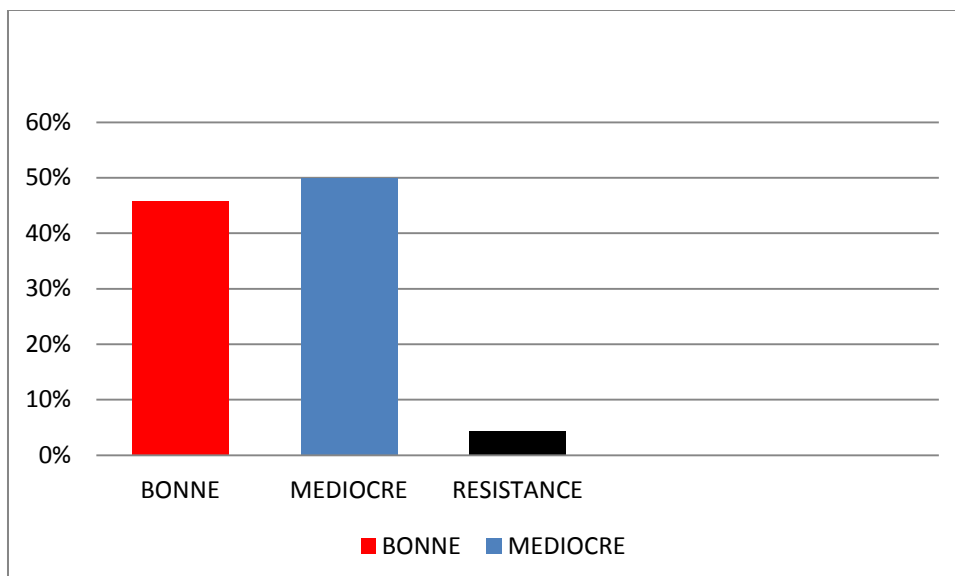


Fig.21 : Evolution.

## PARTICULARITES DES SCHIZOPHRENES SUICIDAIRES

### PROCEDE DE TS

Nous remarquons que le procédé le plus utilisé pour la tentative de suicide est la **précipitation dans le vide** qui représente un taux de **32%** (fig.1).

L'ingestion de psychotropes vient en seconde position avec **22%** des cas et l'ingestion de produits caustiques avec un taux de **17%**.

La tentative de suicide par pendaison vient avec un taux de **20%**.

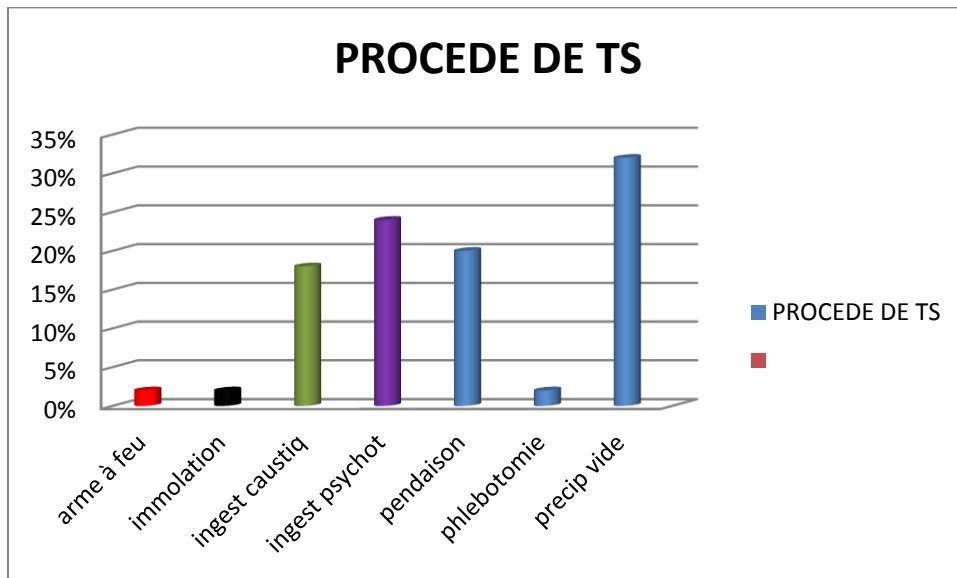


Fig.1. les procédés de la tentative de suicide

## ATCD DE TS DANS LA FAMILLE DU SCHIZOPHRENE

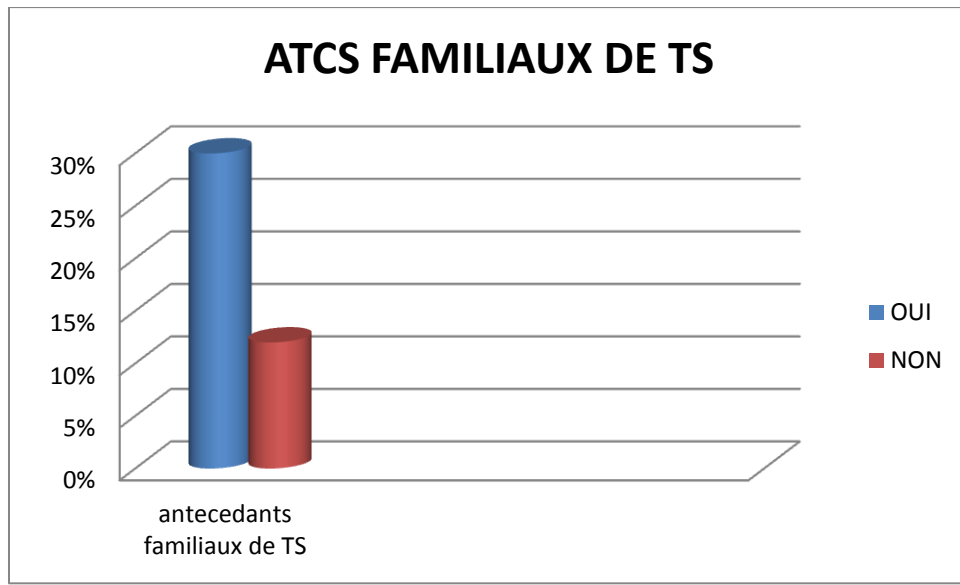


Fig.2 : antécédents familiaux de TS

Dans notre série, **30%** de schizophrènes suicidaires ont des antécédents suicidaires dans la famille (fig.2)

## ATCD DE TS DANS LA POPULATION SUICIDAIRE

La présence de tentative de suicide dans les antécédents de la population de schizophrènes suicidaires est retrouvée dans **60%** des cas (fig.3).

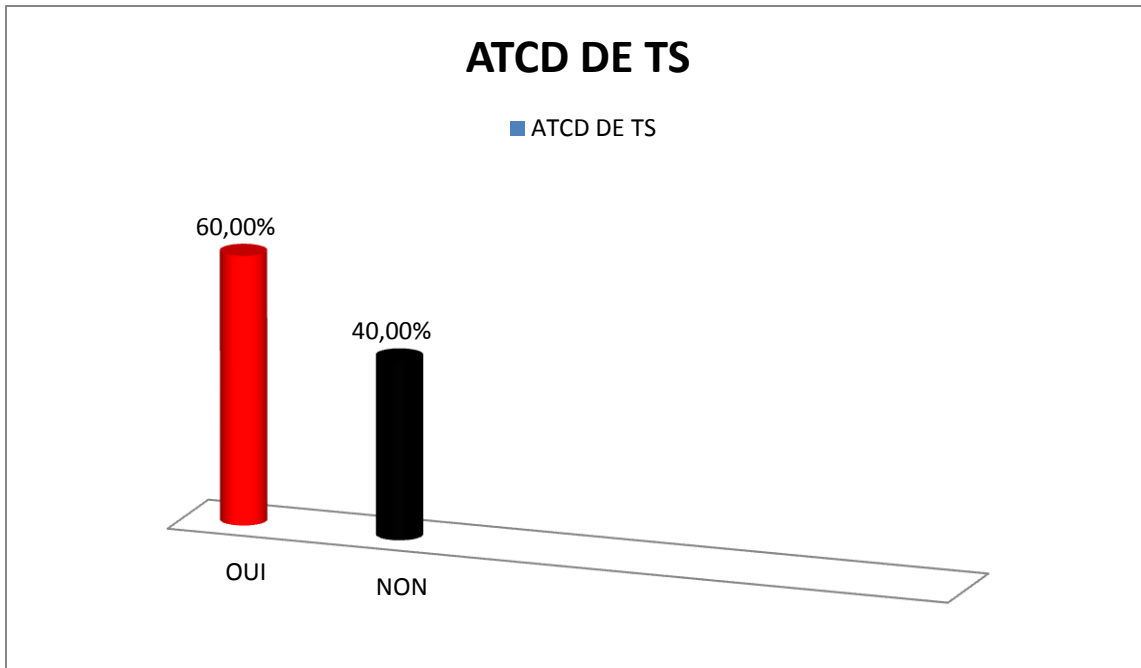


Fig.3 : antécédents de tentative de suicide.

### NOMBRE DE TS DANS LES ANTECEDANTS

Dans notre série, **55%** de schizophrènes suicidaires ont eu une seule tentative de suicide dans le passé (fig.4) et **28%** ont en eu deux tentatives.

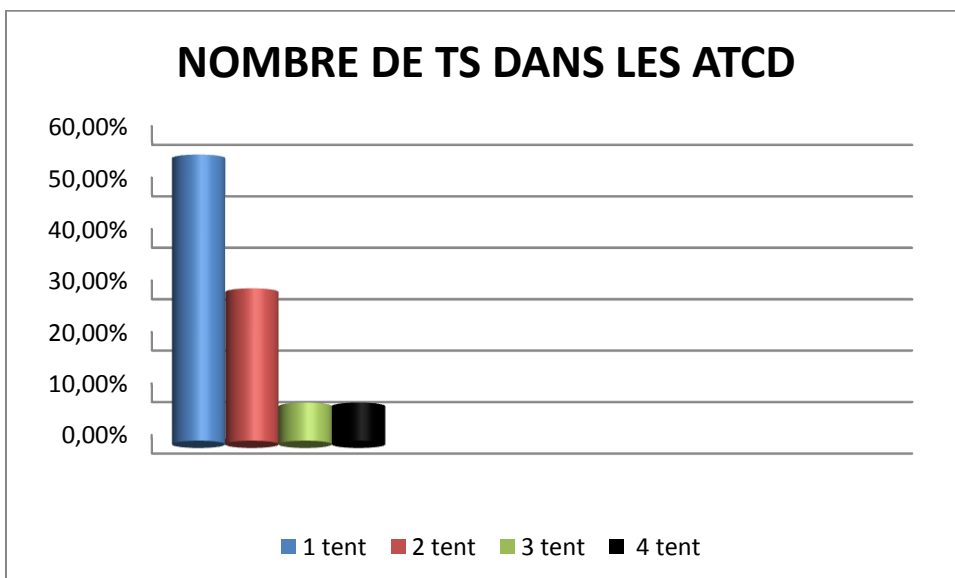


Fig.4 : nombre de tentative de suicide dans les antécédents.

## CIRCONSTANCES DE LA TS (POPULATION SUICIDAIRE)

Alors 36% mettent au premier lieu des hallucinations psychiques impératives sur fond dépressif pour expliquer leur passage à l'acte (fig.5)

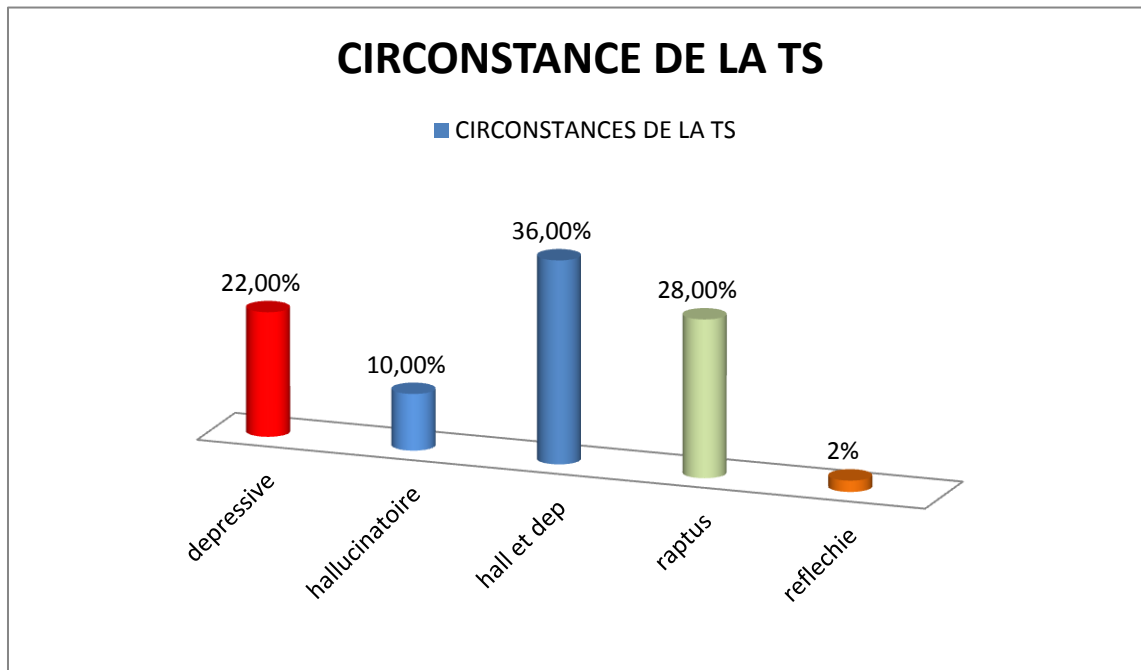


Fig.5 : les circonstances de la tentative de suicide

D'autres (28%), le mettent sous l'effet d'un raptus à très forte charge anxieuse ne voyant de solution que dans le geste suicidaire.

Enfin 22% des cas le mettent sous l'effet d'une dépression franche avec désirs de mort.

## HORAIRE DE LA TS

- Dans **23%** des cas la tranche d'horaire utilisée par les schizophrènes pour le suicide se situe entre 8h-12h de la matinée
- Les malades qui choisissent la tranche d'horaire entre 13h – 19h sont de l'ordre de 15%.

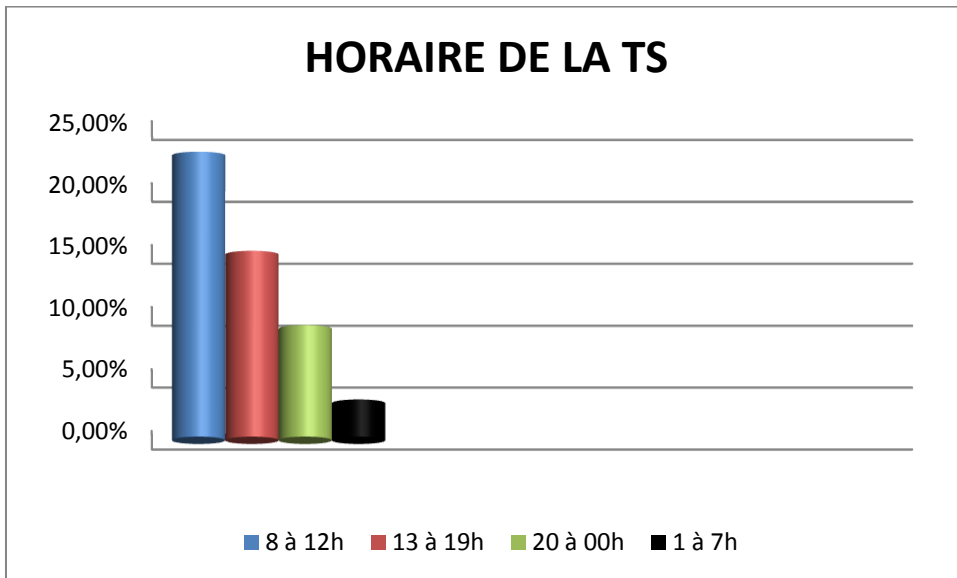


Fig.6 : horaire de la tentative de suicide

### SAISON DE LA TS

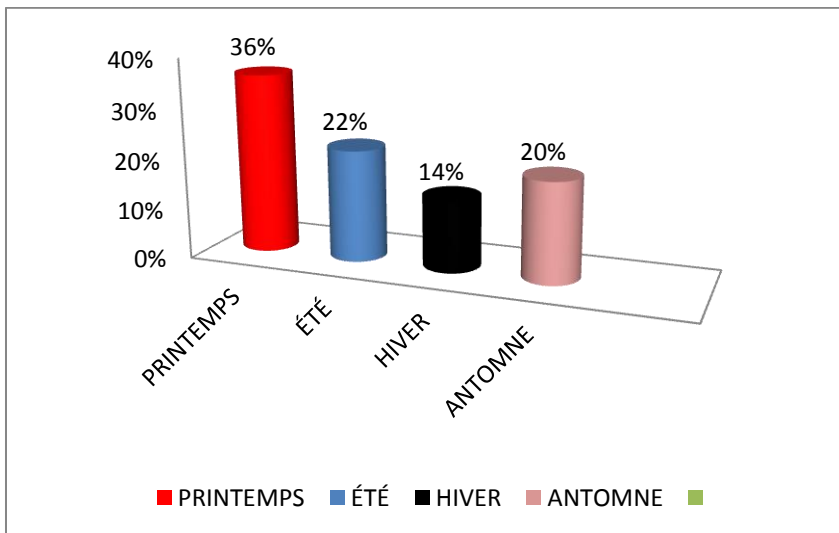
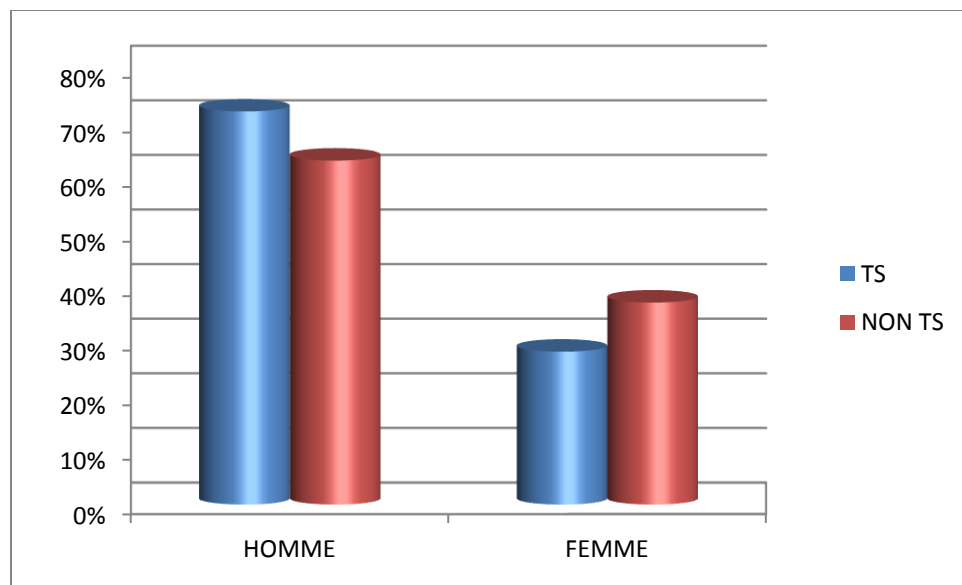


Fig.7 : la saison de la tentative de suicide.

Dans **36%** des cas la saison du passage à l'acte suicidaire est le printemps (fig.7).

## COMPARAISON DES DEUX POPULATIONS .

### LE SEXE



**Fig 1.** Comparaison des deux groupes en fonction du sexe

Les schizophrènes hommes suicidaires ( **72%**) sont supérieurs aux non suicidaires ( **63%**)( différence statistiquement significative.  $p < 0.001$  ).( fig.1)

Alors que les femmes schizophrènes non suicidaire( **37%**) , leur taux est supérieur à celui des femmes schizophrènes suicidaires ( **28%**) .



## L'AGE

On remarque que **66%** des schizophrènes suicidaires ont un âge compris entre **21-40 ans**, et que la tranche entre **21-30 ans** est plus vulnérable avec un taux de **36%**( fig.2) .

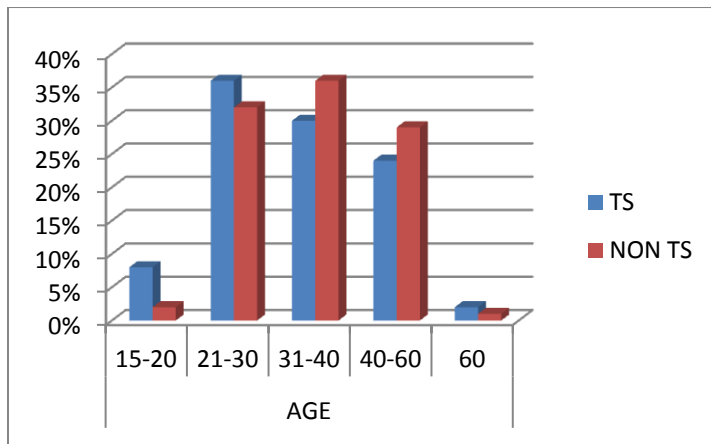


Fig.2. comparaison des deux populations selon l'age.

## ETAT CIVIL

Sous l'appellation « vivre seul » nous avons regroupé les célibataires ,les divorces et les séparés et nous avons comparé les deux populations.

Pour les schizophrènes suicidaires, **84%** vivent seuls alors que les non suicidaires représentent un taux de **69%** (fig.3).

Cette différence de score est hautement significative (  $p < 0.01$ ) et concorde avec la littérature.

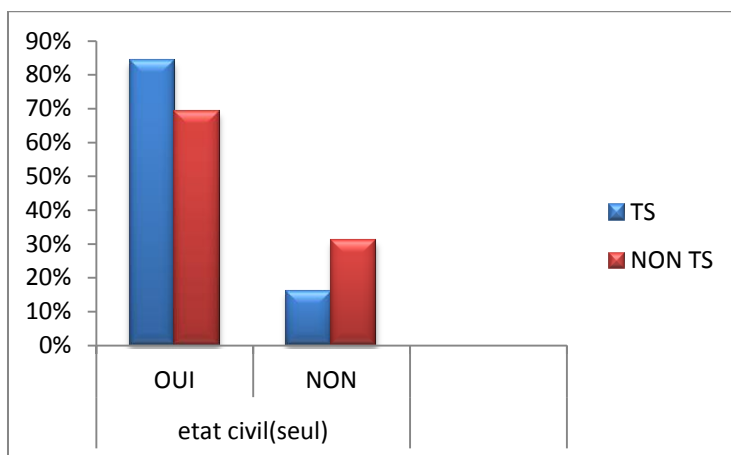


Fig.3.comparaison des deux populations selon l'etat civil

## NOMBRE D'ENFANTS

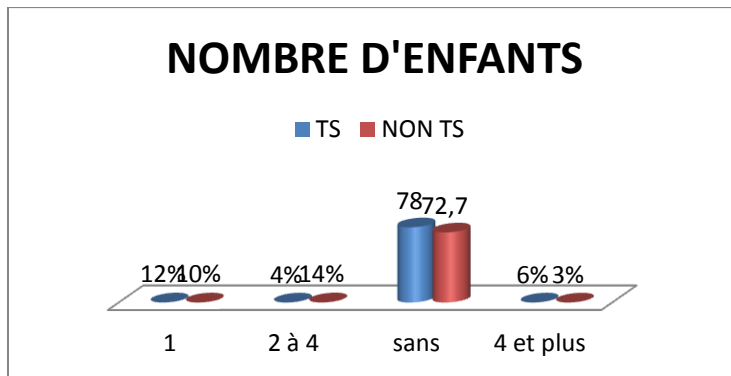


Fig.4 : comparaison des deux populations en fonction du nombre d'enfants

Ne pas avoir d'enfants semble être un facteur de risque important chez les schizophrènes et d'autant plus qu'il existe une conduite suicidaire associée (78% chez les suicidaires contre 72% chez les non suicidaires)(  $p=0.246$ )( fig.4)

## PROFESSION

Dans notre étude comparative, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les deux populations de schizophrènes ( $p<0.8$ ). (fig.5)

En effet dans la rubrique sans profession ; **66%** pour les suicidaires et **69%** pour les non suicidaires

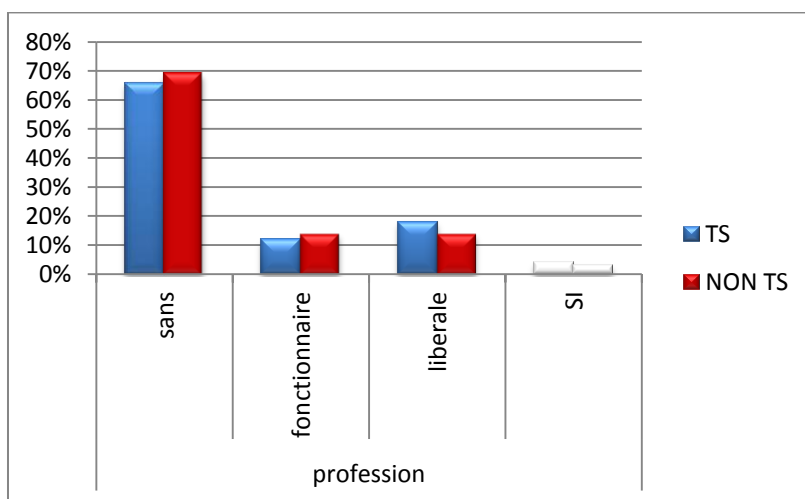


Fig.5 .comparaison des deux populations selon la profession.

## ORIGINE GEOGRAPHIQUE

Que l'origine géographique soit citadine ou rurale, on ne décèle aucune différence statistiquement significative dans notre série entre les deux populations de schizophrènes suicidaires ou non (fig.6)( $p=0.498$ )

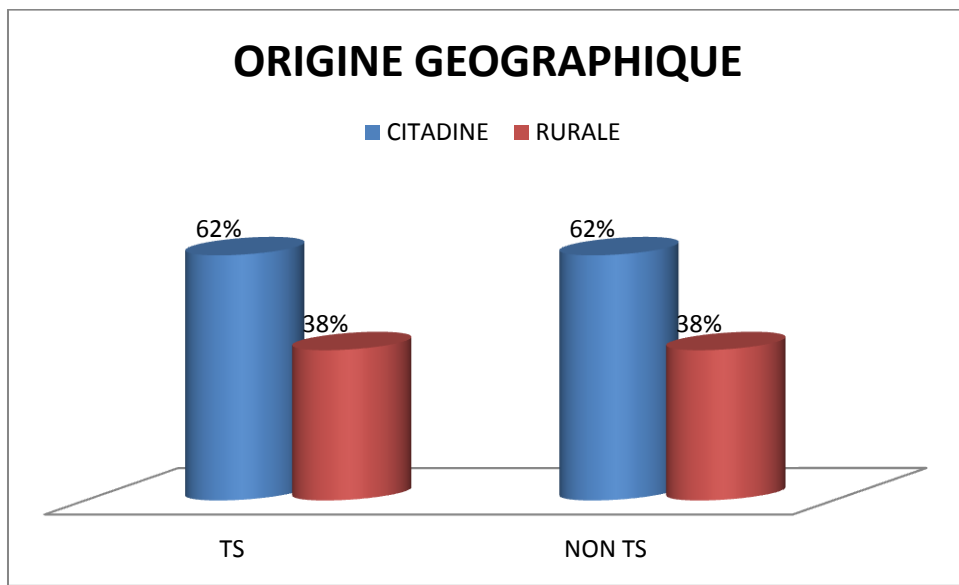


Fig.6 : comparaison des deux populations selon l'origine géographique profession.

### AU TOTAL :

On constate une **homogénéité** entre les deux groupes concernant les caractéristiques : sexe, âge, état civil, et profession.

*Les différences constatées entre les deux populations ne pourraient pas être impliquées en partie ou en totalité à ces caractéristiques.*

## LE DIAGNOSTIC

Dans notre serie, le diagnostic le plus frequent dans les deux populations de schizophrènes est la schizophrénie paranoïde ( 60% pour les suicidaires et 65% pour les temoins) et la difference n'est nullement significative entre elles( les deux populations)(  $p=0.4549$ ).( fig.7)

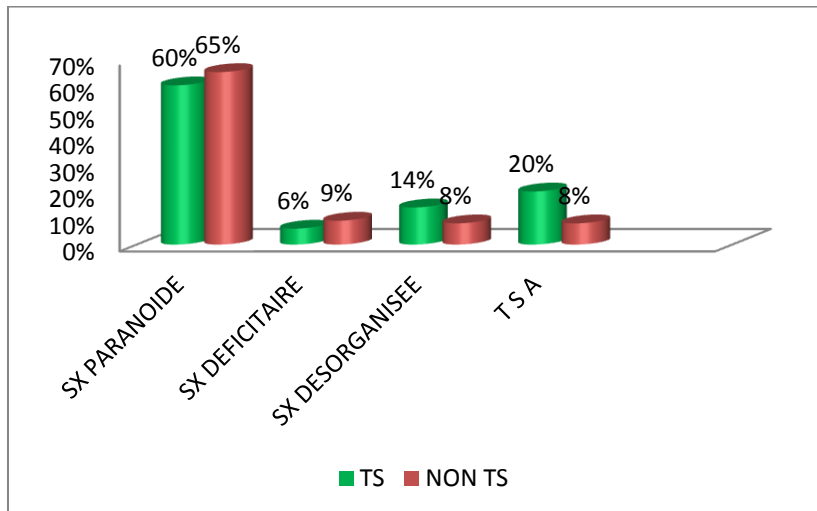


Fig.7: comparaison des deux populations selon le diagnostic.

## MODE DE DEBUT

Un mode de debut brutal de la schizophrénie est retrouvé dans **70%** des cas des suicidaires contre seulement **26%** chez les non suicidaires (fig.8) et cette difference est statistiquement hautement significative (  $p < 0.0001$  )

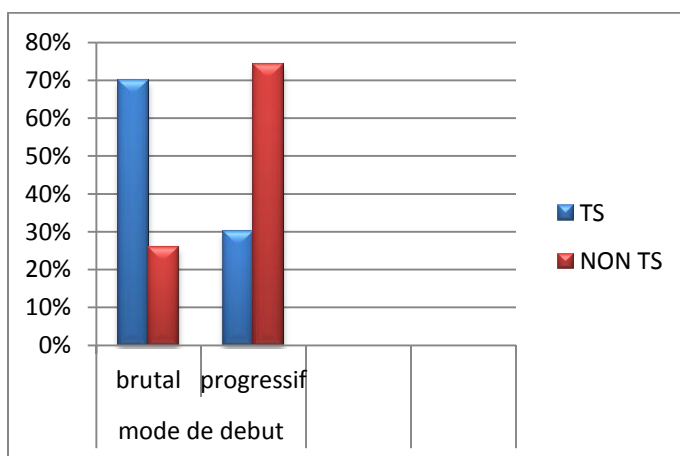


Fig.8 : comparaison des deux populations selon le mode de début

## AGE DE DEBUT

Concernant la tranche d'âge comprise entre 18-25 ans, il n'existe aucune différence significative entre les deux populations (fig.9) ( $p < 0.03$ ), alors que dans la tranche d'âge comprise entre 26-35 ans, les schizophrènes suicidaires sont supérieurs.

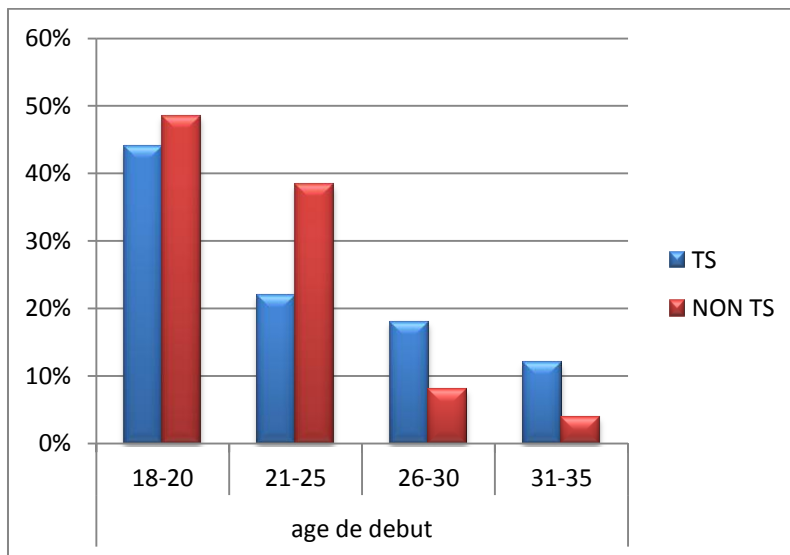


Fig.9 : comparaison des deux populations selon l'âge de début

## DEBUT DU TOXIQUE/PSYCHOSE

Dans notre série, on retrouve 86% de schizophrènes suicidaires ont goûté au toxique **avant** le début des troubles contrairement aux non suicidaires où la fréquence est de l'ordre de 65% (fig.10), la différence entre les deux populations est assez significative ( $p = 0.022$ ),

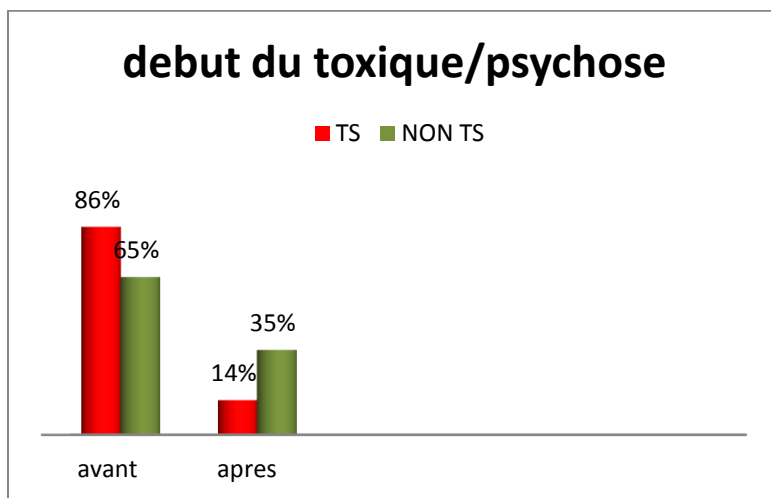


Fig.10 : comparaison des deux populations en fonction du début du toxique

## TYPE DE TOXIQUE

Le type de toxique consommé par la population des schizophrènes suicidaires se trouve être le **cannabis** dans (46%) des cas et les psychotropes (16%) des cas (fig.11)

Cette différence se trouve hautement significative et prouve l'impact des stupéfiants sur la fréquence des passages à l'acte suicidaire chez le schizophrène ( $p < 0.001$ )

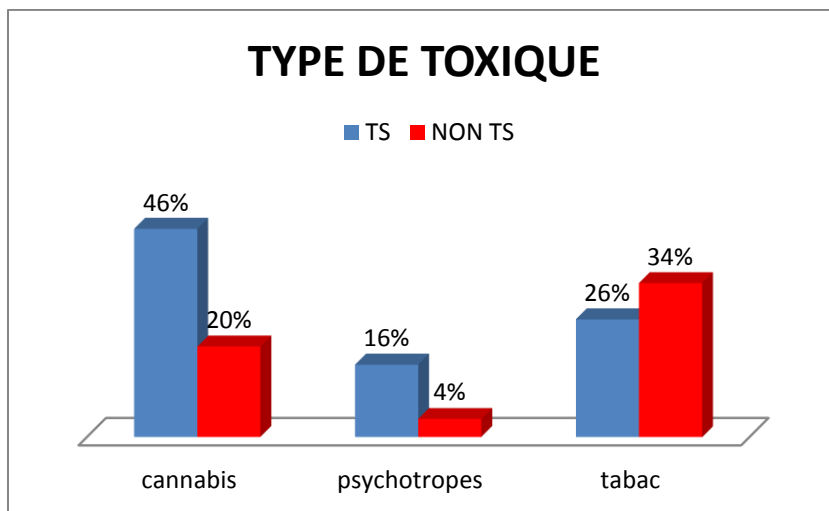


Fig.11 : comparaison des deux populations selon le type de toxique

## OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

On remarque que dans **84%** des schizophrènes suicidaires, il ya absence d'observance thérapeutique comparativement à la population des non suicidaires ou **67%** observent un suivi régulier et une bonne observance thérapeutique et cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0.0001$ ) ( fig.12).

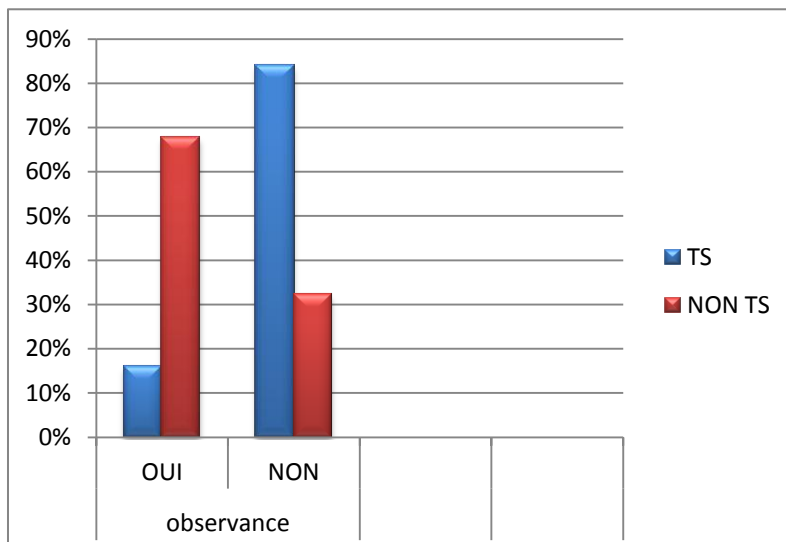


Fig.12 : comparaison des deux populations selon l'observance thérapeutique

## LA CONSANGUINITE PARENTALE ET LA MORBIDITE FAMILIALE

Nous remarquons que **56%** des schizophrènes suicidaires ont une consanguinité parentale contre seulement **34%** pour les non suicidaires.( fig.13)  
La différence est statistiquement hautement significative (  $p < 0.005$ ).

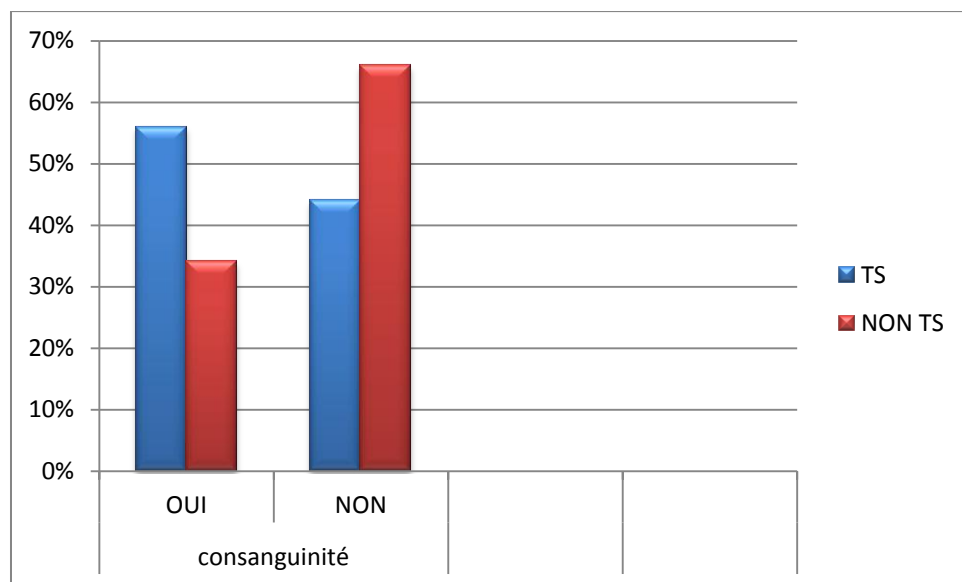


Fig.13 : comparaison des deux populations en fonction de la consanguinité

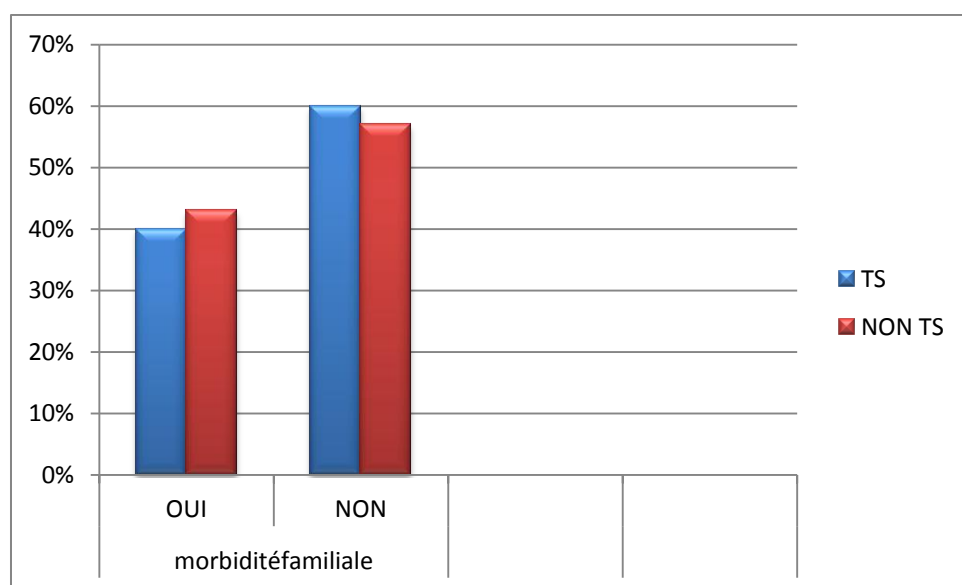
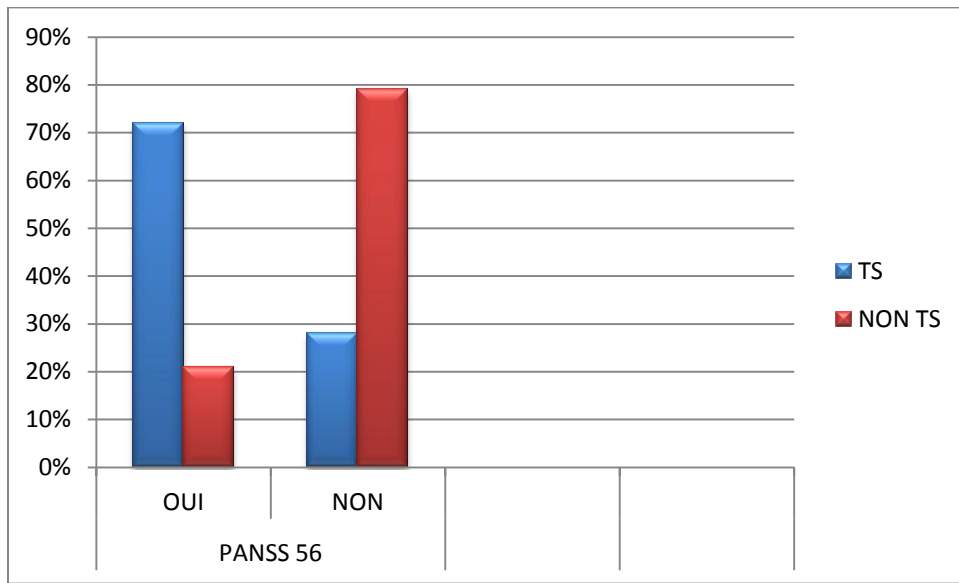


Fig.14 : comparaison des deux populations selon la morbidité familiale

## LES SCORES A LA PANSS ET DEGRES D'INSIGHT

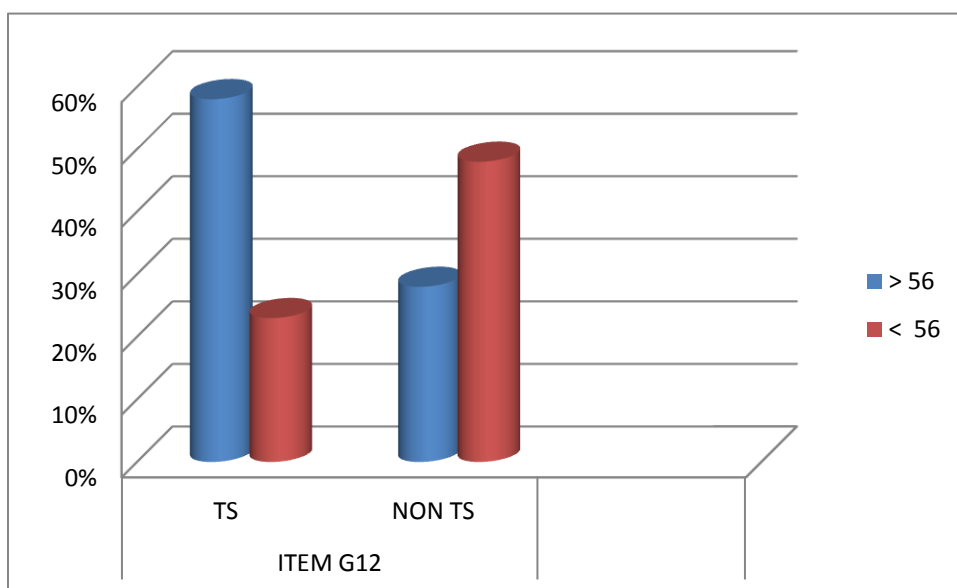


**Fig.15 :** comparaison des deux populations selon les scores à la PANSS

Nous avons établi un score de 56 reflétant un score moyen à la PANSS au-delà duquel elle serait franchement pathologique (soit exacerbation des éléments de la sous échelle positive ou de la sous échelle négative)

Dans notre série **72%** des schizophrènes suicidaires ont un score supérieur à la moyenne (au-delà de 80) contre seulement **21%** pour la population de schizophrènes non suicidaires et cette différence est fortement significative ( $p < 0.0001$ ) (fig.15).

## ANALYSE DE L'ITEM G12 : MANQUE DE JUGEMENT ET DE CONSCIENCE DE LA MALADIE.



**Fig16 :**  
comparaison  
des deux  
populations  
selon l'item  
G12



Le score de l'item G12 de l'échelle de la **psychopathologie générale** intitulé « **manque de jugement et de conscience de la maladie** » de la PANSS se trouve élevé chez **58%** des cas des schizophrènes suicidaires contre **23%** chez les schizophrènes non suicidaires, différence jusque là hautement significative ( $p < 0.001$ ) (fig.16) d'un mauvais niveau d'insight chez les schizophrènes suicidaires.

### TYPE DE TRAITEMENT

le traitement par les neuroleptiques classiques vient en première position pour les deux populations du fait de l'utilisation du traitement en urgence par voie injectable (50% pour les suicidaires et 70% pour les témoins)(fig.17)

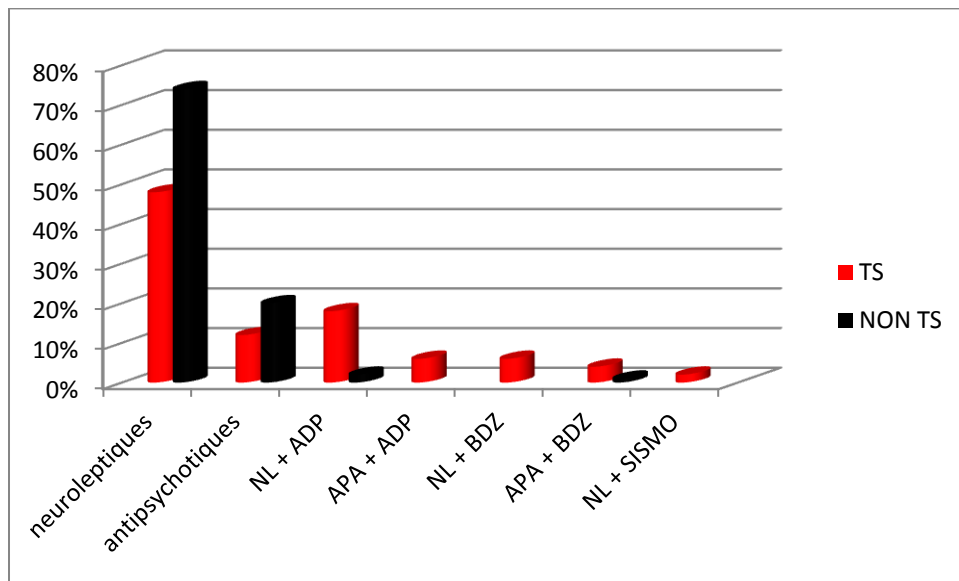


Fig.17 : comparaison des deux populations selon le type de traitement

## EVOLUTION

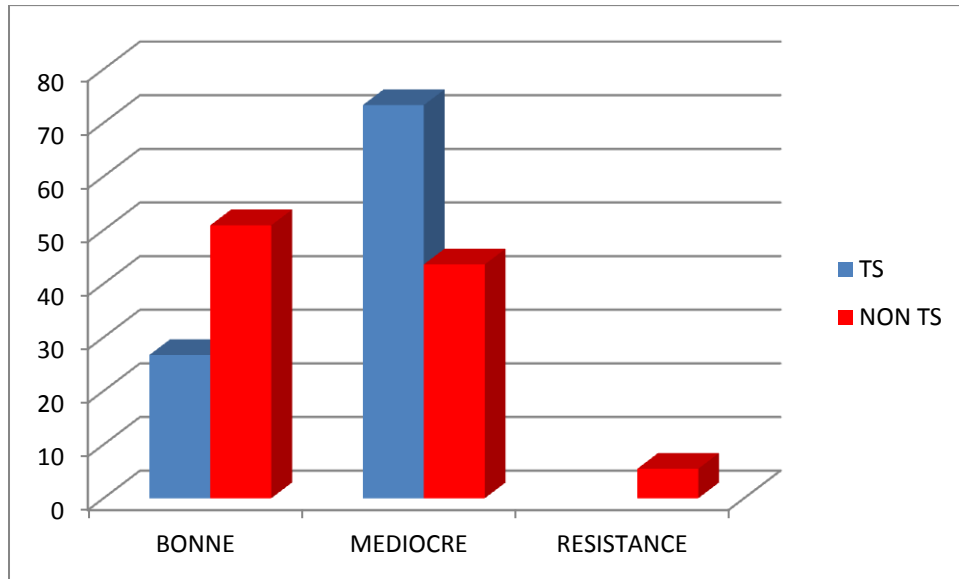


Fig.18. comparaison des deux populations selon l'évolution de la maladie

L'évolution est jugée bonne chez 26.7% de schizophrènes suicidaires contre 50.9% chez la population témoin et la différence est nettement significative ( $p < 0.001$ ) (fig.18).

## PRISE EN CHARGE FAMILIALE

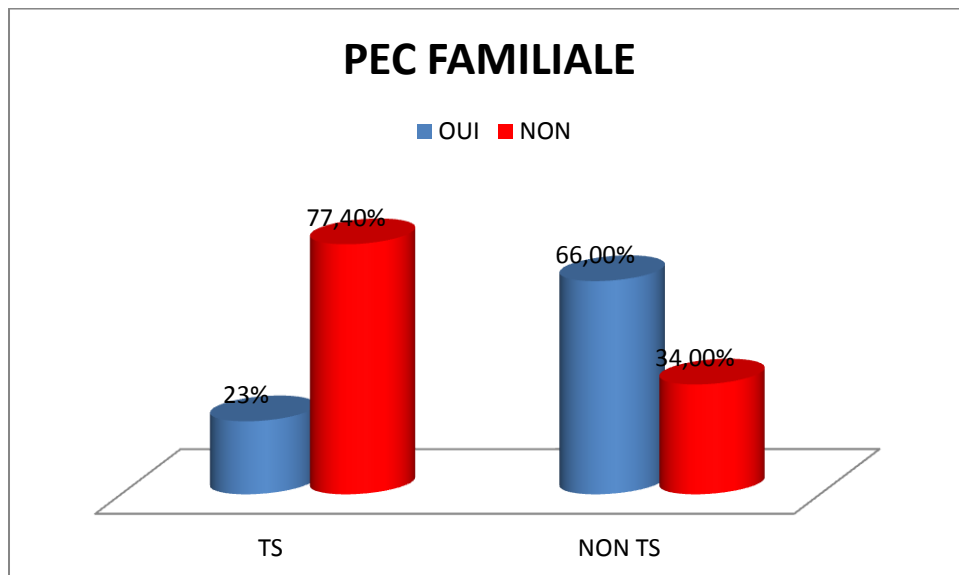


Fig.19 : comparaison des deux populations selon le prise en charge.

Dans notre série, 77% de schizophrènes suicidaires n'ont aucune prise en charge familiale avec désinsertion et désocialisation.

Alors que 66% de la population témoin présente une prise en charge et un intérêt particulier par les membres de leur famille, seulement 23% des schizophrènes suicidaires en possèdent (fig.19).

CHAPITRE IV

**DISCUSSIONS**

## **PARTICULARITES DES 150 MALADES.**

### **1) AGE**

La tranche d'âge comprise entre 40-60 ans est représentée avec un taux de **27.3%**, pourcentage qui nous paraît assez élevé par rapport aux données de la littérature qui parlent d'un taux n'excédant pas 15% (ils sont dits vieux schizophrènes).

Pour KACHA, les TS en Algérie sont plus fréquente (14 fois plus que lesuicide) et sont l'apanage des adolescents et 6% sont des récidivistes.

### **2) ETAT CIVIL**

Le statut de célibat se trouve représenté chez **73%** de nos malades , résultat déjà confirmé par plusieurs études dont celle de roy(1999), Drake(1986), Stephens(2000) et Wilkinson(2001) qui plaident pour un statut de célibat dans 80% de schizophrènes.

Les schizophrènes mariés sont peu représentés et représentent un taux de 16.7%.

### **3) VIVRE SEUL**

Le terme de vivre seul ou living alone récemment utilisé ( Taiminen et Schäfer en 2004) pour mettre en évidence un mode de vie plus complexe que le célibat ou le malade dépend uniquement de soi même et ce mode de vie est retrouvé chez **60%** de nos malades (fig.5) et plus spécifiquement chez les schizophrènes suicidaires.

Mais au fait la signification de vivre seul dans les pays européens n'est pas la même que pour ceux de notre pays, et sous cette appellation je mets en relief les malades abandonnés dans le service, les sans domicile fixe, les

schizophrènes qui nous sont adressés par DIAR RAHMA, les malades chez qui le rejet familial demeure manifeste, les familles de malades démunis ou a revenu faible ou inexistant et se répercute sur la prise en charge du malade qu'elle soit familiale sociale ou médicale.

### **LE SEXE**

Le sexe masculin est représenté avec un taux de 65% du total de la population d'étude , résultat déjà confirmé par Brier (1998) et Taiminen(2002) dans le british journal of psychiatry.

Pour KACHA, le suicide est plus important chez les hommes que chez les femmes et remarque que le sexe ratio s'inverse en milieu urbain.

### **PROFESSION**

Toutes les études traitant de la schizophrénie mettent en relief l'inactivité ou la sans profession du schizophrène qu'elle soit secondaire à sa maladie ou primaire(les capacités fonctionnelles et cognitives ne le permettaient pas dès le début de la maladie).

Dans notre série, c'est presque **65%** de la population qui reste sans profession , enfin un taux de 10% qui continue a exercer une activité libérale familiale.

### **AGE DE DEBUT**

L'âge de début de la maladie des schizophrènes de notre série se situe entre 18-20 ans (**45%**).

Cet item est relevé auprès des accompagnateurs du malade et est donné avec une précision se situant sur une année (année du début des troubles)

Cette tranche d'âge est retrouvée chez plusieurs auteurs traitant de la schizophrénie, J.Dalery dans son livre « traité des schizophrénies » mettait en exergue cette tranche d'âge qu'il dit très vulnérable.<sup>2</sup>

La tranche d'âge se situant entre 21-25 ans est présente avec un taux de 30% et plus on avance dans l'âge et plus le taux diminue.

### **DEBUT DU TOXIQUE/ PSYCHOSE**

Dans notre série, **74.7%** des schizophrènes ont goûté à l'expérience du toxique avant le début de leur psychose, résultat largement commenté par F.Rouillon et P M Llorca dans la revue Encéphale 2010 où les auteurs convergent vers une seule conclusion et que les drogues précipitent le fossé pour la schizophrénie et cette drogue **majore** le pronostic même de cette psychose.

### **TYPE DE TOXIQUE**

La consommation de tabac a tendance à diminuer dans la population générale ces dix dernières années mais tend à augmenter dans la population des schizophrènes (OMS .2007) avec comme conséquences des complications cardiorespiratoires et des cancers.

Dans notre série, la consommation de tabac (45%) et du cannabis (43 %) arrivent en pole position de produits toxiques consommés par notre population d'étude.

A.BELAID en étudiant la prévalence des TS et conduites addictives chez les schizophrènes hospitalisés (2004) retrouve une comorbidité des conduites addictives de 59% et suicidaires de 46.40% , une nette prédominance masculine ( 86%), une fréquence des ré hospitalisations ( 82.70%).

La consommation de psychotropes est de l'ordre de 10% et concerne les antiparkinsoniens de synthèse et les benzodiazépines.

## **CONSANGUINITE**

Concernant l'item consanguinité parentale, nous constatons que **58.7%** ne présentent pas de consanguinité, alors que **41.3** rapportent la notion de consanguinité parentale.

Chez les schizophrènes consanguins, 20% sont de premier degré et **10%** de second degré.

Chez les 20% de schizophrènes consanguins de premier degré **14.5%** sont suicidaires.

## **MORBIDITE FAMILIALE**

Dans le même ordre d'idées, la morbidité psychiatrique familiale demeure importante dans le bilan pronostic du devenir du schizophrène et dans notre série **42%** des schizophrènes présentent une morbidité psychiatrique familiale.

De ces 42% de schizophrènes ayant une morbidité familiale, 13% ont des antécédents familiaux de schizophrénie et 11% de troubles bipolaires.

Au total, sur l'ensemble des malades schizophrènes de notre série, **23%** présentent en même temps une consanguinité parentale(CP) et une morbidité psychiatrique familiale(MPF) (CP+, MPF+).

De ces 23% de CP+ et MPF+, **33% sont des schizophrènes suicidaires.**



## **DIFFICILES EXISTENTIELLES**

Difficulté existentielle est un terme vague et reste subjectif car la plupart des réponses sont recueillies auprès des membres de la famille ou des accompagnateurs et qui ont tendance à trouver un subterfuge pour expliquer la présence de leur malade au sein des urgences psychiatriques.

Quoiqu'il en soit, on retrouve que **61.1%** des schizophrènes de notre série présentent un événement ou une difficulté existentielle juste avant la décompensation psychiatrique.

Selon le recueil des données, les difficultés existentielles sont comme suit :

- décès d'un parent
- manque de traitement.
- absence de soutien ou support familial

D'ailleurs De –Hert (1998) Drake(2003) et Shaffer(2001) dans une méta-analyse d'études traitants des schizophrènes suicidaires ont indiqué qu'un événement était présent avant l'acte suicidaire dans 65% des cas.

## **NOMBRE D'HOSPITALISATION**

On retient que **62%** des schizophrènes de notre série ont un nombre d'hospitalisation variant entre 1 et 3, alors que seulement **13%** ont plus de 8 hospitalisations dans leur cour évolutif de la maladie.

De ces taux nous retenons que 51% des schizophrènes suicidaires ont un nombre d'hospitalisation variant entre 1 – 3 hospitalisations.

Ce chiffre rejoint ceux de la littérature dans la mesure où la plupart des suicides ou tentatives de suicide surviennent lors des premières hospitalisations ou les premiers mois du début de la maladie (B.Black et al 2004, H.Keith et al 2000 in British Journal Of Psychiatry 2008).

## **DUREE DE SEJOUR**

Une fois hospitalisés, (**50%**) des malades schizophrènes de notre série ont une durée de séjour variant entre 20-30 jours (cette durée de séjour permet d'instaurer un traitement au niveau des urgences puis transfert vers une unité de cure homme ou femme ensuite se donner le temps de l'observer et voir l'effet thérapeutique) , alors que 12% des malades dépassent les 30 jours.

## **DIAGNOSTIC**

Dans **61%** des cas, le diagnostic selon l'axe 1 du DSMIV chez les schizophrènes de notre série est une schizophrénie **paranoïde**.

Les troubles schizo-affectifs (selon la classification de l'ICD 10) sont représentés par un taux de 13%.

L.Kelly, M Feldman ( *in lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicid compared to others means of death in journal of psychiatric research,2005*) montrent que la schizophrénie dans sa forme paranoïde est la plus fréquente dans les populations de schizophrènes et spécifiquement chez les schizophrènes suicidaires, suivies des formes schizo-affectives.

## **MODE DE DEBUT DE LA PSYCHOSE.**

Concernant le mode de début de la schizophrénie, item qui est recueilli auprès des membres de la famille et du malade lui-même après la phase aigüe de l'hospitalisation, nous constatons que dans **52%** des cas le mode de début est progressif c'est à dire commençant par des caractériopathies, des changements de caractère et des habitudes, un fléchissement du rendement et des habitudes toxiques.

Dans **32%**des cas, le mode de début de la psychose est dit brutal avec installation de manifestations hallucinatoires psychosensorielles et des activités délirantes persécutrices, et des mouvements thymiques dépressifs ou expansifs.

### **OBSERVANCE DE TRAITEMENT.**

Presque et à part égales, 50.4% de schizophrènes ont une bonne observance thérapeutique et 49.7% ont une mauvaise observance sinon une indiscipline thérapeutique.

Dans le registre de la **non observance**, **63%** sont des schizophrènes suicidaires.

### **TYPE DE TRAITEMENT.**

Le traitement le plus utilisé en milieu hospitalier dans le cas de notre série est constitué de **neuroleptiques** classiques conventionnels dans **63%** des cas (traitement prescrit par voie parentérale dans les premiers jours de l'hospitalisation pour une bonne imprégnation médicamenteuse et enfin cela fait partie des habitudes de prescription lorsqu'on reçoit un schizophrène en décompensation) .

Les antipsychotiques atypiques sont administrés dans 13%des cas (ce genre de traitement n'est pas toujours disponible au niveau de la pharmacie de l'EHS)

On remarque en plus des associations d'antidépresseurs dans 8% des cas et des anxiolytiques dans 5%des cas en fonction des troubles comorbides.

## PRISE EN CHARGE FAMILIALE

Dans **57%** des cas, la famille s'inquiète, se renseigne rend visite à son malade d'une façon régulière et même en dehors de l'hôpital, la prise en charge familiale est effective et fait partie certaine du projet thérapeutique.

Alors que dans les **43%** restants, une forme de rejet familial se dessine et se concrétise au fur et à mesure laissant le malade dans sa solitude qui ne fait qu'augmenter son désarroi et son repli affectif et autistique rendant caduque toute tentative de prise en charge.

## EVOLUTION

L'évolution de la maladie au cours du séjour est jugée bonne dans 45% des cas, médiocre dans 50% des cas.

Les critères de qualification d'une évolution bonne ou médiocre sont strictement subjectifs et se basent sur la sédation des troubles morbides par rapport à l'admission, la réponse thérapeutique, le vécu du malade dans le service hospitalier et son alliance thérapeutique.

Chez les 50% de schizophrènes ayant vu leur évolution médiocre, **43% sont des suicidaires** tenant compte de la complexité du tableau clinique et du génie évolutif même de la maladie.

La résistance au traitement est retrouvée dans 4% des cas et où le prescripteur s'est vu contraint de changer de traitement après un mois et demi et ce qui explique parfois la longueur retrouvée dans la durée de séjour.

## **PARTICULARITES DES SCHIZOPHRENES SUICIDAIRES.**

### **PROCEDE DE TS**

Nous remarquons que le procédé le plus utilisé pour la tentative de suicide est la **précipitation dans le vide** qui représente un taux de **32%** des cas probablement que la ville de Constantine connue pour ses ponts suspendus multiples offrent ainsi une issue facile pour les schizophrènes suicidaires.

Mais réellement se ne sont pas des précipitations dans le vide mais des **tentatives de précipitation** avortées grâce à l'intervention des agents de l'ordre mis spécialement par les autorités municipales tout près des ponts suspendus pour y veiller et prévenir ce genre d'agissement ou bien se sont des passants qui s'interposent devant une tentative de précipitation chez une personne qui tente d'enjamber les piliers de sécurité d'un pont.

L'ingestion de psychotropes vient en seconde position avec **22%** des cas et l'ingestion de produits caustiques avec un taux de **17%**.

La tentative de suicide par pendaison vient avec un taux de **20%**.

Casadebaig (1999), a étudié les divers modes de tentative de suicide chez les schizophrènes et sont dans l'ordre décroissant : l'intoxication médicamenteuse, la pendaison, la phlébotomie et enfin l'utilisation d'armes à feu.

Pour BENSMAIL, le saut dans le vide par-dessus le pont (50% des cas) est le choix privilégié pour le sexe masculin( pour le suicide).

L.Kelly et al, dans journal of psychiatry research (2005) dans une étude sur les tentatives de suicide chez les schizophrènes, trouvent que dans 40% le procédé utilisé une intoxication par les psychotropes, noyade dans 13% et phlébotomie dans 7%.

Pour BENSMAIL 37% de schizophrènes suivis sur une année ont fait une tentative de suicide et dont le procédé est une intoxication par les psychotropes.

### **ATCD DE TS DANS LA FAMILLE DU SCHIZOPHRENE**

La plupart des études mettent en évidence l'importance de chercher les antécédents familiaux de tentatives de suicide car ils sont d'un haut degrés de significativité et d'importance pour prédire la survenue d'un suicide chez un schizophrène (L.Kelly et al).

Dans notre série, **30%** de schizophrènes suicidaires ont des antécédents suicidaires dans la famille.

En comparaison avec la population non suicidaire, nous ne trouvons qu'un taux de 8% de suicide familial (différence très significative,  $p < 0.001$ ).

### **ATCD DE TS DANS LA POPULATION SUICIDAIRE**

La présence de tentative de suicide dans les antécédents de la population de schizophrènes suicidaires est retrouvée dans **60%** des cas.

L.Kelly et al dans leur étude sur le suicide chez les schizophrènes, retrouvent que **96%** des suicidaires avaient des antécédents de tentative de suicide (journal of psychiatry research (2005)).

Wolfensdorf( 1989,203),Taiminen(2001),Casadebaig (1999) et Stephens (1995) mentionnent à travers une large méta-analyse des suicides chez les

schizophrènes que le fait d'avoir une tentative de suicide dans les antécédents est un indice important comme facteur de risque de passage à l'acte et le fait d'avoir une idée suicidaire récente est très significatif d'une dangerosité imminente de passage à l'acte suicidaire chez le schizophrène ( OR=29.8 et p=0.11).

### **NOMBRE DE TS DANS LES ANTECEDANTS**

Dans notre série, **55%** de schizophrènes suicidaires ont eu une seule tentative de suicide dans le passé et **28%** ont en eu deux tentatives.

C'est dire l'importance d'une tentative de suicide dans les antécédents d'un schizophrène qui se présente comme prélude ou facteur de risque important à prendre en considération.

### **CIRCONSTANCES DE LA TS (POPULATION SUICIDAIRE)**

Les circonstances de la tentative de suicide représentent les symptômes principaux du tableau clinique pour expliquer le passage à l'acte selon le malade.

Alors 36% mettent au premier lieu des hallucinations psychiques impératives sur fond dépressif pour expliquer leur passage à l'acte.

D'autres (28%), le mettent sous l'effet d'un raptus à très forte charge anxieuse ne voyant de solution que dans le geste suicidaire.

Enfin 22% des cas le mettent sous l'effet d'une dépression franche avec désirs de mort.

Les hallucinations impératives, la dépression et le désespoir sont mis en exergue par plusieurs auteurs pour expliquer le passage à l'acte suicidaire chez le schizophrène (Funahashi (99), Drake (2000), Roos (92) et Stablaj (99)).

## HORAIRE DE LA TS

- Dans **23%** des cas la tranche d'horaire utilisée par les schizophrènes pour le suicide se situe entre 8h-12h de la matinée
- Les malades qui choisissent la tranche d'horaire entre 13h – 19h sont de l'ordre de 15%.
- Donc **38%** des schizophrènes suicidaires choisissent la journée allant de 08h-20h .
- Les passages à l'acte « *nocturne* » de 00h jusqu' au matin sont de l'ordre de 13%.

## LE MOIS DE LA TS

Dans **36%** des cas la saison du passage à l'acte suicidaire est le printemps.

La saison de grand ensoleillement (printemps –été) est concernée dans **58%** des cas.

La saison de moindre ensoleillement (automne-hiver) est concernée dans **34%** des cas.

Pour KACHA, en étudiant les TS il a constaté que le mois de juin est la période la plus critique compte tenu d'événements multiples, et le mois de ramadhan constitue la période de l'année ou il y a le moins de TS.

En croisant avec le diagnostic, on remarque que la schizophrénie paranoïde et déficitaire sont majoritaires dans la saison à faible ensoleillement, alors les troubles schizo-affectifs sont prédominants dans la saison à haut ensoleillement.



Ce résultat corrobore avec les données de la littérature qui mettent en évidence deux pics de décompensation des troubles de l'humeur ou schizoaffectif et qui sont la période du printemps et de l'été

# COMPARAISON DES DEUX POPULATIONS

## LE SEXE

Les hommes schizophrènes se trouvent en position supérieure par rapport aux schizophrènes femmes (différence hautement significative).

Les schizophrènes hommes suicidaires (**72%**) sont supérieurs aux non suicidaires (**63%**) (différence statistiquement significative,  $p < 0.001$ ).

Alors que les femmes schizophrènes non suicidaire (**37%**), leur taux est supérieur à celui des femmes schizophrènes suicidaires (**28%**).

Les données de la littérature confirment que le sexe masculin est un facteur de risque de suicide dans la schizophrénie (14), (7).

Le risque absolu du suicide serait alors plus élevé chez les hommes que chez les femmes tout groupe d'âge confondu.

L'étude menée par Casadebaig en 1999 montre que le sexe représente une variable discriminante avec un taux de trois quarts de conduites suicidaires correspondants au sexe masculin versus deux tiers pour la cohorte

Une méta-analyse datant de 2005 (Hawton) et regroupant 29 études de cohorte et cas témoin, s'est intéressée aux facteurs de risque impliqués dans la schizophrénie et retrouve en faisant la synthèse de toutes les études, que le sexe masculin est associé au risque de suicide.

En effet sur les 12 études utilisées pour la variable « sexe », 7 suggèrent que le sexe masculin comme un facteur de risque.

## L'AGE

On remarque que **66%** des schizophrènes suicidaires ont un âge compris entre **21-40 ans**, et que la tranche entre **21-30 ans** est plus vulnérable avec un taux de **36%** et plus le *schizophrène vieillit et plus le risque suicidaire diminue*.

Signalant que la tranche d'âge comprise entre **15-20 ans** des schizophrènes suicidaires est représentée par un taux de **8%** largement supérieure à celui des schizophrènes non suicidaire avec un taux réduit à **2%**.

Comparativement avec les schizophrènes non suicidaires, on ne relève pas une différence significative concernant l'item âge dans notre série.

En effet, d'après une étude de cohorte portant sur un échantillon de 9156 ( 5658 hommes et 3498 femmes) hospitalisés pour la première fois pendant la période de 1970 à 1987 et diagnostiqués comme souffrant de schizophrénie, Mortensen (1993) annonce que les patients âgés de moins de 30 ans ont 50 fois plus de risque de se suicider même après 5 ans de suivi, contrairement aux autres groupes d'âge où le risque de suicide, bien que plus élevé que dans la population générale, diminue nettement après la première année de suivi.

Selon M. Bourgeois (1999), un âge inférieur à 30 ans est considéré comme un facteur de risque dans la pathologie schizophrénique.

## ETAT CIVIL

Sous l'appellation « vivre seul » nous avons regroupé les célibataires ,les divorces et les séparés et nous avons comparé les deux populations.

Pour les schizophrènes suicidaires, **84%** vivent seuls alors que les non suicidaires représentent un taux de **69%** .

Cette différence de score est hautement significative (  $p < 0.01$ ) et concorde avec la littérature.

A l'inverse **31%** des schizophrènes non suicidaires vivent en communauté ou en famille contre seulement **16%** des schizophrènes suicidaires.

Vivre en famille ou en communauté paraît être un facteur protecteur contre le passage à l'acte suicidaire.

Vivre seul multiplie le risque de passage à l'acte suicidaire par 6

L'isolement social apparaît également comme un facteur de risque (16) (Montross 2005, De Hert et al 1998).

On peut aussi y associer le manque de communication avec l'entourage à la fois familial et médical.

Ces résultats sont corroborés par les travaux de Hawton en 2005 qui montrent que les patients vivants isolés ou sans leur famille sont plus à risque de suicide.

Lors de la revue de littérature qu'ils ont menée, Montross et al en 2005 suggèrent qu'un réseau familial et social de qualité (amis, collègues, professionnels de santé) permet de limiter les idées de suicide chez les schizophrènes.

## NOMBRE D'ENFANT.

Ne pas avoir d'enfants semble être un facteur de risque important chez les schizophrènes et d'autant plus qu'il existe une conduite suicidaire associée (78% chez les suicidaires contre 72% chez les non suicidaires)(  $p=0.246$ )

Dans l'étude de Modestin (1992), Shah (1999) concernant l'évaluation des facteurs de risque suicidaire chez le schizophrène, ils retrouvent une différence nettement significative chez les deux populations et en faveur des non suicidaires car plus on a des enfants et plus le risque suicidaire diminue ( schizophrenia and suicid : systematic review of suicid. K. Hawton, British journal of psychiatry.2005.187)

## PROFESSION

Dans notre étude comparative, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les deux populations de schizophrènes ( $p<0.8$ ).

En effet dans la rubrique sans profession ; **66%** pour les suicidaires et **69%** pour les non suicidaires

Dans la rubrique fonctionnaire, **12%** pour les suicidaires et **14%** pour les non suicidaires.

Pour l'item fonction libérale, **18%** pour les suicidaires et **14%** pour les non suicidaires

Donc avoir une occupation ou profession ne permet pas de protéger contre le risque suicidaire chez le schizophrène selon nos résultats.

Pour Roy et Bourgeois (1999), Le fait d'avoir un travail représenterait un facteur protecteur et le chômage un facteur de risque comme le souligne l'étude réalisée par Drake en 1994 où 93% des suicidés se sont révélés être au chômage.

De Hert et Peuskens ont remarqué que les suicidés ont plus fréquemment perdu leur travail peu de temps après le début de la maladie.

## **ORIGINE GEOGRAPHIQUE**

Que l'origine géographique soit citadine ou rurale, on ne décèle aucune différence statistiquement significative dans notre série entre les deux populations de schizophrènes suicidaires ou non ( $p=0.498$ )

D'ailleurs et selon une revue de la littérature, peu d'études se sont intéressées à l'origine géographique des schizophrènes suicidaires mais à l'origine ethnique et selon les articles de Breier et Drack (1998), Schaffer (1974) dans le BJP paru en 2005, la race blanche serait un facteur protecteur contre le passage à l'acte suicidaire chez les schizophrènes.

## **AU TOTAL :**

On constate une **homogénéité** entre les deux groupes concernant les caractéristiques : sexe, âge, état civil, et profession.

*Les différences constatées entre les deux populations ne pourraient pas être impliquées en partie ou en totalité à ces caractéristiques.*

## LE DIAGNOSTIC

Dans notre serie, le diagnostic le plus frequent dans les deux populations de schizophrènes est la schizophrénie paranoïde ( 60% pour les suicidaires et 65% pour les temoins) et la difference n'est nullement significative entre elles( les deux populations)(  $p=0.4549$ ).

Une remarque s'impose c'est que dans le trouble schizo-affectif chez la population de schizophrènes suicidaires sa frequence est de l'ordre de **20%** alors qu'elle est de l'ordre de **8%** dans la population des schizophrènes non suicidaires.

Cette difference est significative dans ce type de schizophrénie et qui explique la participation des mouvements affectifs penibles rencontrés chez les schizophrènes suicidaires.

La schizophrénie dans sa forme deficitaire est representée par un taux assez faible ( 6%) chez les schizophrènes suicidaires, est ce à dire que les symptomes negatifs representent un facteur de protection contre le suicide et les symptomes positifs comme facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire ?.

Bourgeois en 1998 suggère que « l'évolution au long cours des schizophrénies comporterait une modification symptomatique avec moins de dépression et plus de symptômes négatifs, tels que la perte de la sociabilité et de la motivation, qui minimiserait le risque suicidaire ».

On peut dire que dans la schizophrénie paranoïde, le délire et les hallucinations (idées délirantes, hallucinations acoustico-verbales, contrôle des pensées, perte des associations, vol des idées, suspicion..) soient impliqués dans les conduites suicidaires ; à contrario, les patients auraient des difficultés à initier un passage à l'acte dans la forme catatonique.

Ces résultats sont en accord avec les travaux menés par Funabashi (2000), où l'on retrouve que les symptômes négatifs auraient un effet protecteur.

D'ailleurs dans le groupe de schizophrènes suicidaires, on a trouvé (dans l'item *circonstances de la tentative de suicide* près de 36% impliquant l'association phénomènes hallucinatoires et trouble dépressifs.

## **MODE DE DEBUT**

Un mode de debut brutal de la schizophrénie est retrouvé dans **70%** des cas des suicidaires contre seulement **26%** chez les non suicidaires et cette différence est statistiquement hautement significative (  $p < 0.0001$ )

A l'inverse, **74%** des non suicidaires ont eu un début de psychose progressif contre seulement **30%** chez les suicidaires.

Une étude prospective visant à étudier les relations entre les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, le type du début de la maladie et les comportements suicidaires, a été menée par Fenton en 2001.

L'auteur souligne que les formes à début aigu ou brutal définissent un groupe de patients ayant un risque de conduite suicidaire 6 fois plus élevé que les patients présentant une schizophrénie à début progressif.

## **AGE DE DEBUT**

Concernant la tranche d'âge comprise entre 18-25 ans, il n'existe aucune différence significative entre les deux populations ( $p < 0.03$ ), alors que dans la tranche d'âge comprise entre 26-35 ans, les schizophrènes suicidaires sont supérieurs.

Mais globalement plus *l'âge de début avance et plus le risque suicidaire diminue* dans la population des schizophrènes suicidaires.



## DEBUT DU TOXIQUE/PSYCHOSE

Dans notre série, on retrouve 86% de schizophrènes suicidaires ont goûté au toxique **avant** le début des troubles contrairement aux non suicidaires où la fréquence est de l'ordre de 65%.

La différence entre les deux populations est assez significative ( $p=0.022$ ), alors le début du toxique après la psychose se trouve élevé dans la population des non suicidaires de l'ordre de 35% contre seulement 14% chez les schizophrènes suicidaires.

Les conduites addictives aggravent les conséquences physiologiques des conduites suicidaires, l'association entre suicide, conduite addictive et schizophrénie est en lien avec l'impulsivité.

F.Rouillon et all (Encéphale 2008, drogues et psychoses) mettent l'accent sur le point d'impact d'un début de prise de toxique à l'adolescence et son implication dans le déclenchement d'une psychose surtout de mauvais pronostic avec un grand risque de suicide dans les premiers mois de l'évolution de la maladie.

Certaines études plaident pour un âge de début de la schizophrénie plus précoce qui serait favorisé par une vulnérabilité induite par une toxicomanie précoce (Hafner.1996, substance abuse and the onset of schizophrenia, Biol psy, 115-6).

Dans l'état actuel des recherches, il n'est pas permis de conclure si les addictions constituent un facteur de risque de suicide indépendant, ou bien si elles contribuent à accroître le risque en augmentant la fréquence des hospitalisations, en aggravant l'isolement social et en réduisant la compliance aux soins

## TYPE DE TOXIQUE

Le type de toxique consommé par la population des schizophrènes suicidaires se trouve être le **cannabis** dans (46%) des cas et les psychotropes (16%) des cas.

Cette différence se trouve hautement significative et prouve l'impact des stupéfiants sur la fréquence des passages à l'acte suicidaire chez le schizophrène ( $p < 0.001$ )

ALLOUANI(5) sur une étude de 100 tentatives de suicide, 17% ont le diagnostic de schizophrénie et 60% parmi eux consomment du cannabis.

Les raisons de la fréquence de la consommation de cannabis chez les schizophrènes sont mal connues.

Une association entre abus de cannabis et conduite suicidaire chez les schizophrènes est retrouvée dans plusieurs études (Shaner A. 1993, Verdou. X 1999, Caspari D. 1999).

Les pathologies addictives associées aux troubles schizophréniques sont des facteurs de gravité de la pathologie psychotique et souvent de résistance à la prise en charge.

Ces sujets présentent d'une façon générale, plus d'abandon de traitement, plus de rechutes, plus d'hospitalisations, plus de tentatives de suicide, une moins bonne observance et une socialisation de moins bonne qualité.

Néanmoins il est difficile de conclure à une augmentation du risque suicidaire par le cannabis, ce risque pouvant être aussi lié à une désinhibition due à la consommation ou à un trouble dépressif associé, et surtout au fait que les deux troubles suicide et abus de substance sont probablement associés à une caractéristique de personnalité commune : **l'impulsivité**.

**Le tabac** est l'une des principales causes de mortalité prématurée chez les patients schizophrènes.

Malgré cela, les patients ont beaucoup de difficultés à s'abstenir de fumer, vraisemblablement du fait que la nicotine corrige des anomalies cognitives liées à certains déficits neurobiologiques retrouvées dans la schizophrénie.

De plus, la consommation de tabac est sous estimée et sous traitée par les soignants, notamment en raison du déni ou de la banalisation des effets nocifs du tabac.

La consommation de tabac fait partie de la culture d'anciennes institutions psychiatriques.

*Dans notre série, les schizophrènes suicidaires consomment d'une façon régulière du tabac dans 26% des cas contre 34% chez la population témoin et 38% des schizophrènes suicidaires prennent en même temps du cannabis et du tabac.*

Alors qu'on pensait autrefois que les patients schizophrènes fumaient surtout par ennui ou en raison de l'absence de conditions de vie stimulantes, plusieurs auteurs ont suggéré que la consommation de tabac était une forme d'automédication, en particulier des symptômes cognitifs de la schizophrénie, en favorisant la transmission glutaminergiques [24].

La consommation de tabac pourrait être également favorisée par l'administration de traitements neuroleptiques, le tabac atténuant certains effets indésirables extrapyramidaux et cognitifs induits par les neuroleptiques [35].

Néanmoins, d'autres auteurs ont souligné que la consommation de tabac débutait dans 90 % des cas avant l'instauration des traitements médicamenteux.

## OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

On remarque que dans **84%** des schizophrènes suicidaires, il ya absence d'observance thérapeutique comparativement à la population des non suicidaires ou **67%** observent un suivi régulier et une bonne observance thérapeutique et cette différence est statistiquement très significative ( $p < 0.0001$ ).

La non observance thérapeutique pourrait contribuer au passage à l'acte suicidaire chez le schizophrène et devenir un véritable facteur de risque de suicide chez le schizophrène.

D'ailleurs la plupart des auteurs s'accordent a dire que le temps de psychose non traitée est primordial pour faire un bilan pronostic chez le schizophrène et plus ce temps est long et plus la prise en charge est difficile et plus le risque suicidaire est élevé

De Hert(2003), Drake(1990),Stablaj ( 1999) et suite à une méta-analyse de 60 études concernant la délimitation des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire chez le schizophrène, montrent qu'une mauvaise compliance au traitement est un signe mauvais et précurseur de conduite auto-agressive chez les schizophrènes .

## LA CONSANGUINITE PARENTALE ET LA MORBIDITE FAMILIALE

Nous remarquons que **56%** des schizophrènes suicidaires ont une consanguinité parentale contre seulement **34%** pour les non suicidaires. La différence est statistiquement hautement significative ( $p < 0.005$ ).

La notion de consanguinité est importante car elle multiplie par deux le risque de faire une TS chez un schizophrène issu d'un mariage consanguin.

Ce risque augmente quand elle est associée à une morbidité psychiatrique familiale.(1)

La transmission génétique de la schizophrénie a été traitée par plusieurs auteurs entre autres J.Dalery (les schizophrénies ,Edition Masson 1998) où la consanguinité trouve une place prépondérante surtout chez des populations réduites et isolées à indice migratoire très faible qui sont les plus exposées au risque de consanguinité et dans zones connues pour leur « renfermement familial » et devenant ainsi un modèle où la filiation est unifiée.

La consanguinité chez le schizophrène a déjà fait l'objet d'une communication faite par B.BENSMAIL en 1982, lors du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française à Toulouse et où **34%** des schizophrènes avaient en même temps un CP+ (de premier degré) et une morbidité familiale

Dans notre série nous comptabilisons **34%** de schizophrènes suicidaires qui ont en même temps une CP+ et une MPF+, résultats déjà vérifiés par L.Lancon et al. ( Rev . Encéphale 2008, dans facteurs prédictifs du suicide chez le schizophrène) où la transmission héréditaire de la maladie et les antécédents psychiatriques familiaux chargés sont considérés comme facteurs de risque de premier ordre.

Et plus l'association CP+ MPF+ est présente chez le schizophrène suicidaire et plus l'âge de début est précoce et elle se vérifie dans 40% des cas dans notre série et le diagnostic le plus cité est la schizophrénie dans sa forme paranoïde.

## LES SCORES A LA PANSS ET DEGRES D'INSIGHT

Nous avons établi un score de 56 reflétant un score moyen à la PANSS au-delà duquel elle serait franchement pathologique (soit exacerbation des éléments de la sous échelle positive ou de la sous échelle négative)

Dans notre série **72%** des schizophrènes suicidaires ont un score supérieur à la moyenne (au-delà de 80) contre seulement **21%** pour la population de schizophrènes non suicidaires et cette différence est fortement significative ( $p < 0.0001$ ).

Dans l'étude rétrospective menée par Kelly en 2005, on remarque qu'une grande proportion de personnes souffrant de schizophrénie et décédées par suicide souffraient de symptômes tels que : pensées imposées et vol de la pensée (80%), relâchement des associations (67%) et fuite des idées (33%) par rapport aux sujets souffrant de schizophrénie mais décédés d'autres causes.

Concernant les symptômes **négatifs**, l'émoussement des expressions, le retrait affectif, les pensées stéréotypées et le mauvais contact sont les items les plus retrouvés lors de notre évaluation par la PANSS.

Donc l'importance des éléments positifs ou des éléments négatifs chez le schizophrène avec des scores élevés lors de la cotation par la PANSS sont des facteurs de risques cliniques de passage à l'acte suicidaire (fig10). ( $p < 0.0001$ ).

### ANALYSE DE L'ITEM G12 : MANQUE DE JUGEMENT ET DE CONSCIENCE DE LA MALADIE.

Le score de l'item G12 de l'échelle de la **psychopathologie générale** intitulé « **manque de jugement et de conscience de la maladie** » de la PANSS se trouve élevé chez **58%** des cas des schizophrènes suicidaires contre **23%** chez les schizophrènes non suicidaires, différence jusque là hautement significative ( $p < 0.001$ ) d'un mauvais niveau d'insight chez les schizophrènes suicidaires.

Beaucoup d'études ont montré que le « poor insight » serait fréquent parmi les patients schizophrènes (de l'ordre de 85 % des patients), plus fréquent que dans d'autres pathologies psychiatriques (comme les troubles schizo-affectifs, le trouble bipolaire, le trouble dépressif récurrent) ; finalement, seule une minorité de sujets schizophrènes savent qu'ils sont malades.

On peut avancer plusieurs hypothèses :

- corrélation entre sévérité globale des symptômes et insight (plus les symptômes sont sévères, plus l'insight est mauvais) ;
- corrélation entre intensité des symptômes délirants et mauvais insight
- corrélation entre intensité du syndrome déficitaire et mauvais insight (le mauvais insight serait alors le reflet de l'incapacité du sujet à éprouver des émotions).

Nos résultats corroborent ceux de Bourgeois et col en 2004, dans l'étude Inter Sept (suivi pendant 02 ans de 980 schizophrènes traités soit par olanzapine soit par clozapine) qui confirme qu'un mauvais insight constitue un facteur de risque de comportement suicidaire chez les schizophrènes.

### **TYPE DE TRAITEMENT**

le traitement par les neuroleptiques classiques vient en première position pour les deux populations du fait de l'utilisation du traitement en urgence par voie injectable (50% pour les suicidaires et 70% pour les témoins)

Ce qui est significatif est l'association médicamenteuse qui dans la population des schizophrènes suicidaires trouve sa place avec 17% de neuroleptiques et antidépresseurs, 8% d'antipsychotiques atypiques et antidépresseurs, soit au total **25%** d'association antipsychotiques et antidépresseurs, ce qui reflète la présence non négligeable de troubles thymiques de type dépressif et qui est très significative par rapport à la population témoin( fig.17).

Nous relevons aussi l'association antipsychotique atypique et anxiolytique chez la population de schizophrènes suicidaires et qui avoisine les 5% témoignant d'un soubassement anxieux accompagnant leur passage à l'acte suicidaire.

Ailleurs le meilleur traitement des conduites suicidaires récurrentes chez le schizophrène est la prescription de **la Clozapine** (Seul antipsychotique atypique approuvé par la FDA, associée à un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine (D.I.Kelly, journal of psychiatric research, 38, 2004(531-536)( molécule qui commence à être prescrite en Algérie et plus précisément à l'EHS Cheraga d'Alger)

## **EVOLUTION**

L'évolution est jugée bonne c'est-à-dire amendement des éléments morbides délirants et hallucinatoires, relèvement thymique appréciable et sédation de l'instabilité psychomotrice sur 20 à 30 jours de prise en charge.

L'évolution est jugée médiocre renvoi à une diminution de la moitié des symptômes sus cités et sur la même période.

La résistance est un état stationnaire sinon exacerbation des éléments morbides au-delà de 45 jours de traitement.



Elle est jugée bonne chez 26.7% de schizophrènes suicidaires contre 50.9% chez la population témoin et la différence est nettement significative ( $p < 0.001$ ).

Elle est jugée médiocre dans 73% des cas chez les schizophrènes suicidaires contre 43.6% chez les témoins, différence hautement significative et témoignant de la complexité de la symptomatologie psychotiques comorbide avec les troubles dépressifs, anxieux et addictifs

### **PRISE EN CHARGE FAMILIALE**

La prise en charge familiale témoin d'intérêt certain, continu que porte la famille envers le schizophrène avec de fortes possibilités de réinsertion familiale, sociale et éventuellement professionnelle.

Dans notre série, 77% de schizophrènes suicidaires n'ont aucune prise en charge familiale avec désinsertion et désocialisation.

Alors que 66% de la population témoin présente une prise en charge et un intérêt particulier par les membres de leur famille, seulement 23% des schizophrènes suicidaires en possèdent.

Cette différence est hautement significative ( $p < 0.001$ ) et témoigne d'une courbe de vie hautement perturbée du suicidaire (désinsertion, vivre seul, désintérêt, et démission parentale).

Keith Hawton et collaborateurs dans un article intitulé « schizophrenia and suicid : systematic review of risk factors » paru en 2005 dans le british journal of psychiatry (187,9-20), établit une large revue de la littérature concernant les conditions dans lesquelles sont survenues les suicides chez les

schizophrènes (conditions sociodémographiques, cliniques et psychopathologiques.).

## **En résumé :**

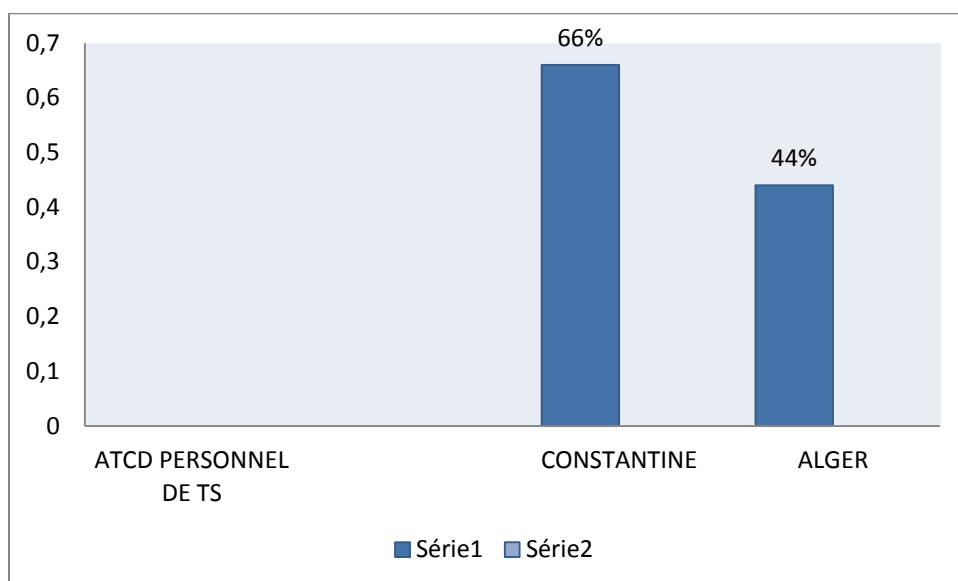
Au total 29 études éligibles sont publiées et à travers lesquelles des facteurs de risque sont identifiés (qui paraissent identiques à ceux de notre série) et que nous énumérons ci-joint

- vivre seul.
- perte récente d'un être cher.
- désespoir.
- présence de tentative de suicide récente.
- histoire familiale de dépression.
- histoire de suicide familial.
- mauvaise observance thérapeutique.
- Notion de dépression récente.
- impulsivité et violence du comportement.
- association de prise de drogues.

**Diagrammes comparatifs entre l'étude de Constantine et celle d'Alger (k.Aiouaz)(1).**

**Concernant la population des schizophrènes suicidaires.**

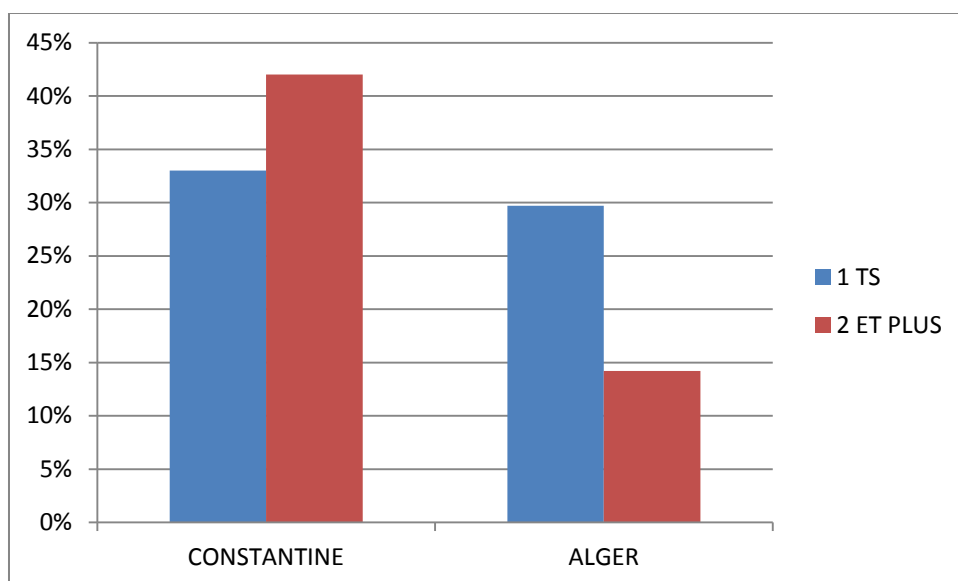
**1) Antécédents personnels de tentative de suicide**



Le nombre de schizophrènes suicidaires de la série de Constantine présente un taux de 66% de cas qui ont des antécédents personnels de TS et qui demeure relativement élevé par rapport au taux de la série d'Alger (44%).

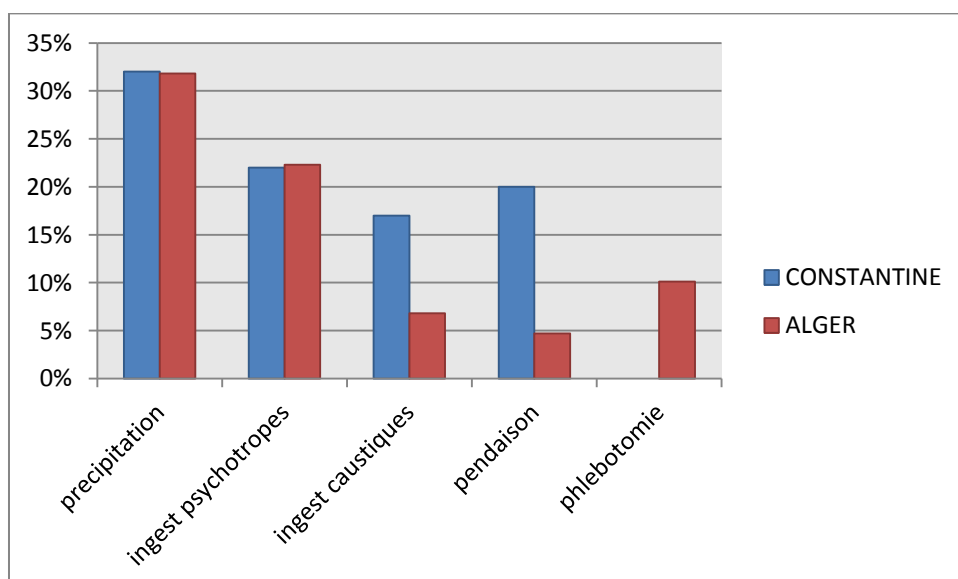
Cette différence serait due au nombre élevé d'institutions psychiatriques dans la région d'Alger et donc les anciens malades pourraient être orientés vers d'autres services autres que le CHU de Mustapha, alors qu'à Constantine le seul lieu de convergence est celui de l'EHS de Djebel Ouahch.

## 2) Le nombre de tentatives de suicide



De la même manière, les schizophrènes suicidaires de la série de Constantine ont un taux élevé de nombre de TS ( 42% ont 2 TS et plus) alors que dans la série Algéroise on ne comptabilise que 14% qui ont 2 TS et plus.

## 3) procès de tentative de suicide

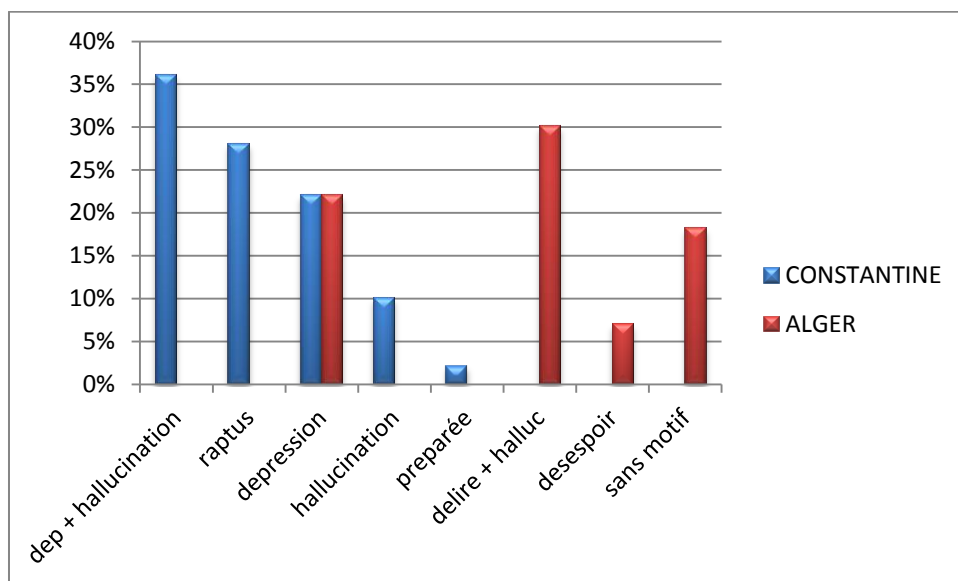


Concernant le procédé de la TS, la différence entre les deux séries réside dans :

- Dans la série de Constantine il y a plus de tentatives de pendaison et d'ingestion de produits caustiques.
- Alors que dans la série d'Alger, il y a plus de phlébotomies

Les deux séries ont le même taux concernant la tentative de précipitation dans le vide et l'ingestion de psychotropes et qui d'ailleurs demeurent les deux procédés les plus utilisés par les schizophrènes suicidaires.

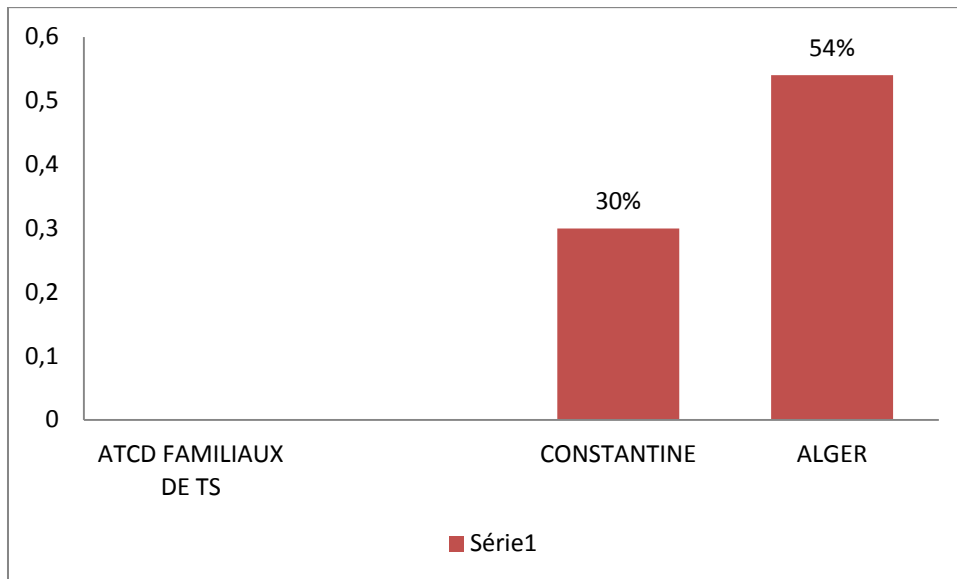
#### 4) Circonstances de la tentative de suicide



Dans la série de Constantine, dans 36% des cas la TS se déroule dans un contexte dépressif et hallucinatoire, 22% des cas dans un contexte dépressif et dans 28% des cas suite à un raptus anxieux

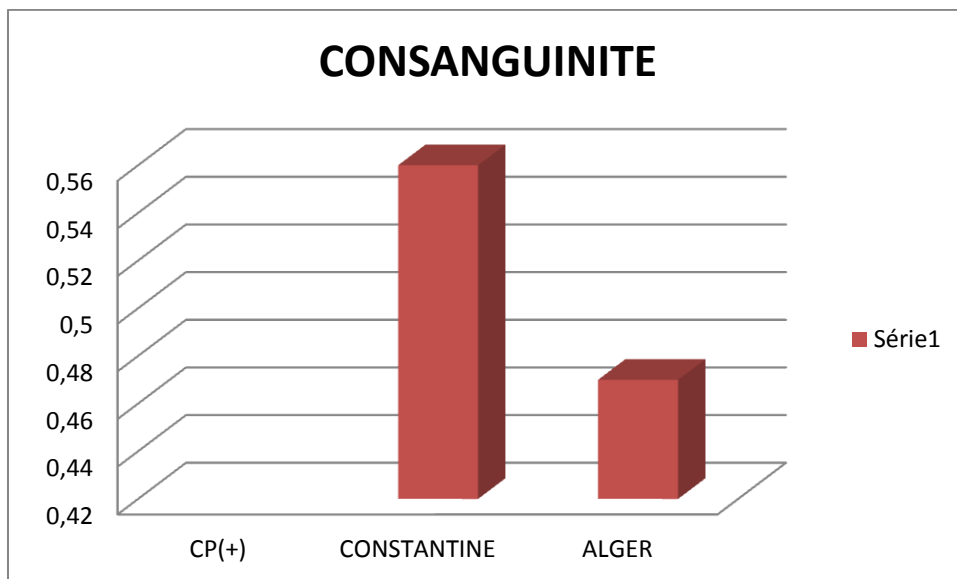
Alors que chez les malades de la série d'Alger, la TS se déroule dans un cadre dépressif dans 22% des cas, délirant et hallucinatoire dans 30% des cas et sans motif dans 18.2% des cas.

### 5) Antécédents familiaux de tentative de suicide



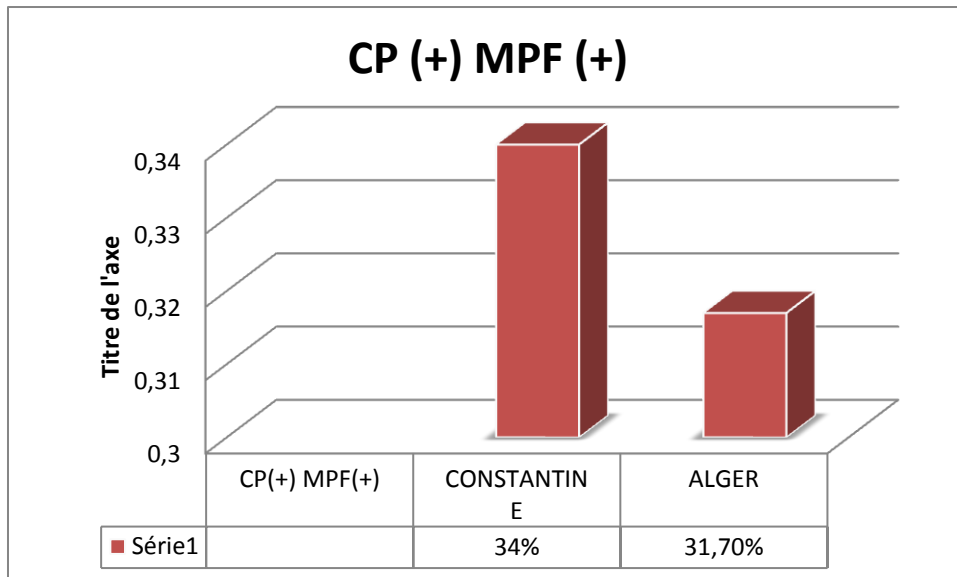
Dans la série Algéroise on note plus d'antécédents familiaux de TS que celle de Constantine (54% contre seulement 30%) et ceci serait dû à la manière de poser la question ou le manque de renseignements auprès des accompagnateurs ou du malade lui-même.

### 6) La consanguinité parentale



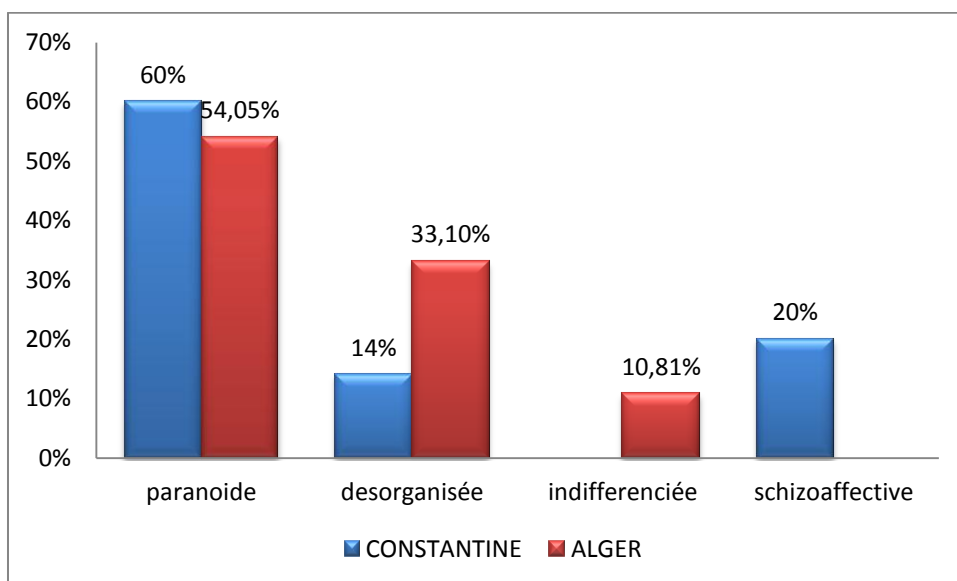
Il y a plus de mariages consanguins dans la série de Constantine (56%) contre 47% pour la série d'Alger et ceci est du fort probablement à l'aspect culturel et traditionnel de ce genre de mariage qui sévit encore à l'Est Algérien.

### 7) Consanguinité et morbidité familiale



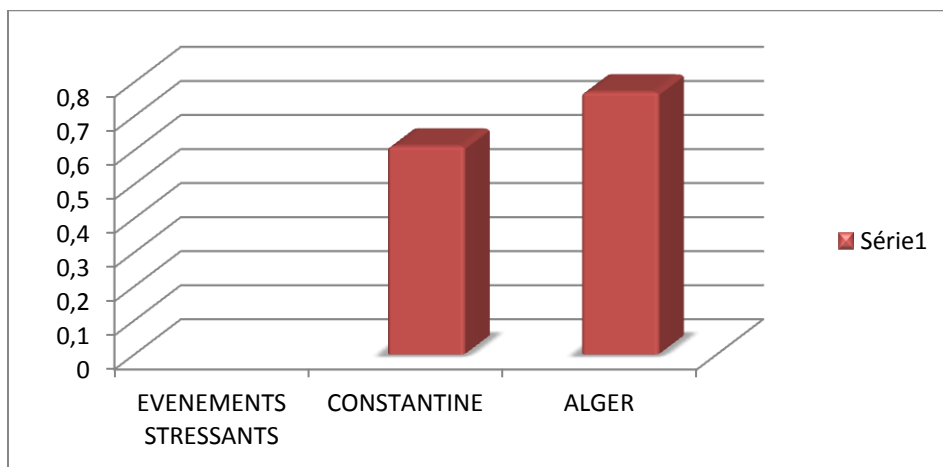
L'association mariage consanguin des parents et antécédents familiaux de troubles mentaux est retrouvé dans les deux séries.

### 8) La forme clinique de la schizophrénie



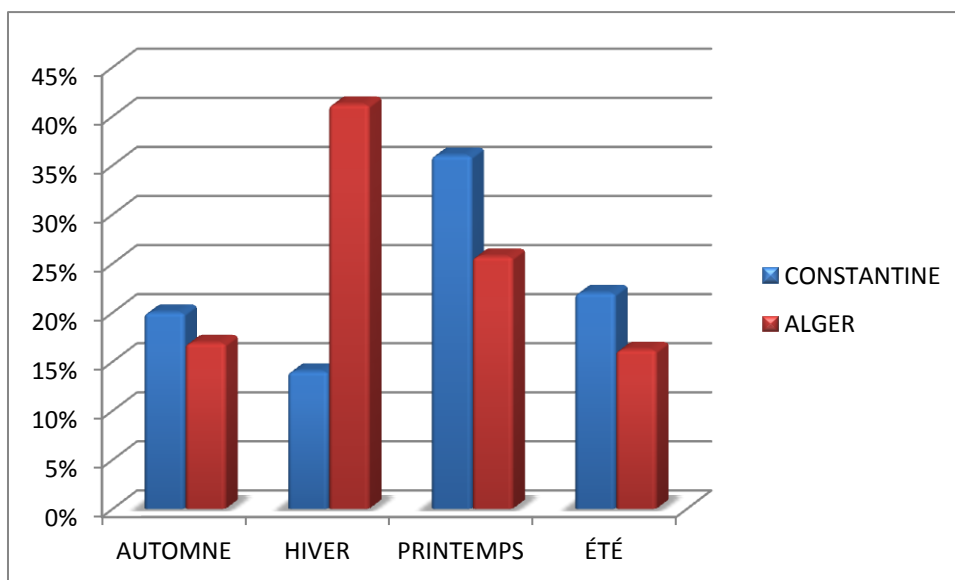
La forme clinique la plus répandue est la paranoïde et est retrouvée avec le même taux dans les deux séries, néanmoins les formes désorganisées et indifférenciées sont les plus fréquentes dans la série d'Alger alors que la schizoaffective est présente dans la série de Constantine (outil de travail et critères d'inclusions (DSM IV et ICD10) alors que dans la série d'Alger (critères d'inclusions DSM IV).

### 9) Les événements de vie



Les événements vitaux stressants sont retrouvés dans les deux séries et leurs taux restent largement supérieurs par rapport aux populations témoins.

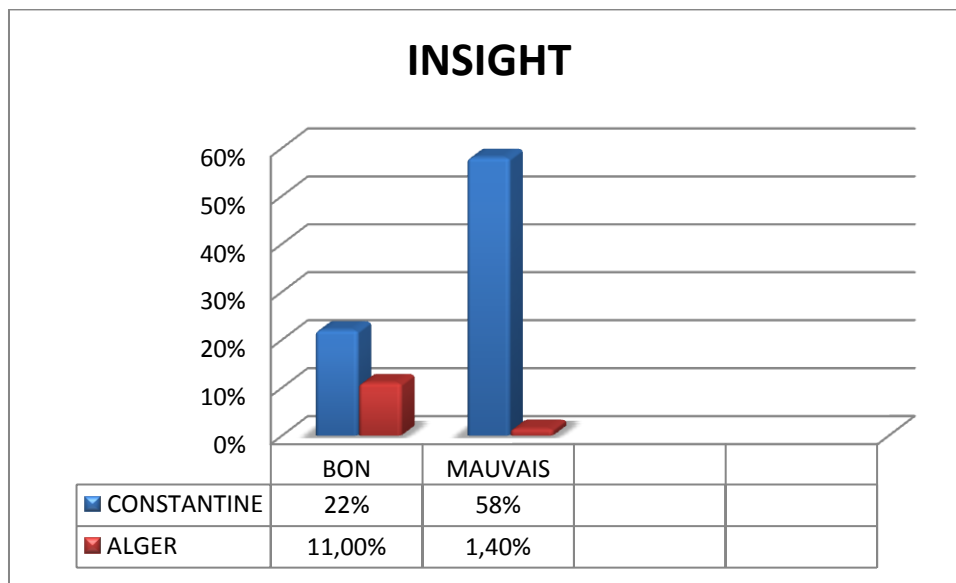
### 10) Saison et conduite suicidaire





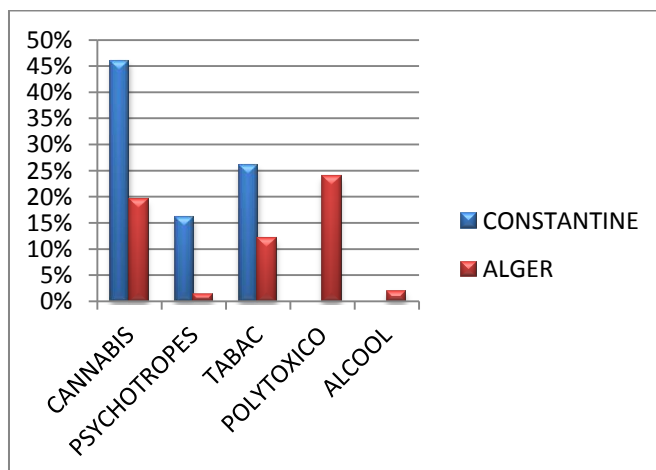
Prédominance des conduites suicidaires en hiver dans la série Algéroise alors que durant le printemps c'est les schizophrènes du constantinois qui prédominent (probablement du à l'inclusion des formes schizoaffectives dans les critères d'inclusions qui ont fait balancer le taux durant cette saison.

### 11) Le degrés d'insight



Un mauvais insight est retrouvé chez 58% de malades suicidaires dans la série de Constantine alors qu'il est de 1.4% dans la série d'Alger ( différence due probablement à l'échelle employée ou à la signification du terme même d'insight et la manière de le transposer du malade vers l'échelle de cotation en plus du nombre de non réponse signalée dans la même série d'Alger.

### 12) Conduite toxique et tentative de suicide



Nous constatons qu'il y a plus de consommations de cannabis et de psychotropes dans la série de Constantine par contre plus de conduites poly toxicomaniaques et d'alcoolisation dans la série d'Alger.

## CHAPITRE. V

### **PREVENTION RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES.**

## **PREVENTION DU SUICIDE DANS LA MALADIE SCHIZOPHRENIQUE.**

Il est nécessaire d'agir à plusieurs niveaux pour lutter contre le suicide dans la maladie schizophrénique.

La surveillance des différentes périodes à risque est un point crucial de la prise en charge de ces patients, de plus les thérapeutiques médicamenteuses et psychothérapeutiques interviennent également dans la prévention du suicide.

Il faut également se montrer vigilant face au contexte socio-environnemental de ces patients afin que les étapes de désinstitutionalisation puissent se dérouler dans les meilleures conditions possibles.

De nombreux travaux mettent en exergue le bénéfice apporté par une intervention thérapeutique précoce dans la maladie en décrivant plusieurs explications à cela : amélioration des premiers symptômes psychotiques, prévention de la détérioration des compétences sociales et prévention ou ralentissement de la progression de la maladie.

## VOLET MEDICAL DE LA PREVENTION

### ECHELLES D'ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE.

Des échelles spécifiques des troubles psychotiques notamment de la schizophrénie ont été élaborées afin d'estimer l'intensité des troubles présentés par les patients.

En évaluant les différentes dimensions retrouvées dans la maladie, ces outils apportent des informations précieuses aux soignants sur l'état de santé du patient, leur permettant ainsi d'anticiper un éventuel passage à l'acte auto agressif.

L'avantage de ces questionnaires réside dans le fait qu'ils permettent de rechercher de manière exhaustive des éléments dont le patient pourrait ne pas parler spontanément.

Les échelles évaluant la dimension **positive**

- BPRS (brief psychiatric rating scale)
- PANSS (positive and négative syndrome scale), permet d'estimer les symptômes psychopathologiques chez les psychotiques (7items pour les symptômes positifs, 7items pour les symptômes négatifs et 16 items pour la psychopathologie générale).

Les échelles évaluant la dimension **affective** :

- **CDS** ou Calgary Depression Scale : elle mesure de façon spécifique les symptômes dépressifs chez le schizophrène.
- **Psychotic anxiety scale**
- **CGI-SS** ou clinical global impression of severity of suicidality: elle évalue sur 5 items le comportement suicidaire du patient sur les 7 derniers jours.

**Notre objectif est de penser à traduire ces échelles et les valider ensuite, ou établir des échelles d'évaluation en arabe (ou dialectal) afin de faciliter leur compréhension par nos malades et rendre leur faisabilité sur le plan pratique plus aisée et moins biaisée.**

## LA PHARMACOTHERAPIE

### Les antipsychotiques

La découverte récente du potentiel antidépresseur et anti-suicide de certains antipsychotiques a provoqué un bouleversement dans la prise en charge des schizophrènes.

Une revue de la littérature suggère que lors des exacerbations aiguës des troubles schizoaffectifs ou de schizophrénies s'accompagnant de troubles dépressifs, il est plus judicieux d'optimiser le traitement neuroleptique (antipsychotiques atypiques tel la **clozapine**) plutôt que d'associer un traitement antidépresseur qui n'apporte aucun bénéfice en situation aiguë.

Au fait la clozapine mérite une attention, les conduites suicidaires chez les schizophrènes constituent l'indication principale de la clozapine (résultats de l'étude INTERSept.2011).

En effet chez les patients présentant des comportements suicidaires et de l'hostilité elle se trouve supérieure à l'olanzapine et à la risperidone dans des études comparatives (Chakos cité par S.Tayebi dans sa thèse de DESM 2010).

Actuellement elle fait partie de l'arsenal thérapeutique de l'EHS de Cheraga et nous souhaitons sa disponibilité dans la plupart des EHS de psychiatrie du pays.

Aux USA, la food and drug administration ( FDA), a donné un avis favorable pour l'extension d'indication de la clozapine aux conduites suicidaires chez les schizophrènes et les schizoaffectifs s'il est poursuivi sur une période minimale de deux ans.

D'après les recommandations de l'American Psychiatric Association, il est préconisé d'utiliser la clozapine dans cette indication.

Malgré tous les travaux en faveur de l'indication de la clozapine dans la prévention du suicide chez le schizophrène, elle demeure sous-utilisée.

Le problème évoqué est la réticence de certains prescripteurs à l'employer du fait de ses effets secondaires et de la surveillance que nécessite un tel traitement.

Il est toutefois estimé qu'avec une surveillance régulière , 1 patient traité sur 10000 meurt d'agranulocytose, ce qui reste tout de même très inférieur au risque de suicide puisque l'on sait qu'environ 1 patient sur 20 décède par suicide, il s'avère alors nécessaire d'évaluer pour chaque patient le rapport bénéfice/risque de la mise en place d'un tel traitement.

D'après la conférence de consensus américaine en 1999, les antipsychotiques atypiques sont fortement recommandés par rapport aux neuroleptiques classiques en cas de troubles de l'humeur associé, de même qu'en présence de comportement suicidaire.



Les hypothèses émises quant à l'action des antipsychotiques atypiques sur la diminution de la suicidalité sont les suivantes : augmentation de la compliance au traitement, moindre fréquence d'akathisie, diminution des symptômes psychotiques et de l'impulsivité, effet notable sur les symptômes thymiques et enfin amélioration du fonctionnement social.

**Une conférence de consensus sur les traitements des schizophrènes suicidaires en Algérie trouve sa place actuellement et pourquoi pas avoir une disponibilité de la plupart des antipsychotiques atypiques au niveau des officines pharmaceutiques et permettre ainsi d'élargir notre champs thérapeutique.**

## Les thymoregulateurs.

L'emploi du lithium dans la prévention du suicide n'est pas spécifique de la maladie schizophrénique et la plupart des études ont évalué l'efficacité de ce traitement dans les troubles schizoaffectifs, troubles bipolaires inclus.

L'adjonction de lithium au traitement neuroleptique pourrait *faciliter la mise à distance des angoisses psychotiques d'anéantissement et de morcellement.*

De la même manière, chez nous vu l'absence de lithium sur le marché nous utilisons la carbamazépine et son indication demeure limitée aux troubles schizoaffectifs seulement.

## Les antidépresseurs

L'association d'un traitement antipsychotique et d'un traitement antidépresseur reste toujours controversée à l'heure actuelle..

La conférence de consensus américaine de 2004 recommande d'ajouter un inhibiteur de la recapture de la sérotonine au traitement neuroleptique en cas de dépression post-psychotique et de le poursuivre au moins 6 mois s'il s'avère être efficace.

Les symptômes dépressifs représentent un facteur de risque de suicide chez nos patients souffrant de schizophrénie, notamment lorsque s'y associe un sentiment de désespoir, de rejet et d'inadéquation avec la vie extérieure.

Ainsi, devant les difficultés quotidiennes rencontrées par ses patients, il nous paraît utile de parler des aspects de réhabilitation psychosociale et de réinsertion de ces malades et qui est le champ d'action des thérapies comportementales et cognitives.

## Methodes de rehabilitation

Ces thérapies passent par l'apprentissage social et le développement des capacités d'habiletés sociales dont la nature peut être instrumentale (acquisition d'une autonomie) ou bien relationnelle (développement de relation sociale solide).

Elles s'organisent sous forme de modules (un module est un groupe fermé de 6 à 8 personnes qui travaillent sur un thème défini au départ).

Plusieurs modules sont déjà disponibles tel « profamille », « habiletés conversationnelles », « entraînement à la résolution des problèmes interpersonnels » ou « hygiène et apparence corporelle ».

Dans le module le plus ancien, qui est celui de Libermann « éducation au traitement neuroleptique » les différents principes de thérapies comportementales et cognitives sont mis en œuvre (jeu de rôle, modelage, techniques de résolution de problème, taches à domiciles et renforcement positif..).

Les thérapies familiales permettent d'améliorer la communication et l'expression des affects au sein des familles souffrant de schizophrénie.

Elles reposent sur des techniques d'évaluation des problèmes cibles qui seront abordés et discutés avec les membres de la famille. Les objectifs de ces techniques sont d'éduquer les familles sur le trouble présenté par le patient, de les aider dans la résolution des problèmes en commun pour essayer de préserver un entourage contenant et étayant pour le patient.

Ainsi, il peut confier ses inquiétudes face à l'avenir, ainsi que ses craintes d'appréhender la vie extérieure à son entourage ce qui peut limiter l'émergence de raptus anxieux, de sentiments de découragement ainsi que l'apparition d'idées suicidaires.

Actuellement, le professeur F. Kacha a initié une formation en thérapie familiale et qui est actuellement à sa dixième promotion et vraisemblablement a permis une formation de dizaines de thérapeutes à l'échelle nationale et qui font un véritable excellent travail.

## **LES THERAPIES COGNITIVES**

Les approches cognitives viennent compléter les approches comportementales.

Elles cherchent à donner du sens aux idées délirantes, aux hallucinations et aux croyances pathologiques.

Les distorsions cognitives sont alors relevées, discutées avec le thérapeute et des pensées alternatives sont ensuite élaborées et testées par le patient dans le but de modifier les schémas cognitifs en cause.

Elles visent également à prévenir les rechutes de la maladie en aidant les patients à identifier les signes précurseurs de la maladie et les situations propices aux décompensations.

Les thérapies comportementales et cognitives tentent de proposer une approche pragmatique aux difficultés pratiques et quotidiennes rencontrées par ces patients et ont pour objectif de contribuer aux projets de réhabilitation du malade tant dans le domaine relationnel, familial que professionnel et psychosocial.

Selon Liberman, les bienfaits de ces méthodes sont un renforcement du réseau de soutien social, une diminution du stress quotidien ressenti, une meilleure estime de soi et une amélioration de la qualité de vie.

Dans notre pays et dans plusieurs villes (Alger, Constantine, Bejaia), on assiste à la naissance de cycles de formation en TCC, chose qui permet la diversification des types de prises en charge du schizophrène et comme adjuvant thérapeutique

De cette façon, ces techniques peuvent permettre d'atténuer les sentiments de souffrance et de rejet que connaissent ces patients.

La formation continue pour les médecins généralistes concernant le dépistage précoce des schizophrénies débutantes et des dépressions demeure une méthode de prévention très efficace.

**Nous proposons** de relancer la formation des médecins généralistes.

Mettre à jour et réactiver le concept de psychiatrie de liaison au niveau des hôpitaux généraux par la présence d'un psychiatre à temps plein ou des rotations de résidents affectés dans des services dits sensibles tels les urgences médico-chirurgicales ou au niveau de la réanimation où la plupart des tentatives de suicide ne bénéficieront d'aucune prise en charge psychologique en postcure car perdues de vue et sans aucune orientation spécialisée.

A défaut de l'ouverture d'un service d'urgence de psychiatrie au sein du CHU (manque de locaux) **nous proposons** d'inculquer aux confrères et consœurs somaticiens l'utilité de la présence de psychiatrie au niveau du CHU et ce dans le cadre de la psychiatrie

de liaison avec la présence de deux résidents qui fonctionnent dans un système de roulement chaque 06 mois.

Concernant la présence de psychologues au niveau des services de soins intensifs et en post-op, le DRRH du CHU et après accord du DG, a procédé à une réorganisation des psychologues au sein des services du CHU et a renforcé les services sus-cités et en promettant la possibilité de recrutement de nouveaux psychologues.

Pour la relance de l'entraide entre somaticiens et psychiatres, nous devons sensibiliser la plupart des chefs de services sur les difficultés de prise en charge des malades mentaux, sur l'importance de communiquer et d'orienter dans la mesure du possible tous les malades suicidaires qui arrivent à leurs niveaux .

Enfin et d'un commun accord nous organisons chaque 06 mois une rencontre au niveau de l'auditorium de L'EHS où nous discutons des difficultés de prise en charge de nos malades et des meilleures modalités de prise en charge.

Concernant la création d'une unité d'écoute medio-psychologique au niveau des consultations d'hygiène mentale et qui sera une destination pour tout malade qui sort du CHU pour une TS pour un complément de prise en charge spécialisée, **nous proposons** l'aménagement d un bureau pour la circonstance au niveau des deux



dispensaires d'hygiène mentale que compte la ville de Constantine (Est et Ouest de la ville).

Le bureau est sous la responsabilité d'un psychiatre désigné pour la circonstance et aidé par un psychologue et qui auront pour tâche de prendre en charge tous les schizophrènes suicidaires orientés des différents services du CHU et de nous rendre compte mensuellement sur les statistiques des conduites suicidaires recensées à son niveau ainsi que le type de prise en charge.

### **LA PSYCHOTHERAPIE DE SOUTIEN.**

Le terme de psychothérapie de soutien définit un objectif thérapeutique qui ne renvoie pas à une catégorie clairement définie, son objectif est d'aider la personne à supporter ses symptômes ou ses problèmes généraux, d'apporter un soutien moral

Tout medecin exerce en fait une action psychothérapique souvent inconsciente dite de soutien.

Ses éléments sont essentiellement le fait que le medecin donne au malade la possibilité de s'exprimer dans une atmosphère de compréhension.

Cette simple situation est souvent à elle seule efficace et repose sur certains éléments fondamentaux

- La confiance dans une personne qui apporte l'aide
- L'atmosphère de compréhension
- La possibilité d'expression des problèmes
- Création d'une relation d'alliance thérapeutique

Le psychiatre, tout le temps envahit par les malades peut céder ces attitudes psychothérapeutiques au psychologue ou au médecin généraliste exerçant au niveau des centres de proximité et des CISM.

D'ailleurs **Støetzel** et al (2008) ont suivi des schizophrènes divisés en 3 groupes (un groupe mis sous traitement chimiothérapeutique et psychothérapeutique, le deuxième groupe mis sous chimiothérapie et un placebo (entretien simple sans aucun fondement psychothérapeutique et le troisième groupe mis seulement sous chimiothérapie).

Ils précisent que le groupe recevant un traitement chimio-psychothérapeutique n'avait aucune tentative de suicide ni réhospitalisation pour rechute, alors que celui sous chimiothérapie seule ont recensé cinq tentatives de suicide et quinze réhospitalisations durant l'année qui suit l'enquête.

## **VOLET SOCIAL ET FAMILIAL DE LA PREVENTION.**

Le rôle des associations favorise l'émergence des programmes nationaux de prévention du suicide.

L'accompagnement téléphonique des suicidaires par l'écoute anonyme a pour but de soulager l'angoisse et créer un lien humain pour différer voire stopper le processus de crise suicidaire (l'expérience oranaise en est l'exemple)

Le rôle des medias : la conséquence négative est le suicide par contagion, donc il faut suivre les recommandations de l'OMS et sensibiliser les journalistes afin de mieux communiquer sur le sujet.

Diminution de l'accès aux moyens de suicide les plus létaux (Surveillance et établissement de haies ou de grillage de protection le long des ponts suspendus à Constantine...)

Avoir un œil vigilant sur les troubles précoces précédant l'explosion psychotique et savoir orienter le malade vers la psychiatrie au lieu de tempérer et de prolonger de temps de psychose non traitée (séances de rokia ...).

Savoir utiliser les termes et les mots qu'il faut pour parler de conduite suicidaire avec les parents pour pouvoir sortir des tabous et lever cette sorte de réticence de l'entourage du suicidaire quand il s'agit de déclarer la tentative de suicide et essayer de la simuler à un accident( cette conduite va à l'encontre des percepts de l'islam).

## **VOLET REGLEMENTAIRE ET LEGISLATIF DE LA PREVENTION.**

Dans le cadre de la mise en œuvre de programme national de santé mentale des mesures de renforcement et de décentralisation de soins de santé mentale ont fait l'objet de l'instruction ministérielle n°13 du 24 Septembre 2001(voir circulaire de création des CISM en annexe).

- Dans cette instruction il est fait référence à la mise en place de centres intermédiaires de santé mentale (CISM).

A l'effet de préciser les objectifs, les missions et le fonctionnement des CISM.

Le centre intermédiaire de santé mentale :

1) Est la solution adoptée sous différentes dénominations à travers de nombreux pays relevant de différents niveaux de richesse et suggérée par l'OMS.

2) Est le regroupement de tous les soins et les actes de prévention en santé mentale classiquement réalisés en hôpital psychiatrique : urgence, diagnostic, traitement psychothérapeutique et réhabilitation.

3) Est réalisable en milieu ambulatoire proche de l'utilisateur, souple à gérer et offre des soins variés et adaptés aux besoins de la population desservie.

4) Offre des solutions efficaces et peu coûteuses de mise en place d'un réseau santé mentale utilisant les moyens humains et matériels existant dans notre pays.

Les objectifs de la mise en place des centres intermédiaires visent à :

1) Réduire les rechutes chez les malades mentaux du secteur desservi

2) Réduire les besoins de contact des malades mentaux avec les hôpitaux psychiatriques du secteur desservi

3) Augmenter le nombre, la diversité et la qualité des prestations en soins de santé mentale.

2) Accueil , prise en charge et orientation des personnes suicidaires.

Améliorer l'accès aux soins psychiatriques (les CISM jouent un rôle important dans la prévention et la postvention du suicide d'ailleurs ces structures sont implantées partout dans les villes algériennes et font partie des priorités du ministère de la sante comme structures préventives et curatives en politique de sante mentale en Algérie.

Proposer à la Direction De La Santé de Constantine et avec l'aide des familles et des bienfaiteurs et toujours dans les missions assignées au CISM la possibilité d'aménager des espaces de vie au sein de ces centres intermédiaires pour les schizophrènes en difficultés socio familiales, de venir chaque jour à cet espace , passer la journée avec l'équipe soignante ( manger , prendre son traitement faire une sieste et rentrer l'après-midi) tout ceci dans un cadre thérapeutique de suivi et de prévention.

Mise en place d'un suivi intensif en ambulatoire par des visites à domicile (assistante sociale) ou par contact téléphonique serait justifié pour les sujets les moins observants au traitement.

Le recours aux technologies des communications (Email, SMS)  
ne représente t-il pas un progrès potentiel dans nos capacités à  
maintenir un lien entre les individus en difficultés qui s'isolent

## **RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES**



## **RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES**

Nous avons au terme de cette étude déterminé les facteurs de risque des conduites suicidaires chez les schizophrènes et qui peuvent être d'ordre sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et psychosociaux.

Des recommandations s'imposent pour servir des repères solides pour le psychiatre.

Nos actions ciblent le patient, sa famille, le personnel soignant qui comprend, les infirmiers, les médecins généralistes les résidents, les psychiatres et l'organisation sociale.

Le suicide peut être réduit par :

- La rapidité de la prise en charge du premier épisode psychotique
  
- Les thérapies comportementales et psychosociales semblent avoir un effet bénéfique

- Les familles peuvent y participer par leur support affectif en prévenant l'isolement social et assurant un environnement acceptable.
  
- La thérapie cognitive peut assurer la reconnaissance des symptômes dépressifs et les idées de désespoir, facteurs de risque majeurs pour les comportements suicidaires, notamment pendant la phase post-hospitalière
  
- La frustration d'avoir une maladie chronique, la prise de conscience de son handicap et des difficultés provoquées par cette maladie sur la vie personnelle et sociale sont à l'origine de la mauvaise observance
  
- Prise en charge précoce de tout épisode psychotique.

# **CONCLUSION**

## CONCLUSION

Tout au long de notre travail de recherche nous n'avons pas cessé d'examiner les facteurs de risque des conduites suicidaires chez les schizophrènes.

Les conclusions peuvent être résumées en plusieurs chapitres

1. Dans la première partie nous avons fait une revue des données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques selon la littérature internationale concernant les conduites suicidaires chez les schizophrènes, il ressort que les schizophrènes se suicident au cours des phases précoces de la maladie, au cours des épisodes aigus de la maladie, la vulnérabilité serait maximale dans la semaine et dans les trois mois qui suivent la sortie de l'hôpital psychiatrique, le tout greffé sur un mauvais insight.

Les patients souffrant de schizophrénie ont volontiers recours à des méthodes violentes ce qui traduit une forte intentionnalité suicidaire

Les raisons invoquées pour justifier leurs tentatives de suicide sont surtout la présence d'un syndrome dépressif, des motifs

d'ordre morbide (idées de persécution, hallucination, ordre, idées d'influence) puis viennent les événements stressants de la vie et les comorbidités toxiques.

- D'autre part, l'amélioration de l'insight et la confrontation à l'handicap amènent l'apparition de sentiment d'infériorité, de dévalorisation, de dépression et conduisent à la genèse de comportements suicidaires.

Le praticien sera confronté à un double problème, améliorer l'insight du patient afin de garantir une meilleure observance thérapeutique et ne sera pas dénué de risque de passage à l'acte suicidaire en l'absence d'un bon accompagnement du malade.

Toutes les recommandations internationales convergent pour un traitement à base d'antipsychotique continu pour la prévention des tentatives de suicide et concluent à une prise en charge multidimensionnelle biopsychosociale.

La participation de la famille et son implication dans la stratégie thérapeutique n'est plus à démontrer surtout pour lutter

contre l'isolement social du malade responsable de ses passages à l'acte suicidaire.

Les techniques psycho-éducatives ont prouvé leur efficacité et les interventions psychosociales visent à une meilleure observance du traitement.

D'après nos résultats, il s'agit

- d'une personne jeune,
- atteinte de schizophrénie de type schizoaffectif,
- de sexe masculin,
- célibataire,
- aux antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide,
- au premier stade de la maladie,
- en dépression
- un mauvais insight
- avec des rechutes fréquentes.

2. Dans notre série de 150 malades, nous avons essayé de :

- Dresser le profil du patient schizophrène qui passe à l'acte suicidaire
- De repérer les signes d'alarme des facteurs de risque suicidaire
- De délimiter la population dite à risque.

Sur la base de toutes ces données, nous avons proposés quelques recommandations qui visent à diminuer le taux des tentatives de suicide chez les schizophrènes.

3. les recommandations visent à diminuer le taux de suicide chez les schizophrènes en agissant à tous les niveaux, medical, social et familial.

Le pilier des recommandations est basé la formation et l'information.

La formation continue à tous les niveaux, touchant toutes les personnes intervenants dans la prise en charge du malade mental.

Développer l'information sur la maladie et son traitement et ceci pour le malade et sa famille

Aider les parents de malade à s'organiser en associations

Les medias peuvent aider à mieux communiquer sur le suicide d'un coté, de l'autre coté à lutter contre les préjugés sociaux autour du suicide et de la maladie mentale afin de sensibiliser l'opinion publique.

Inciter les pouvoirs publics à une réflexion active en matière de sante mentale afin de développer l'aide et le soutien social de ces patients schizophrènes.

Mobiliser la société civile pour la création de structures autres que les hôpitaux psychiatriques.

La circulaire ministérielle de 2001 permettra le développement et la multiplication de structures intermédiaires qui restent indispensables à la réalisation de nos recommandations qui visent à diminuer au maximum le taux de suicide chez le schizophrène.

La recherche d'une éventuelle predicabilité à la conduite suicidaire chez le schizophrène demeure insuffisante malgré la mise en évidence de facteurs de risque et on a constaté qu'il y a des schizophrènes dont la conduite suicidaire demeure imprévisible et même sans facteurs de risque objectifs.



# ***BIBLIOGRAPHIE***

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Aiouaz.kh.les conduites suicidaires dans le parcours du schizophrène  
« analyse des facteurs de risque et aspects préventifs » ,thèse de doctorat  
en sciences médicales. Alger.2009.
2. Alfamure A.C et all : variables related to suicid attempts in schizophrenic  
^patients, a retrospective study.schizo.res 2003,60,47-55
3. Allebeck P, schizophrenia disease.Schizo Bull,1989,81-8
4. Allebeck et all : mortality in schizophrenia :Arch Gen Psy,1986,43,650-3
5. Allouani. A.les conduites suicidaires et leur prévention dans la région de  
Sétif. Thèse de doctorat en médecine .Alger. 2008
6. Altamura et all : clinical variables related to suicid attempt in  
schizophrenic patients, a retrospective study, Schizo Res,2003,1,60 :47-55
7. Belaid.A, prévalence des conduites suicidaires et addictives dans une  
population de schizophrènes hospitalisés. 2004
8. Bensmail.B, les psychotiques et leurs devenirs, notes préliminaires d'une  
enquête épidémiologique réalisée dans le constantinois ,in « journal  
Algérien de Medecine,vol 11,N°5,Octobre 1992.
9. Bleuler E, dementia precoce oder groupe der schizophrenia,elipzy.199

10. Bourgeois M, H. Meltzer : awareness of disorder and suicid risk in the treatment of schizophrenia ; result of the international suicid prevention trial, *Am J Psy*, 2004, 161, 1494-1496.
11. Bralet M C, Yon V : causes de la mortalité chez les schizophrènes : étude prospective sur 08 ans d'une cohorte de 150 schizophrènes chroniques.
12. Caillard V, M Bourgeois : dépression, risque suicidaire et indices de gravites, *FUAG*, 1 vol, Paris Flammarion ( médecine-sciences) 1995.
13. Caldwell C B , Sottesman : schizophrenia a high risk factor for suicid, *suicid life threat Behav.* 1992 winter, 22(4) : 479-93.
14. Chang S.A, Lee W : attempted suicid and polymorphism of the serotonin transporter gene in chinese patients with schizophrenia, *Psy Res*, 2000 ; 40, 249-57.
15. Correa H, Bailey P : serotonergic fonction and suicidal behavior in *Schizo Res.* 2002, 56 ; 75-85.
16. Casadebaig F : mortalité chez les patients schizophrènes, trois ans de suivi d'une cohorte, *Encephale* 1995, 329-37
17. Deanna L, Kelly R and all : life time psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicid compared to other means of death, *journal of psychiatrics research* ; 38(2004), 531-536.
18. Dixon L, Breier A : dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia ; prevalence and impact on outcomes, *Schizo Res*, 199 ; 35, 93-100.

19. Fenton W S et al : symptoms, subtypes and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorder. *Am J Psy*, 1997, 154 : 199-204.
20. Grunebaum M F et al : delusions and suicidality ; *Am J Psy*, 2001 ; 158 ; 742-7.
21. Gutt-fayaud, Olié JP, Loo H/ substance abuse and suicidality in schizophrenia, A common risk factor linked to impulsivity, *Psy Res* 2001 ; 102, 65-72.
22. Hardy P. la prévalence du suicide, rôle des praticiens et des différentes structures de soins, 1 volume Paris : Doin 1998, 77p.
23. Harkavy friedman et al : suicidal behavior in schizophrenia : characteristics of individual who had and had not attempt suicide. *Am J Psy*, 1999, 1276-8.
24. Harkavy friedman et al : suicidal behavior in schizophrenia ; *Am J Psy*. 1998.
25. Hvangt, serum cholesterol level in paranoid and non paranoid schizophrenia associated with physical violence or suicide attempt in taiwanese. *Psy Res*, 2000 ; 96, 175-8.
26. Iqbal .Z Chadwick P : cognitive approach to depressive and suicidal thinking in psychosis, *Br J Psy*, 2000, 177 ; 522-8.
27. Jonas C : responsabilités du psychiatre et des établissements d'accueil du fait des actes des malades mentaux. *Médecine et droit, information éthique, jurid, prat* ; 1997, 23 ; 12-16.

- 28.Kacha.F, aspects culturels de la dépression, thèse de doctorat en médecine, Alger. 1979.
- 29.Kacha.F, les conduites suicidaires, Manuel de psychiatrie Maghrébine, Edition Masson. 1987.
- 30.Kacha.F,les, contribution à l'étude du suicide en milieu urbain, thèse de doctorat en medecine.Alger 1971.
- 31.Kacha.F, les conduites suicidaires, santé Alger,N°4,mars-avril 2001.
- 32.Kacha.F, manuel de psychiatrie et de psychologie médicale, Alger 1996.
- 33.Kacha.F,l. Brahimi, tentative de suicide et prévention, congrès mondial de psychiatrie sociale, paris 1982.
- 34.Kelly D L :life time psychiatric symptoms with schizophrenia who died by suicid compated to other means of deaths ; journal of Psy Res 38(2004) ;531-536.
- 35.Kraeplin E : psychiatrie,6,Aufi Leipzig Barth,1989.
- 36.Kreyenbuhl J A,Conley R R : circumstances of suicid among individuals with schizophrenia in Schizo Res, 2002,253-61.
- 37.Kroyenbuhl J A : circumstances of suicid among with psychosis. Shizo Res,2002.
- 38.Lesage A D et all : exces mortality by natural cause of italian schizophrenic patients,Eur.Arch.Psy.Neuro.Scie,1990 ;239 ;361-5.
- 39.Maris R W : suicide,Lancet,2002 ;319-26.

40. Massias E et al : suspiciousness as a specific risk factors for major depressive episodes in schizophrenia ;Schizo Res,2001 ;47 ;159-65.
41. Meltzer H Y : suicid in schizophrenia, risk factors and clozapine treatment,J Clin Psy ;1998 ;15-20.
42. Merdji Y, approche epidemiologique des psychoses à travers l'Est Algerien ;these de doctorat en medecine.1990
43. Muller Y J ;Barkow K : suicid attempt in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics,Eur Psy ;2005,20(1) ;65-9.
44. Osby H.Correia A : mortality and cause of death in sciziphrenia,Shizo Res,2000,21-8.
45. Placka –Lewandowska : dexamethasone supression test and suicid attempts in schizophrenic patients,Eur.Psy,2001 ;16,428-31.
46. Pokorny A : prediction of suicid in psychiatric patients ; report of a prospective study,Arch Gen Psy,1983 ;40,249-57.
47. Roy A : suicid in chronic schizophrenie, Br J Psy,1998 ;141 ;171-7.
48. Rossa C D ;Mortenssen P B : risk factors for suicid in patients with schizophrenia :nested case control study ;Br J Psy ;1997 ;3,355-9.
49. Sapara A, Cooke M : prefrontal cortex and insight in schizophrenia, a volumetrique MRI study,Schizo Res,2007 ;89(1-3) ;22-34.
50. Tsuang G, Simpson J C : physical diseases in schizophrenia and affective disorders,J Clin Psy,1983,42-6.

51. Waddington et al : schizophrenia, developmental neuroscience and pathology ;Lancet 1993,341 ;536-61.

52. Walsh E, Hervey K : suicidal behavioral in psychosis, prevalence and predictors from randomised controlled trial of case management, report from the UK 700 trial, Br J Psy, 2001 ;178 ;255-60.

# ANNEXES



## FICHE TECHNIQUE

**N° d'enregistrement :**

**Age :** 15-20. 21-30. 31-40. 40-60. 60 et plus.

**Origine géographique :** citadine rurale

**Etat civil :** célibataire. Marié. Divorcé. Veuf (ve). Séparé.

**Nombre d'enfants :** sans. 01. 2-4. 4 et plus.

**Profession :** fonctionnaire libérale sans

**Le mode de début de la psychose :** brutal progressif

**Age du début des troubles :** 18-20 21-25 26-30 31-35 35 et plus.

**Régularité du suivi médical :** oui non

**Consanguinité parentale** oui non.

**Morbidité psychiatrique familiale :** oui non

**Nombre d'hospitalisations**

**Antécédents médico-chirurgicaux** oui non

**Antécédents toxiques :** tabac psychotrope stupéfiant autre

**Début des conduites addictives/ à la psychose :** avant après.

**Procédé utilisé :**

- Arme à feu
- Pendaison
- Précipitation dans le vide
- Ingestion de produits caustiques
- Phlébotomie
- Ingestion de psychotropes
- Immolation et autres.

**Antécédents de tentative de suicide** oui (préciser le type et le nombre) non.

**Antécédents de tentative de suicide dans la famille :** oui non

**Présence de difficultés existentielles :** oui (détailler) non

**Horaire de la T.S**

**Préciser le mois de survenue.**

**Existence de blessure organique associée :** oui (préciser) non.

**Circonstances de la T.S :** raptus réfléchi hallucinatoire dépressive autres

**Traitements entrepris :** NL classique AP ADP BDZ SISMO autres.

**Diagnostic multiaxial (DSMIV).**

**Durée d'hospitalisation.**

**Evolution :** bonne médiocre résistance autre.

**La prise en charge familiale :** bonne mauvaise

**CRITERES DIAGNOSTICS DE SCHIZOPHRENIE ET AUTRES TROUBLES  
PSYCHOTIQUES SELON LE DSM IV TR.**

▪ **schizophrénie**

**A.** symptômes caractéristiques : deux ou plus des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs, p.ex. émoussement affectif, alogie ou perte de volonté.

*N.B : un seul symptôme de critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet ou si dans les hallucinations plusieurs voix conversent entre elles.*

**B.** dysfonctionnement social /des activités : pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tel que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation ( ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre)

**C.** Durée : des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 06 mois, cette période de 06 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (symptomes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels.

Pendant ces périodes prodromiques ou résiduels, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le critère A

présents sous une forme atténuée (ex : croyance bizarre, perceptions inhabituelles.).

**D.** exclusion d'un trouble schizoaffectif ou un trouble de l'humeur : ont été éliminés soit parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

**E.** exclusion d'une affection médicale générale/du à une substance.

**F.** relation avec un trouble envahissant du développement : en cas d'antécédents de trouble autistique ou d'un autre trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présente pendant au moins un mois ou moins quand elles répondent favorablement au traitement.

### **Les sous-types de la schizophrénie.**

Ils sont définis par la symptomatologie prédominante au moment de l'évaluation

- Le type paranoïde
- Le type désorganisé
- Le type catatonique
- Le type indifférencié
- Le type résiduel

#### **■ Le trouble schizoaffectif.**

- A.** Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée à un moment donné soit d'un épisode dépressif majeur, soit d'un épisode maniaque, soit d'un épisode mixte et aux symptômes répondant aux critères **A** de la schizophrénie
- B.** Au cours de la même période de la maladie, des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins 2 semaines, en l'absence de symptômes thymiques marqués.

- C.** Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie
- D.** La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. : une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale

Spécification du sous-type :

- Type bipolaire : si la perturbation comprend un épisode maniaque ou un épisode mixte(ou un épisode maniaque ou un épisode mixte et des épisodes dépressifs majeurs.)
- Type dépressif : si la perturbation comprend uniquement des épisodes dépressifs majeurs.



## ECHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES POSITIFS ET NÉGATIFS DE LA SCHIZOPHRENIE

<b>PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)</b>							
	Absence	Minime	Léger	Moyen	Mod. Sévère	Sévère	Extrême
<b>SOUS-ECHELLE POSITIVE</b>							
P1 Idées délirantes	1	2	3	4	5	6	7
P2 Désorganisation conceptuelle	1	2	3	4	5	6	7
P3 Activité Hallucinatoire	1	2	3	4	5	6	7
P4 Excitation	1	2	3	4	5	6	7
P5 Idées de grandeur	1	2	3	4	5	6	7
P6 Méfiance / Persécution	1	2	3	4	5	6	7
P7 Hostilité	1	2	3	4	5	6	7
<b>SOUS-ECHELLE NEGATIVE</b>							
N1 Émoussement de l'expression des émotions	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retrait affectif	1	2	3	4	5	6	7
N3 Mauvais contact	1	2	3	4	5	6	7
N4 Repli social passif/ Apathique	1	2	3	4	5	6	7
N5 Difficultés d'abstraction	1	2	3	4	5	6	7
N6 Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation	1	2	3	4	5	6	7
N7 Pensée stéréotypée	1	2	3	4	5	6	7
<b>PSYCHOPATHOLOGIE GENERALE</b>							
G1 Préoccupations somatiques	1	2	3	4	5	6	7
G2 Anxiété	1	2	3	4	5	6	7
G3 Sentiments de culpabilité	1	2	3	4	5	6	7
G4 Tension	1	2	3	4	5	6	7
G5 Maniérisme et troubles de la posture	1	2	3	4	5	6	7
G6 Dépression	1	2	3	4	5	6	7
G7 Ralentissement psychomoteur	1	2	3	4	5	6	7
G8 Manque de coopération	1	2	3	4	5	6	7
G9 Contenu inhabituel de la pensée	1	2	3	4	5	6	7
G10 Désorientation	1	2	3	4	5	6	7
G11 Manque d'attention	1	2	3	4	5	6	7
G12 Manque de jugement et de conscience de la maladie	1	2	3	4	5	6	7
G13 Troubles de la volition	1	2	3	4	5	6	7
G14 Mauvais contrôle pulsionnel	1	2	3	4	5	6	7
G15 Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques)	1	2	3	4	5	6	7
G16 Evitement social affectif	1	2	3	4	5	6	7

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION  
INSTRUCTION MINISTERIELLE N°006 DU 06 MAI 2002  
PRECISANT LES MISSIONS ET LE FONCTIONNEMENT  
DES CENTRES INTERMEDIAIRES DE SANTE MENTALE**

Madame et Messieurs les Walis (Pour information)

Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (Pour application)

En communication à

Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U

Messieurs les Directeurs des E.H.S de psychiatrie

Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre de programme national de santé mentale des mesures de renforcement et de décentralisation de soins de santé mentale ont fait l'objet de l'instruction ministérielle n°13 du 24 Septembre 2001.

Dans cette instruction il est fait référence à la mise en place de centres intermédiaires de santé mentales (CISM).

A l'effet de préciser les objectifs, les missions et le fonctionnement des CISM.

Vous voudriez bien noter que :

Le centre intermédiaire de santé mentale :

Est la solution adoptée sous différentes dénominations à travers de nombreux pays relevant de différents niveaux de richesse et suggérée par l'OMS.

Est le regroupement de tous les soins et les actes de prévention en santé mentale classiquement réalisés en hôpital psychiatrique : urgence, diagnostic, traitement psychothérapeutique et réhabilitation.

Est réalisable en milieu ambulatoire proche de l'utilisateur, souple à gérer et offre des soins variés et adaptés aux besoins de la population desservie.

Offre des solutions efficaces et peu coûteuses de mise en place d'un réseau santé mentale utilisant les moyens humains et matériels existant dans notre pays.

Les objectifs de la mise en place des centres intermédiaires visent à :

Réduire les rechutes chez les malades mentaux du secteur desservi

Réduire les besoins de contact des malades mentaux avec les hôpitaux psychiatriques du secteur desservi

Augmenter le nombre, la diversité et la qualité des prestations en soins de santé mentale.

Les moyens matériels nécessaires au fonctionnement des centres intermédiaires de santé mentale sont :

Une structure urbaine située dans une polyclinique ou un centre de santé constituée au minimum de 4 à 5 pièces, évolutive en fonction des besoins et des activités.

Les moyens humains sont les suivants :

Psychiatre plein temps ou contractuel, la possibilité de conventionnement avec un psychiatre privé existe souvent.

Médecin généraliste

Psychologue clinicien, Orthophoniste éventuellement.

Un ou plusieurs infirmiers (s)

Assistante sociale.

Secrétaire médicale.

Les moyens humains seront mis en place progressivement.

Au besoin le CISM pourra commencer à fonctionner avec un médecin généraliste qui recevra la formation appropriée.

4 – Missions et fonctionnement du centre intermédiaire de santé mentale :

Le centre intermédiaire de santé mentale joue un rôle d'intermédiaire entre la famille et les institutions (hôpital, CIAJ...)

Le centre intermédiaire de santé mentale fonctionne comme un maillon fondamental du réseau santé mentale qui peut être apte à évoluer dans le temps et s'enrichir au fur et à mesure des nouvelles acquisitions matérielles, humaines et organisationnelles.

Le centre intermédiaire de santé mentale s'intègre dans un réseau de soins.

Il peut être un relais entre les différentes structures de soins comme les unités de dépistage et de suivi en santé scolaire, le secteur sanitaire, l'hôpital psychiatrique, les associations qui ont pour vocation une activité de santé mentale, les cabinets des médecins privés généralistes ou psychiatres, les familles de patients et les institutions publiques comme les collectivités locales, CIAJ et services de police.

En fonction des ressources humaines et des moyens matériels, sont organisées dans les CISM des activités de soins et de prévention comme suit :

Prise en charge des malades mentaux sortant de l'hôpital en post-cure

Délivrance de médicaments y compris à domicile (neuroleptiques à action prolongée pour les malades psychotiques chroniques refusant le traitement par voie orale).

Séances de réhabilitation

Accueil et soins des toxicomanes

Accueil et soins des victimes de violence.

Accueil et prise en charge et orientation des personnes <<suicidaires>>.

Accueil et soins des enfants ayants des troubles de santé mentale.

Dynamisation des campagnes de lutte contre la toxicomanie, le suicide, la violence.

Orientation et conseil des usagers en matière de santé mentale (enfant, adolescent et adulte).

Occupation à temps partiel dans des ateliers occupationnels de jour, d'éducation et d'apprentissage.

Les activités de chaque CISM seront évaluées trimestriellement selon le canevas-type prévu par le bilan d'activité trimestriel des structures intervenant dans le cadre du programme national de santé mentale.

J'attache une importance particulière à l'application de ces mesures en vous demandant d'adresser à la direction centrale chargée des actions spécifiques vos bilans d'activité tous les trois mois.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Abdelhamid ABERKANE**