

UNIVERSITE MENTOURI DE CONSTANTINE
FACULTE DE MEDECINE «BELKACEM BENSMAIL»

**LES TENTATIVES DE SUICIDE EN MILIEU MILITAIRE :
PROFIL PSYCHOPATHOLOGIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE**

**Étude prospective de patients consultant pour TS durant
La période allant du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013**

THESE

De doctorat en sciences médicales spécialité psychiatrie.

Par :

**YKHLEF Mohamed
Maître-assistant en
psychiatrie**

Directeur de Thèse :

**Professeur
SEMAOUNE BOUALEM**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014-2015

REMERCIEMENTS

A l'issue de la rédaction de cette recherche, je suis convaincue que la thèse est loin d'être un travail solitaire. En effet, je n'aurais jamais pu réaliser ce travail doctoral sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifestés à l'égard de ma recherche m'ont permis de progresser dans cette phase délicate de « l'apprenti-chercheur»

Je tiens à remercier :

- **Le Professeur SEMAOUNE Boualem**

Vous nous avez fait l'honneur d'initier puis de guider ce travail à chaque étape. Votre accueil toujours chaleureux, vos conseils prodigués avec pédagogie, votre disponibilité importante aux moments critiques m'ont rendu la tâche plus aisée et m'ont permis d'avancer, et de mener ce travail à son terme.

Votre écoute et votre esprit de synthèse m'ont profondément marqué. Je tiens à vous remercier vivement, pour la confiance que vous m'avez témoignée en acceptant la direction scientifique de mes travaux. Je vous suis reconnaissant de m'avoir fait bénéficier tout au long de ce travail de votre grande compétence, de votre rigueur intellectuelle, de votre dynamisme, et de votre efficacité certaine que je n'oublierai jamais. Soyez assuré de notre attachement et de notre profonde gratitude. Nous espérons que notre travail se situe à la hauteur de vos attentes.

- **Le président de jury,**

Mes remerciements vont également à **Monsieur le Professeur BENCHARIF** pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse en tant que président et pour l'ambiance de travail très agréable qu'il a su créer grâce à sa très grande ouverture d'esprit. Je tiens à l'assurer de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il porte à ce travail.

- **Les membres de jury,**

Je tiens à remercier par la présence mon jury de thèse :

- Monsieur le Professeur BENABBAS, pour l'honneur qu'il m'a fait pour sa participation à mon jury de thèse en qualité de membre pour juger mon travail, pour le temps consacré à la lecture de cette thèse, et pour les suggestions et les remarques judicieuses qu'il m'a indiquées.

- Monsieur le professeur TABTI, d'avoir accepté de faire parti du jury de cette thèse. Je le remercie pour les conseils scientifiques qu'il a apportés, en jugeant cette thèse, ainsi que pour son immense aide pour mener à bien ces travaux.
- Je remercie le Professeur ARFI avec qui j'ai eu la chance de pouvoir travailler. Sa rigueur, sa capacité d'analyse des problèmes et ses connaissances m'ont permis de progresser et ont répondu à plusieurs de mes préoccupations.
- Aux patients qui ne sauront jamais à quel point ils m'ont enrichi au cours de ma formation.
- J'ai trouvé au sein de l'hôpital militaire universitaire de Constantine une atmosphère stimulante et conviviale qui me fut précieuse. Pour cela je voudrais remercier Mr le Général Directeur Général CHEDDADI Mabrouk, Mr le Colonel Médecin Chef HAMADA Ahmed, Mr le Lt Colonel Chef du GPS SLIMANI Belkacem.
- Je remercie également l'ensemble de l'équipe soignante du service de psychiatrie de l'HRMUC qui plus encore que n'importe qui a permis de faire de cette thèse un moment agréable aussi bien scientifiquement qu'humainement.
- Je remercie le Dr LAIB pour son aide précieuse sur cette étude épidémiologique.
- Je remercie Mrs MERCHI et ABDOU, pour la lecture attentive et la critique du manuscrit et l'aide qu'ils m'ont apportée.
- A mes Parents, pour leur Amour inconditionnel et leur soutien sans faille tout au long de ces longues années d'études.
- A mon épouse, pour sa présence, sa patience indéfectible.
- J'adresse un grand merci à toute ma famille qui a toujours été présente.
- A mes enfants
- A mes amis
- A tous ceux qui me sont chers
- Nombreux sont celles et ceux qui m'ont apporté soutien et encouragements au cours de la préparation de cette thèse. Qu'ils en soient tous chaleureusement remerciés.

LISTE DES ABREVIATIONS

CLD : congé de longue durée
ATCD : antécédents
ATD : Antidépresseur
BZD : Benzodiazépine
CIM : Classification internationale des maladies
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
F : Femme
H : Homme
TS : Tentative de suicide
CS : Conduite suicidaire
NLP : Neuroleptiques
TCA : Tricycliques
SPA : substance psychoactive
O.M.S : L'Organisation mondiale de la santé
SIS : Suicide Intent Scale
DMM : décision médico-militaire
ESPT : état de stress post-traumatique
5HT : 5-hydroxy-tryptamine
TPH : tryptophane hydroxylase
5-HIAA : Acide 5-hydroxy-indolacétique
HTR : récepteur sérotoninergique
ATB : antibiotique
IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

TABLE DES MATIERES

Page

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : ETUDE THEORIQUE

I. DEFINITIONS ET CONCEPTS	4
1. Suicide et Tentative de suicide	4
1.1. Le suicide	4
1.2. La tentative de suicide	4
1.3. Les idées suicidaires	5
2. Autres définitions	6
2.1. La crise suicidaire.....	6
2.2. La menace suicidaire.....	6
2.3. Les équivalents suicidaires.....	6
2.4. L'attentat-suicide.....	6
2.5. Euthanasie.....	6
2.6. Suicide assisté.....	7
2.7. La suicidologie.....	7
II.HISTORIQUE DU PHENOMENE SUICIDAIRE	7
A. Profil historique du phénomène suicidaire	7
1. L'antiquité gréco-romaine (de 3000 av. J.-C à 600 ap. J.-C)	8
2. L'Ère Chrétienne (1 ap. J.-C.)	10
3. La Renaissance et le siècle des Lumières (XVe/XVIIIe siècles)	11
4. Du XIXe siècle à nos jours.....	11
B. Les modèles étiologiques du suicide	13
1. L'approche sociologique.....	13
2. L'approche psychanalytique.....	14
3. L'approche cognitive.....	16
3.1. Le modèle de Wenzel et Beck.....	17
3.2. Le modèle stress-Diathèse.....	18
4. Psychobiologie.....	18
III.EPIDEMIOLOGIE DES TENTATIVES DE SUICIDE	20
A. Tentatives de suicide dans la population civile	20
1. Epidémiologie du suicide dans le monde... ..	20
1.1. Données générales et internationales sur les comportements suicidaires.....	20
1.2. Données sur le suicide en France.....	21
2. Epidémiologie descriptive des tentatives de suicide.....	22
2.1 Epidémiologie des tentatives de suicide.....	23
2.2. La récurrence des comportements suicidaires.....	25
3. Données nationales.....	26
B. Les tentatives de suicide dans les armées : état des lieux	27
1. Le suicide dans les armées.....	28
2. Les tentatives de suicide dans les armées.....	29
IV. LES FACTEURS DE RISQUE	30
A. Bref historique.	30
B. Facteurs psychopathologiques	32

1. Les facteurs sociaux	33
2. Les facteurs psychiatriques.....	33
2.1. Troubles de l'humeur	33
2.1.1. Suicide.....	33
2.1.2. Tentatives de suicide.....	35
2.2. Les troubles psychotiques.....	36
2.3. Trouble lié à l'abus ou la dépendance à l'alcool	37
2.3.1. Suicide.....	37
2.3.2. Tentatives de suicide	38
2.4. Trouble lié à l'abus ou dépendance aux substances autres que l'alcool.....	39
2.4.1. Suicide.....	39
2.4.2. Tentatives de Suicide.....	40
2.5. Les troubles anxieux.....	41
2.5.1. Trouble de Stress Post-traumatique.....	41
2.5.1. a. Suicide.....	41
2.5.1. b. Tentatives de suicide.....	41
2.5.2. Autres troubles anxieux.....	43
2.6. Les troubles de la personnalité.....	43
2.7. Trouble de la personnalité borderline.....	44
2.8. Les autres troubles de la personnalité.....	45
2.9. Co-morbidités psychiatriques.....	46
2.10. Particularités militaires.....	46
3. Les facteurs précipitants.....	47
4. Les facteurs neurobiologiques.....	48
5 .Etudes génétiques	50
5.1. Etudes familiales, études de jumeaux et études d'adoption	50
5.2. Les gènes candidats	50
5.2.1. Polymorphisme du tryptophane hydroxylase (TPH)	50
5.2.2. Polymorphisme du transporteur de la sérotonine	51
5.2.3. Polymorphisme des récepteurs sérotoninergiques	51
5.3. Neurotransmetteurs cérébraux	51
5.3.1. Sérotonine	51
5.3.2. Noradrénaline	52
5.3.3. Dopamine	52
5.4. Comportement suicidaire et endocrinologie	52
5.5. Comportement suicidaire et cholestérol	53
5.6. Acides gras poly-insaturés	53
6. Les autres facteurs cliniques.....	54
6.1. Les facteurs cognitifs.....	54
6.1.1. Le désespoir.....	54
6.1.2. L'alexithymie.....	55
6.2. Les événements de vie.....	55
6.2.1. Les fardeaux d'adversités.....	56
6.2.1.1. Suicide	56
6.2.1.2 Tentatives de suicide.....	56
6.3. Les facteurs économiques et sociaux.....	57
V. RELATION ENTRE SUICIDE ET LA RELIGION.....	58
1. Dans la population générale.....	58
2. Dans le contexte algérien.....	58
VI .LE SUICIDE ET LE DROIT.....	61

A. Eléments de droit civil français	61
1. Les suicidants dans les textes.....	61
2. Réflexion sur la portée juridique civile du suicide.....	61
2. a. Droits du suicidant.....	61
2. b. Responsabilité civile et pénale du suicidant.....	62
2. c. Responsabilité dans l'implication de l'entourage.....	62
B. Cadre légal de la prévention civile et militaire	64
VII. ECHELLE D'ÉVALUATION	65
VIII. PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS	67
1. Programmes nationaux de prévention	67
1.1. Sensibilisation du grand public.....	68
1.2. Formation des professionnels.....	69
1.2. a. Intervenants de première ligne.....	69
1.2. b. Formation des médecins.....	70
1.3. Traitements médicamenteux.....	71
1.4. Psychothérapies.....	71
1.5. Stratégies de dépistage.....	72
1.6. Stratégies de prévention des personnes à haut risque suicidaire.....	72
2. Prise en charge et interventions aux Urgences	74
2.1. Continuité dans le système de soins.....	74
2.1.1. Vers une continuité des soins.....	74
2.1.2. Interventions aux Urgences.....	75
IX. ACTIONS DE PRÉVENTION	75
A. Prévention primaire : promotion de la santé et dépistage des suicidaires	75
1. Vers une meilleure caractérisation et compréhension du phénomène autoagressif.....	75
2. Dépistage des patients dépressifs et suicidaires par le médecin d'unité.....	76
3. Dépistage des sujets dépressifs et suicidaires par les cadres de l'unité.....	77
4. Le contrôle des armes à feu.....	78
B. Prévention secondaire : prise en charge du suicidant	78
1. Rôle du médecin d'unité et du psychiatre.....	78
2. le Refus de l'approche expertale initiale au profit des soins.....	79
C. Prévention tertiaire et quaternaire : conséquences de l'acte auto-agressif	80
1. Pour le sujet concerné : prévention des récives.....	80
2. Pour les proches : éviter les phénomènes de « contagion suicidaire », accompagnement du deuil.....	80
3. Information médiatique au sein de la collectivité militaire et au-delà.....	81

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PRATIQUE

I. PRINCIPES DE L'ETUDE	85
1. L'Hypothèse.....	85
2. La problématique.....	85
3. les objectifs.....	85
II. MATERIEL ET METHODE	86
1. Le Principe et le type d'étude.....	86
2. La population étudiée.....	86
3. Les critères d'inclusion.....	87
4. Les critères d'exclusion.....	87
III. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	88
1. Les Moyens matériels.....	88

2. La Pré-enquête.....	88
3. L'enquête.....	88

TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET DISCUSSION DE L'ETUDE

A. RESULTATS.....	91
I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS	92
1. Le sexe.....	92
2. L'âge.....	93
3. La tranche d'âge.....	94
4. Le statut marital.....	95
5. Le facteur de stress psychosocial.....	96
6. La perte des parents	97
7. La perte du conjoint	98
8. Les nombres d'enfants	98
9. Le niveau d'instruction.....	99
10. l'origine géographique.....	100
II. LES CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DE LA POPULATION ETUDIEE	101
1. La catégorie unité.....	101
2. La catégorie militaire.....	102
3. Le critère grade.....	103
4. L'ancienneté dans l'armée.....	104
5. L'arme.....	105
6. La catégorie militaire et grade.....	106
7. L'arme et grade	107
8. L'arme et la tranche d'âge.....	108
III. LES ANTECEDENTS.....	109
1. Les antécédents personnels.....	109
1.1. Les antécédents personnels d'hospitalisation en psychiatrie.....	109
1.2. Les antécédents personnels de consultations en psychiatrie.....	110
1.3. L'usage de substance.....	111
1.4. La nature de substance.....	112
1.5. Les antécédents personnels de TS.....	114
1.6. Le nombre de TS.....	115
2. Les antécédents familiaux.....	117
IV. L'OBSERVATION CLINIQUE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE.....	118
1. Les moyens utilisés.....	118
1. a. Les moyens utilisés et grade.....	119
1. b. Les moyens utilisés et la catégorie militaire.....	121
1. c. Les moyens utilisés et la tranche d'âge.....	122
1. d. Les moyens utilisés et le sexe.....	124
1. e. Les moyens utilisés et l'ancienneté au service.....	125
1. f. Les moyens utilisés en détail.....	126
2. Le lieu de la TS.....	128
3. L'heure de la TS.....	129
4. L'heure exacte de la TS.....	130
5. Le jour de la TS.....	132

6. Le déroulement de l'acte.....	133
7. La demande de l'aide a l'entourage	134
8. L'idéation suicidaire avant l'acte	135
9. La divulgation de l'intention suicidaire a un proche.....	136
10. Les motifs invoqués.....	137
11. Les regrets par rapport au geste.....	138
12. Le désir de reproduire le geste.....	139
13. L'hospitalisation.....	140
14. DMM.....	141
14. a. DMM et grade.....	142
14. b. DMM et catégorie militaire.....	143
14. c. DMM et la tranche d'âge.....	144
14. e. DMM et arme.....	145
14. d. DMM et catégorie d'unité.....	146
15. Le score de la SIS.....	147
16. La nature de la maladie.....	148
B-DISCUSSION.....	150
1- La Justification de l'étude.....	150
2- La représentativité de notre population	150
3- L'atteinte des objectifs.....	151
4- Le Biais.....	151
4-1 Biais de sélection.....	151
4-2 Biais d'information	152
4-3 Biais de mesure	153
5- L'originalité du sujet.....	153
6- Les éléments sociodémographiques	155
7- Des antécédents psychiatriques fréquents.....	154
8- Une clinique du passage.....	158
9- Comparaison de nos résultats avec les données de la littérature.....	160

QUATRIEME PARTIE

I. CONCLUSION.....	163
II. RECOMMANDATIONS.....	165

CINQUIEME PARTIE : ANNEXES & BIBLIOGRAPHIE

III. ANNEXES.....	171
IV. BIBLIOGRAPHIE.....	183
V. RÉSUMÉ DE LA THÈSE	195

INTRODUCTION

Le suicide est un phénomène qui a longtemps suscité l'intérêt des chercheurs. De tout temps, le suicide n'a cessé d'interpeller. Tour à tour penseurs, philosophes, artistes, médecins psychiatres et psychothérapeutes ont tenté d'en appréhender le sens.

Il est possible que la religion ait servi de rempart à son développement grâce à une certaine perception de la mort, et peut être surtout grâce à la négativation de l'acte représenté comme prédicatif du rite mortuaire. De ce fait, certains rattachent l'augmentation du nombre de suicides à la fin du XIXe siècle, au recul de l'emprise du discours religieux sur le scientifique. En plus du paramètre religieux, un autre paramètre, fonctionne comme un tabou qui ne déclare pas son nom, fait que le discours scientifique, y compris médical, a toujours fait montrer une certaine frilosité à prendre en charge le phénomène du suicide, alors même que les tentatives de suicide, le situant presque au niveau de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et cancéreuses, devait en faire un problème majeur de santé publique.

Le suicide, et en particulier sa prévention, devrait être donc au cœur des préoccupations actuelles, intégré dans une stratégie nationale d'actions s'articulant autour de quatre axes principaux : favoriser la prévention par un dépistage accru du risque suicidaire, diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux, améliorer la qualité de la prise en charge des suicidants, et mieux connaître la situation épidémiologique.

Dans ce cadre, la mise en œuvre d'une lutte efficace et pertinente contre le suicide devrait s'appuyer sur la réalisation de recherches portant sur les mécanismes psychopathologiques en jeu et sur l'évaluation des diverses initiatives en matière de prise en charge médicale, sociale et psychiatrique des suicidants et des personnes à haut risque de passage à l'acte suicidaire.

Les données de la littérature sur la prévention du suicide sont abondantes pour la prévention primaire et la prévention tertiaire, mais relativement pauvres pour la prévention secondaire, mise en jeu lors de la prise en charge d'une crise suicidaire.

Cela tient au fait que l'identification de cette crise est difficile : ses aspects sont très variables, les signes peu spécifiques et l'évolution vers une rémission ou un passage à l'acte est peu prévisible.

D'ailleurs, beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin dans les jours qui précèdent leur geste sans que le diagnostic ne soit porté. Alors que, le médecin généraliste est souvent le premier intervenant médical dans la prise en charge d'un patient

présentant une crise suicidaire. En effet, les praticiens adressent à l'hôpital 80 % des tentatives de suicide et d'autres données montrent que 60 % des suicidants ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédant un geste suicidaire.

Par rapport à la population générale, le milieu militaire n'est pas épargné par le risque suicidaire. La notion de dangerosité de la crise est souvent majorée en milieu militaire, étant donné l'accès aux moyens de suicide les plus létaux que sont les armes à feu.

De par la mortalité et les conséquences induites, les conduites suicidaires constituent un problème de santé publique dans les armées et leur prévention devrait constituer une priorité.

Cette étude a pour objectif de mieux connaître le phénomène au niveau des armées, d'étudier les conditions et les spécificités de la prise en charge de ce phénomène, afin de proposer à l'issue, aux médecins d'unités, souvent isolés, une aide pratique pour le suivi dans le temps d'un patient présentant une crise suicidaire.

C'est un phénomène complexe qu'on ne peut prétendre aborder du seul point de vue médical. D'autres approches, historiques, philosophiques, anthropologiques, théologiques, sociologiques... se sont intéressées au phénomène. La courbe du phénomène suicidaire est ascendante c'est ce qui suscite de vives inquiétudes chez les professionnels de la santé mentale.

Le suicide est « l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie ». En plus d'être une tragédie personnelle, c'est aussi un grave problème de santé publique.

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

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

- ✓ Déterminer la prévalence des tentatives de suicide,
- ✓ Déterminer les principales étiologies psychiatriques des tentatives de suicide,
- ✓ Et enfin d'établir une corrélation entre les différents paramètres sociodémographiques et le risque suicidaire.

Nous allons nous attacher à définir diachroniquement les différents termes du phénomène suicidaire : suicide, tentative de suicide et équivalents suicidaires, et traiter les principales données épidémiologiques.

Cette étude théorique conclura sur les principes de la prise en charge des suicidants et les mesures de prévention possibles.

La seconde partie sera consacrée à notre enquête sur les tentatives de suicide chez les patients consultants ou hospitalisés à l'hôpital militaire régional universitaire de Constantine.

Par la suite nous procéderons à l'analyse et l'interprétation des résultats, qui débouchera sur une conclusion générale sur le sujet.

PREMIERE PARTIE

ETUDE THEORIQUE

PLAN

I. DEFINITIONS ET CONCEPTS

1. *Suicide et Tentative de suicide*
2. *Autres définitions*

II. HISTORIQUE DU PHENOMENE SUICIDAIRE

- A. Profil historique du phénomène suicidaire
- B. Les modèles étiologiques du suicide

III. EPIDEMIOLOGIE DES TENTATIVES DE SUICIDE

- A. Tentatives de suicide dans la population civile
- B. Les tentatives de suicide dans les armées : état des lieux

IV. LES FACTEURS DE RISQUE

- A. Bref historique.
- B. Facteurs psychopathologiques

V. LA RELATION ENTRE SUICIDE ET LA RELIGION

VI. LE SUICIDE ET LE DROIT

- A. Eléments de droit civil français
- B. Cadre légal de la prévention civile et militaire

VII. ECHELLE D'ÉVALUATION

VIII. PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS

- 1. Programmes nationaux de prévention
- 2. Prise en charge et interventions aux Urgences

IX. ACTIONS DE PRÉVENTION

- A. Prévention primaire : promotion de la santé et dépistage des suicidaires
- B. Prévention secondaire : prise en charge du suicidant
- C. Prévention tertiaire et quaternaire : conséquences de l'acte auto-agressif

I. DEFINITIONS ET CONCEPTS :

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

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

1. suicide et tentative de suicide :

1.1. Le suicide :

Le terme « suicide » crée par Thomas Brown vient du latin « sui » : [se, soi] et « caedere » : [tuer] =se tuer soi-même [118]. C'est un acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort. Le suicide est donc le meurtre de soi-même.

Durkheim (1897) l'a défini comme : « la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer ». [42] notons tout de suite que dans toutes les définitions, l'élément axial est constitué par l'intention de mourir. Cependant, il est souvent très difficile de reconstruire les pensées des gens qui se suicident, à moins qu'ils n'expriment clairement de leurs intentions avant leur mort, ou qu'ils laissent une lettre explicite.

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

1.2. La tentative de suicide :

La tentative de suicide correspond à un « comportement suicidaire non fatal ».

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

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

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

L'O.M.S – En la nommant « lésions auto-infligées » a défini la tentative de suicide comme étant [112] : « Acte sans issue fatale, réalisé volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui ou qui se traduisent par l'ingestion de substances en excès par rapport à une prescription médicale ou par rapport à ce qui est reconnu comme une posologie thérapeutique, et ce, dans le but d'induire les changements espérés ».

La terminologie « lésions auto-infligées », utilisée par l'O.M.S, a été reprise dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) dans laquelle les suicides et tentatives de suicide sont rangés en fonction des moyens utilisés [de X69 à X84]. [29]

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

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

1.3. Les idées suicidaires (ou pensées suicidaires)

Ce sont des pensées qui incluent l'idée, de se donner la mort, qui correspondent à des constructions imaginaires de scénario, sans passage à l'acte.

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

- Sentiment de lassitude de vivre,
 - La conviction que la vie ne vaut pas d'être vécue,
 - Le désir de ne pas se réveiller du sommeil.
- ✓ Le suicidaire : Le suicidaire est un sujet qui a des idées suicidaires.

2. Autres définitions :

2.1. La crise suicidaire :

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

2.2. La menace suicidaire :

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

2.3. Les équivalents suicidaires :

Les équivalents suicidaires sont des conduites à risque qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort. Ces conduites, tout comme certaines lésions ou mutilations auto-infligées non suicidaires, ne doivent pas être abusivement considérées comme des tentatives de suicide.

2.4. L'attentat-suicide :

L'attentat-suicide est un attentat dont la réalisation implique la mort de son auteur. Il est le plus souvent organisé par des groupes militaires ou paramilitaires dont le but est de déstabiliser les institutions établies par une partie considérée comme ennemie. [49]

2.5. L'Euthanasie :

Le terme « euthanasie » est un terme d'origine grecque et signifie « une belle mort ». Aujourd'hui, le terme désigne les actions menant à une mort douce et facile.

Il existe une autre définition du comité spécial de sénat de Canada sur l'euthanasie et la mort assistée : « l'acte intentionnel de la part d'une personne voulant mettre fin à la vie d'une autre personne afin d'abrèger ses souffrances ». Le geste est le plus souvent provoqué par des médecins. Les lois de la plupart des pays du monde l'interdisent avec quelques exceptions aux Pays-Bas et en Belgique [7].

2.6. Suicide assisté :

Le suicide assisté correspond aux actes d'une personne, médecin ou non, qui fournit les moyens de se suicider ou les renseignements sur la manière de faire à un individu désirant mettre fin à sa vie. Il peut s'agir par exemple d'une personne qui souffre d'une maladie en phase terminale et qui peut demander au médecin la dose mortelle d'un médicament pour se faire tuer. Il est à noter que l'état de l'OREGON aux États-Unis est le seul endroit où ce type de suicide est autorisé. [7].

2.7. La suicidologie :

La suicidologie est définie comme étant la « science » qui étudie le phénomène suicidaire. C'est une discipline très récente qui a été créée aux États-Unis par SHNEIDMAN et FARBEROW en 1967. Elle s'intéresse à la recherche scientifique en matière de suicide et a permis la mise en place d'études épidémiologiques et cliniques. [71]

II. HISTORIQUE DU PHÉNOMÈNE SUICIDAIRE :

A. Profil historique du phénomène suicidaire :

La terminologie du suicide aurait été adoptée au XVIII^e siècle après un écrit de l'abbé Desfontaines en 1737. Mais ce néologisme semble avoir été utilisé pour la première fois au XVI^e siècle par les casuistes pour alléger le terme « homicide » qu'ils jugeaient trop fort. Par « Du suicide ou de l'homicide de soi-même » (1739), Voltaire contribue à la diffusion du mot par les encyclopédistes et les juristes, qui le valident et font coexister les deux termes au niveau juridique.

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

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

1. L'antiquité gréco-romaine (de 3000 av. J.-C à 600 ap. J.-C) :

Dans l'Antiquité il n'était pas rare de voir que les soldats défaits dans une bataille choisissent de se suicider pour éviter la capture, les tortures ou la mise en esclavage par les armées ennemies.

Par exemple Brutus et Cassius (42 av. J.-C.) se sont donné la mort pour ne pas être faits prisonniers par les Romains. Par ailleurs, dans la société romaine, le suicide était un moyen par lequel on pouvait préserver son honneur. En cas de jugement pour des crimes capitaux, on pouvait également sauver ses biens et propriétés familiales en se suicidant avant la condamnation du tribunal.

Cependant, le suicide était réprouvé dans les cités antiques.

— Platon (424-347 av. J.-C.), considéré comme l'un des premiers grands philosophes grecs de la culture occidentale se sert, à travers les propos de Socrate, de l'analogie de l'appartenance de l'esclave à son maître pour montrer la relation des humains avec Dieu et pour condamner le suicide. L'être humain un prisonnier de Dieu et ne peut se libérer avant d'avoir servi toute sa sentence (Platon, 1970). Dans les *lois* (IX, 854b-c), il va jusqu'à dire que les suicidés devraient être enterrés sans sépulture.

— Aristote (384-322 av. J.-C.) quant à lui traite le suicide par rapport à la vertu en le considérant comme un acte de lâcheté et condamne le fait que le suicidé cherche à fuir un mal. Il se place également dans le champ social et pose la question de l'injustice dans l'acte suicidaire. Il en arrive à la conclusion que personne ne peut être injuste envers soi-même et que c'est donc à l'égard de la cité (l'Etat) que le suicidé est injuste. Ainsi le citoyen se rend coupable d'un délit qui est sanctionné par la cité.

Ces deux prises de position, celle de Platon et celle d'Aristote, nous montrent que c'est en termes d'obligations sociales et spirituelles que le suicide est condamné par l'église et l'état. Cette conception de l'acte suicidaire, perçu comme perturbateur de l'ordre social, va évoluer en fonction de l'émergence de l'individu en quête de son propre épanouissement tel que cela transparaît dans le Stoïcisme, qui glorifie la mort le chemin de la recherche des valeurs.

— Pour les stoïciens grecs (331-262) La fin et le bonheur de l'individu tiennent dans le fait que ce dernier soit en accord avec sa propre nature dominée par le bien moral. Pour eux, le bonheur ne s'atteint pas dans l'obtention du but poursuivi, mais dans le chemin emprunté pour atteindre ce but. La mort en est valorisée et est considérée comme « un acte de la plus haute vertu » : c'est le « suicide philosophique » (Grisé, 1982).

— Le stoïcisme romain, plus récent, tend vers les mêmes hypothèses et va plus loin sur le concept de suicide philosophique en considérant que la peur d'un retournement de situation pour les personnes qui ne manquent de rien et sont heureuses peut les amener à décider d'ôter la vie. Ainsi le suicide était légitime lorsqu'il était fondé sur une décision rationnelle dans une situation donnée, laissant à l'individu la liberté de l'interpréter et de la maîtriser selon sa propre raison (Grisé, 1982).

— Au Tibet et en Chine, où les références à Bouddha dominent, on distingue deux types de suicidants :

— celui qui cherche la perfection ;

— et celui qui fuit l'ennemi.

Parfois, les réactions suicidaires étaient massives. Ainsi, après la mort de Confucius, 500 de ses disciples se précipitèrent dans la mer pour protester contre la destruction de ses livres.

— En Égypte, on conçoit la mort comme une délivrance. Ainsi, les partisans allaient jusqu'à se grouper pour se suicider collectivement avec les moyens moins agressifs.

2. L'Ère Chrétienne (1 ap. J.-C.) :

— Chez les premiers chrétiens, les suicides et le martyre volontaire étaient des pratiques très répandues et tolérées. Mais l'Église se développe et a besoin de disciples bien vivants.

— C'est Saint-Augustin, au IV^e siècle, qui initie le changement en faisant de l'interdit du suicide une prolongation naturelle du cinquième commandement « tu ne tueras point » et l'appui de : « Tu aimeras ton prochain comme toi-même ». Ainsi se donner la mort revient à tuer son prochain le plus proche et le plus intime. D'autant que dans la Bible il n'existe aucun passage où Dieu permette de s'enlever la vie, à moins d'en avoir reçu l'injonction divine.

— En Europe occidentale, le suicide a été longtemps condamné. Après les lois générales de Charlemagne, les établissements de Saint Louis réglementèrent spécifiquement le suicide. «Un procès sera fait au cadavre du suicidé, par-devant les autorités compétentes, comme pour les cas d'homicide d'autrui ». Le verdict du procès pouvant être la saisie de tous les biens du suicidé. [50]

— Au XIII^e siècle, Saint-Thomas d'Aquin viendra appuyer l'argumentation de Saint-Augustin sur trois points :

- le suicide est contraire à l'amour naturel de soi dont le but est de nous protéger ;
- il blesse la communauté et la traite injustement ;
- il est contraire à notre devoir envers Dieu qui nous a donné la vie et se réserve le droit de terminer notre existence terrestre.

On peut constater que dans ces cas la perception de l'acte suicidaire est uniquement religieuse : l'homme n'a pas le droit de disposer d'un corps et d'une âme qui appartiennent à Dieu, seul à en décider la fin.

Et jusqu'à nos jours la position de l'Église catholique repose sur ce même principe mis en exergue par Saint-Augustin et Saint-Thomas.

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

Et ce n'est qu'à la fin des deux derniers siècles, avec le recul de l'autorité de l'Église, que le suicide est devenu objet d'études scientifiques.

3. La renaissance et le siècle des lumières (XVe/XVIIIe) :

Les humanistes de la Renaissance n'échappent pas à la règle, et s'opposent au suicide au nom de l'Église. Pourtant cette condamnation semble être moins ferme avec au moins certaines contre-argumentations.

— Ainsi Thomas More dans *l'Utopie* (1516) évoque l'idée du suicide chez les personnes atteintes de maladies incurables pour leur donner la possibilité de mourir sans souffrance.

— Montaigne rejoint la doctrine des stoïciens et pense que le suicide peut s'évaluer en fonction des circonstances données selon une situation particulière. Pour lui, il ne faut pas agir sous l'emprise de l'impulsivité, car les circonstances peuvent changer, mais la douleur intense et la mort dans des conditions atroces peuvent justifier un acte suicidaire.

Ces pensées annoncent ce qui va être la « liberté des Lumières », philosophie selon laquelle le suicide est le produit d'un individu, de sa psychologie et de son époque.

— Pour Hume la mort volontaire n'est pas un acte criminel soumis aux lois générales de l'univers, et Dieu n'est pas garant de la vie humaine. Au contraire, selon lui, Dieu accorde le pouvoir de disposer de sa vie selon sa propre sagesse.

— en France, Montesquieu s'oppose aux lois contre les suicidés, pour Rousseau, la douleur qui peut priver l'homme de sa volonté et de sa raison l'autorise à se donner la mort. Par contre pour Kant le suicide est une atteinte à la morale.

4. Du XIXe siècle à nos jours :

— Enfin, au XIXe siècle, l'émergence de la psychiatrie comme discipline autonome bouleverse les courants de pensée, et le suicide devient la résultante d'une pathologie que l'on peut diagnostiquer et qui serait traitable. Les médecins et les aliénistes avaient le monopole sur la recherche des causes du suicide. Pour eux, il était important de connaître la proportion de suicides consécutifs à l'aliénation. Les médecins avaient conscience qu'ils devaient résoudre ce problème en passant par le recueil de données chiffrées.

— En France, la collecte des données numériques sur le suicide commence vers 1817 sous la responsabilité des médecins du conseil de salubrité de Paris, qui avait la charge de tenir les statistiques de la mortalité dans la capitale (Moléon, 1829). Sous la restauration, les recueils de données peuvent être établis par la constitution du Compte général de l'administration de la

justice criminelle (1827) et par la création des Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale (1829).

— la monarchie de juillet rétablit, en 1833, le bureau de statistique générale qui deviendra en 1840 la statistique générale de la France. C'est à cette époque que datent les trois conceptions médicales du suicide.

— La première, celle d'Esquirol, faisait dépendre tous les suicides d'une aliénation non spécifique.

— La seconde, avancée par Bourdin, reliait tous les suicides à une maladie mentale spécifique : la monomanie suicide.

— La troisième, partageait les suicides entre différentes causes, l'aliénation étant souvent reconnue comme la plus fréquente, et même parfois noyée au milieu d'un grand nombre de causes.

Assez rapidement, les médecins tentèrent de pallier l'absence d'analyse détaillée des motifs de suicides en conjuguant données statistiques et analyses de dossiers d'instruction judiciaire.

C'est en s'appuyant sur les thèses des médecins et aliénistes de l'époque et en utilisant les données des statistiques officielles sur le suicide et les statistiques officielles sur le recensement de la population que Durkheim développe sa propre théorie sur le suicide. Le suicide varie dans le sens inverse du degré d'intégration de l'individu dans les groupes sociaux dont il fait partie.

Le caractère « généraliste » de la théorie de Durkheim lui a valu des critiques et il est intéressant de présenter celles de Jack D. Douglas, pour qui la définition du phénomène varie selon les lieux, les époques et les groupes sociaux, et qu'elle n'est donc pas universelle. [19]

— Jacques Pohier (2004) quant à lui, met également en garde contre la généralisation de la conception du suicide comme acte résultant d'une pathologie sociale en pondérant sur le fait que même si cette conception est « certainement fondée et très souvent exacte dans les faits, mais si cette pathologie constitue un facteur important dans un grand nombre de suicides, elle peut également ne jouer aucun rôle dans certains autres ».

C'est après la Seconde Guerre mondiale que la question du suicide connaît un nouveau virage, quand la tentative de suicide a été prise en charge par la recherche scientifique.

— Stengel (1958) étudie les effets d'une tentative de suicide sur l'entourage et met en lumière l'importance de « l'appel au secours » à travers le geste suicidaire. [129]

— Pour Baechler, les comportements suicidaires sont complexes et revêtent un caractère multifactoriel. Dans son ouvrage les « suicides » (1975,1981), il distingue onze types de suicides en fonction de leur signification pour le sujet. [18]

— De nos jours, la recherche sur les comportements suicidaires et le suicide est multidisciplinaire et s'articule autour des facteurs individuels et contextuels, à l'évaluation de programmes de prévention et à la mise en place de nouvelles stratégies de prévention et de prise en charge.

B. Les modèles étiologiques du suicide :

Comme on a pu le constater dans le manuel diachronique des définitions du suicide, pendant longtemps la philosophie et la religion ont dominé le champ d'études sur la question du suicide. Les questions de morale et de sens étaient essentielles et il était important de savoir si le fait de se donner la mort de façon volontaire était un acte licite ou illicite. C'est à partir du XIXe siècle que le suicide, pris en charge par la recherche scientifique, va être extirpé du champ de la morale et du débat religieux, pour être soumis à l'instigation rationnelle : décrire et expliquer. La question n'est plus de savoir si le suicide est un crime. C'est cette approche scientifique qui va permettre, plus tard, de développer une politique de prévention.

Plusieurs types de conception et d'interprétation se sont opposés :

1. L'approche sociologique : [42]

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

— En 1897, Émile Durkheim, le fondateur de l'école française de sociologie, consacra tout un ouvrage [*le Suicide*] à l'étude de ce qu'il considérait comme un phénomène social.

Durkheim conclut que « chaque société est prédisposée à fournir un contingent de morts volontaires ». [42]

Selon cet auteur, on doit chercher les facteurs explicatifs des variations du taux de suicide dans les modalités de l'intégration ou la régulation sociale.

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

□ L'intégration sociale, à savoir le fait que les individus partagent une conscience commune, qu'ils soient en relation permanente les uns avec les autres, et se sentent voués à des objectifs communs.

Une intégration sociale défailante est à l'origine à la fois du suicide altruiste et du suicide égoïste.

— Le suicide altruiste procède d'une intégration sociale forte au point de méconnaître l'individualité. Le militaire qui se donne la mort à l'issue d'une bataille perdue en constitue un exemple.

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

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

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

Elle donne deux modes de suicide :

— Suicide anémique : c'est le résultat d'un manque de régulation qui, selon Durkheim, constitue la forme de suicide la plus répandue dans les sociétés modernes vues les changements sociaux rapides qui bouleversent les normes de conduites classiques. Ce type de suicide progresse en situation de crise économique ou politique et dans les périodes de forte croissance économique, puisque les mutations engendrées sont porteuses d'instabilité sociale.

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

L'hypothèse de Durkheim selon laquelle le suicide constitue un phénomène social a été prolongée par de nombreux sociologues.

— Halbwachs (Sociologue français) suppose que, seul, le vide social créé autour de l'individu cause le suicide. [72].

Halbwachs a démontré la dimension sociale de la décision individuelle du suicide : « C'est dans la société qu'il (l'individu) a appris à vouloir, et, même lorsqu'il en est retranché moralement, et qu'il croit ne plus participer à sa vie, il suit encore en partie son impulsion ».

Ce courant social insiste sur le rôle déterminant de la société dans la production des conduites suicidaires.

2. L'approche psychanalytique :

On retrouve peu de textes sur le suicide dans la théorie psychanalytique. On peut toutefois faire référence à quelques écrits de Freud, notamment dans *Deuil et Mélancolie* (Freud, 1917) et *psychopathologie de la vie quotidienne* (Freud, 1901).

— Selon Freud, il existe chez « certains malades » une tendance à s'infliger des mutilations volontaires qui sont des compromis entre l'inclination à l'autodestruction oscillant entre l'instinct de mort (thanatos) et l'instinct de vie (Eros). Ainsi, si les forces de vie cèdent, la tendance à se détruire existant déjà depuis longtemps à l'état inconscient et réprimé se libère, et la mort l'emporte sur la vie. Le deuil et la mélancolie sont une réaction à la perte d'un objet aimé (personne, idéal, valeur, patrie, etc.) qui se traduisent par une dépression, une absence d'intérêt pour le monde extérieur, une incapacité d'aimer et l'inhibition de toute activité. La perte de l'objet devient une perte de soi dans la mesure où la personne s'était identifiée entièrement à cet objet par son investissement narcissique. Si l'objet disparaît, la personne peut vouloir disparaître à son tour. Pour Freud, la volonté suicidaire est le résultat d'un retournement de soi contre autrui. Ainsi le « moi » tue en tuant le « moi modifié » devenu autre par identification à son objet.

Les analyses de la psychopathologie et du discours de la psychanalyse convergent en une seule étiologie.

Dès 1905, S.Freud évoque le retournement de l'agressivité contre le moi dans le geste suicidaire, point de départ de ses travaux fondés sur la notion de « pulsion de mort » qu'il définit comme « la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique », à partir de laquelle s'enrichira la réflexion sur le suicide. [52] Cela va ouvrir une brèche dans la condamnation des suicidés.

Selon Freud, le suicide est une « agression interne contre un objet d'amour introjecté ». Il a décrit le modèle de la mélancolie : le surmoi perd sa fonction protectrice pour se déchaîner avec violence contre le moi.

— Le psychiatre allemand Karl Menninger a réuni les trois points impliqués par la formule freudienne : le suicide comme désir de mourir, de tuer et de se tuer [99]

+le désir de mourir : le suicidaire cherche dans la mort avant tout le repos, l'annulation des tensions, la satisfaction du désir d'être passif et de mourir.

+le désir de tuer : « on ne se tue pas sans s'être proposé de tuer l'autre », cette composante agressive est manifeste dans les cas de suicide passionnel ou l'idée du meurtre précède souvent celle du suicide.

+le désir d'être tué fait intervenir une autre signification du suicide que l'on s'inflige : celle de la castration.

— Pour Vedrinne et Saubier, [141] le geste suicidaire peut être effectué pour mettre fin à un vécu de culpabilité chez le sujet mélancolique, où la mort apparaît comme une fin logique à l'auto-accusation dont on fait l'objet. Ce geste apparaît comme le moyen d'échapper à un vécu persécuteur trop angoissant.

On considère, donc, que les personnes qui se suicident sont atteintes d'une maladie mentale, étant entendu que les difficultés de la vie ne suffisent pas à conduire les gens au suicide. La majorité de ceux qui se suicident ont une dépression ou souffrent de troubles de la personnalité, de schizophrénie, ou encore de la dépendance à la drogue ou à l'alcool. En conclusion, il semble difficile de distinguer les deux types de facteurs, individuels ou sociaux qui sont à l'origine du phénomène suicidaire.

— Pour Mélanie Klein, le nourrisson perçoit son monde en objet partiel réduit aux fonctions prévalentes qu'il entretient avec son entourage. Le prototype de l'objet partiel est le sein, compris comme l'ensemble des soins prodigués par la mère. La fonction de l'objet est donc ce qui importe. Lors de la première année de vie, il s'engage petit à petit dans une position dépressive au moment du passage des relations d'objets partiels à des relations d'objets totaux dues à une maturation neuropsychologique et aux interactions avec son environnement. C'est la constitution d'un moi total et la différenciation entre soi et non-soi.

La qualité des relations externes de l'enfant va dépendre de la qualité de son monde interne : l'équilibre est atteint quand les bonnes expériences dominent sur les mauvaises, car le monde extérieur va permettre à l'enfant de vérifier les repères de son monde interne pour se sécuriser.

— Pour Mélanie Klein, « par le suicide, le moi cherche à tuer ses mauvais objets et sauver ses objets d'amour, qu'ils soient internes ou externes. Le suicide permet au moi de s'unir avec ses objets d'amour, bons objets intériorisés auxquels il s'est identifié. Il peut également venir briser la relation au monde extérieur » (Klein 1934 ; Ségal, 1964)

3. L'approche cognitive :

Elle se propose de déterminer les facteurs psychologiques de vulnérabilité aux idées et aux actes suicidaires, certains facteurs de dysfonctionnement cognitifs ont été en effet souvent

retrouvés chez les suicidants. Un des principaux résultats des études cognitives se traduit dans la difficulté de résolution de problèmes chez les patients suicidants.

— Dans les études , Plus anciennes on retrouvait la notion de « pensée dichotomique » qui revenait de la part du sujet à n'envisager que deux solutions extrêmes face à un problème. On parlait également de « rigidité cognitive » dans laquelle le sujet avait des difficultés à changer de stratégie pour résoudre un problème. Ces deux notions étaient souvent retrouvées chez les patients suicidants (Neuringer, 1964 ; Patsiokas, 1979).

— Dans les travaux plus récents on observe une disposition plus grande à l'autocritique chez les sujets suicidants, se traduisant par un perfectionnisme dans lequel le sujet a le sentiment de ne jamais parvenir à ses buts. Ce perfectionnisme entraînerait des comportements suicidaires par le biais de ruminations qui entraveraient la possibilité pour le sujet de trouver des solutions efficaces. Ainsi le sujet est fragilisé et a plus de difficultés à répondre de façon positive aux situations imprévues et stressantes [110].

— Des modèles cognitifs ont été développés ces dernières années pour conceptualiser de façon cohérente un ensemble de données. Le processus suicidaire y est pensé en termes de cascades de déficits et de dysfonctionnements cognitifs [86].

3.1. Le modèle de Wenzel et Beck :

Wenzel et Beck ont proposé un modèle basé sur la théorie cognitive en partant du principe que les patients suicidaires ne présentent pas tous le même phénotype, qu'ils fonctionnent selon des schémas propres à ces différents phénotypes et que la probabilité que ces schémas soient activés dépend de trois types de facteurs :

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

Une fois activés, ces schémas sont associés à des processus cognitifs similaires, observables dans la crise suicidaire. Il existerait des liens entre un mauvais traitement de l'information, les pensées négatives, l'humeur et les comportements.

Ainsi chaque phénotype est sous-tendu par des schémas développés dans l'enfance et l'adolescence, qui donnent des repères et qui peuvent être activés face à un stress. Selon les auteurs, la fréquence, l'intensité et la durée des pensées négatives en lien avec les troubles psychiatriques favorisent la mise en place d'un schéma suicidaire, et l'activation de ce schéma favorise lui-même des processus cognitifs spécifiques au suicide. Le désespoir fait partie des processus cognitifs en lien avec les comportements suicidaires (Wenzel et Beck, 2008) [148].

3.2 Le modèle stress-Diathèse :

Ce modèle a été proposé par Mann (1999) et retenu par de nombreux chercheurs pour étudier le suicide. A partir des observations, le modèle stress-diathèse propose de classer les facteurs de risques des comportements suicidaires dans une catégorie « stress » ou une catégorie « diathèse ».

— La composante « stress » regroupe les épisodes aigus de troubles psychiatriques, la comorbidité avec les troubles liés à la consommation de substances ou d'alcool et la présence d'événements de vie négatifs.

— La composante « diathèse » regroupe les facteurs de risque qui augmentent la susceptibilité au suicide (ex : la constitution génétique), les caractéristiques du comportement et la morbidité sur l'axe II.

A partir de cette base, le risque des comportements suicidaires et du suicide augmente en fonction de la prédisposition des facteurs sur la composante « diathèse » et de la présence des facteurs de risque de la composante « stress ».

4. Psychobiologie :

Les travaux neuroscientifiques orientés biologie, imagerie cérébrale et génétique moléculaire ont montré :

— Un dysfonctionnement du système sérotoninergique impliqué dans la vulnérabilité aux comportements suicidaires. Les études dans cet axe de recherche ont montré le rôle des traits impulsifs-agressifs comme facteurs de risque des comportements suicidaires..

— De plus, un grand nombre de données psychopharmacologiques ont été exploitées ces vingt dernières années indiquant que la réduction de l'activité centrale sérotoninergique est associée aux comportements suicidaires en particulier parmi les personnes qui utilisent des méthodes violentes [3].

— Des études portant sur des sujets présentant une insuffisance du contrôle des impulsions et des comportements violents ont permis d'observer des altérations similaires. L'activité sérotoninergique peut donc être liée aux traits impulsifs-agressifs et peut avoir une incidence sur la sensibilité aux comportements suicidaires.

Au regard de ces résultats, les études ont laissé supposer que les personnes violentes ou agissant de façon impulsive peuvent avoir un dysfonctionnement du cortex préfrontal [46].

— Ces observations sont importantes parce que les examens post-mortem du cerveau des personnes suicidées ont démontré certaines anomalies neuro-anatomiques, telles qu'une réduction de liaison de la sérotonine à ces transporteurs, de même qu'une plus forte liaison aux récepteurs post-synaptiques dans le cortex préfrontal des suicidaires par rapports à la population générale. [4].

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

Cet axe de recherche se développe aujourd'hui vers l'épigénétique qui étudie la manière dont l'environnement et l'histoire individuelle influent sur l'expression des gènes. [115].

En effet, l'épigénétique se définit comme étant une modification de l'expression des gènes par des mécanismes autres que la modification de la séquence d'ADN elle-même [89]. Cette discipline a récemment été perçue comme étant l'interface entre les événements environnementaux qui surviennent à l'enfance et les modifications génétiques observées chez certains sujets suicidaires victimes d'abus.

A partir de ces observations, McGowan et al. (2009) [105]. ont comparé 12 cerveaux de personnes ayant subi des maltraitances dans l'enfance et qui se sont suicidées à l'âge adulte, 12 cerveaux de personnes qui se sont suicidées sans antécédents de maltraitance, et 12 cerveaux de personnes décédées d'une maladie ou après un accident et sans antécédents de maltraitance.

Les résultats ont montré que chez tous les sujets ayant subi des maltraitances pendant l'enfance, les récepteurs des glucocorticoïdes fonctionnaient au ralenti.

III.EPIDEMIOLOGIE DES TENTATIVES DE SUICIDE :

L'épidémiologie joue un rôle important en chiffrant l'ampleur du phénomène suicidaire et en permettant de détecter les facteurs de risques et les groupes à risque.

La réalisation d'études épidémiologiques valables nous paraît donc importante pour mieux comprendre ce phénomène.

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

A .Tentatives de suicide dans la population civile :

1. Epidémiologie du suicide dans le monde :

1.1. Données générales et internationales sur les comportements suicidaires :

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

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

Selon les mêmes estimations, le nombre de décès dus au suicide pourrait passer à 1,5 million en 2020.

Au niveau mondial, le suicide représente 1,4 % de la charge de morbidité, mais les pertes dépassent le seul cadre de la santé.

Selon la Commission européenne en charge de la santé, environ 58 000 Européens meurent chaque année des suites d'un suicide. Le nombre de décès par suicide est plus élevé que le nombre de décès causés par les accidents de la route (Commission européenne de la santé, 2008). Le taux de suicide** le plus élevé se trouve dans les pays de la région Balte (Estonie, Lettonie, Lituanie). Il est également plus élevé dans les régions du nord que celles du sud de l'Europe.

En 2009, environ 1 068 suicides (13,5 décès pour 100 000 personnes) ont été enregistrés au Québec. Pour l'année 2008, 1 122 suicides (14,4 pour 100 000). En 2009, le nombre de suicides chez les hommes s'élevait à 8301 (21,3 pour 100 000). Chez les femmes, le nombre de suicides était de 233 (5,9 pour 100 000) [68].

Selon Chen, Liu & Zheng (2011), la Chine compte également parmi les plus élevés taux de suicides dans le monde (20,11 pour 100 000 habitants en 2008) et le suicide y est la première cause de mortalité. Contrairement à la majorité des autres pays, le taux de suicide en Chine chez les femmes est plus élevé que celui des hommes. On remarque également que c'est en milieu rural que les femmes se suicident plus qu'en milieu urbain. Le taux de suicide a également fortement augmenté chez les personnes âgées de plus de 65 ans pour atteindre environ 47 % de tous les suicides en 2008. [36].

1.2. Données sur le suicide en France :

Nous avons choisi ce pays comme référence d'une part, de la disponibilité de la documentation et d'autres parts, de la maîtrise de la langue.

Les calculs du taux de mortalité par suicide sont également soumis à une sous-estimation des suicides et des tentatives de suicide principalement dû au fonctionnement des organisations administratives quelques fois divisées en services qui ne communiquent pas toujours entre eux de manière cohérente [19].

Ainsi, nombre des décès par suicide sont « dissimulés » parmi les décès attribués à des traumatismes ou des causes inconnues (Décès de cause indéterminée, empoisonnement accidentel, etc.) [82].

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'INSERM estime que 35 % des décès de cause indéterminée et 25 % des décès de cause inconnue sont des suicides. La sous-estimation globale du nombre de décès par suicide serait de 20 %. [85]. En 1996, le taux de suicide en France était de 28,8 pour 100 000 hommes et 10,4 pour 100 000 femmes ; en 1998, il était de 21,3 pour 100 000 personnes (Anguis et al. 2002 ; Philippe, 1999).

En 2009, la France comptait 10 464 décès par suicide (CépiDC 2011), dont 7739 pour les hommes et 2725 pour les femmes. Le taux de suicide s'élève à 17 pour 100 000 personnes.

Le suicide est la première cause de mortalité dans la tranche d'âge des 25-34 ans, et la deuxième cause de mortalité des jeunes de 15-24 ans. Cependant, c'est dans la tranche des 35-54 ans que les morts par suicide sont les plus nombreux en nombre absolu. Le suicide touche aussi les personnes âgées avec une augmentation récente chez les hommes de plus de 70 ans. Le taux de suicide augmente chez les personnes de 15 à 50 ans pour diminuer ensuite jusqu'à 65 ans, il augmente de nouveau considérablement jusqu'à 85 ans. Ce taux est plus élevé auprès des hommes veufs (58,8 pour 100 000), puis les personnes divorcées (37,3 pour 100 000). Ce sont les célibataires et les personnes mariées qui ont un taux de mortalité par suicide le plus faible (20,4 et 16,8 pour 100 000). [104].

Comme dans la majorité des autres pays, le taux de suicide est plus élevé chez les hommes qui se suicident trois fois plus que les femmes, et cet écart augmente avec l'âge. Dans la tranche d'âge des 45/49 ans le taux de suicide masculin est 45,6 pour 100 000 contre 14,9 pour 100 000 chez les femmes. C'est dans la tranche d'âge des 85 ans et plus que cette différence prend son sens puisque le taux est six fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (INSERM-CépiDc, 2002) La pendaison dans 37 % des cas est le premier moyen utilisé pour se suicider en France, suivi de l'utilisation d'armes à feu pour 25 % des cas, et l'intoxication volontaire pour 13 % des cas.

Là encore, les moyens varient selon les sexes ; la pendaison et l'utilisation d'armes à feu prédominent chez les hommes, alors que la pendaison, l'intoxication volontaire et la noyade sont utilisées par les femmes.

Le suivi régional de la mortalité fait par l'INSERM nous permet d'établir des comparaisons. Le taux de suicide est plus élevé dans les régions de l'ouest et du nord de la France, en particulier en Bretagne et inférieur à la moyenne nationale dans le sud de la France en particulier en Corse (Inserm 2002).

2. Epidémiologie descriptive des tentatives de suicide :

Comparées à la multitude d'études réalisées et en cours de réalisation sur le suicide, les tentatives de suicide sont moins étudiées [104].

Du point de vue de l'épidémiologie descriptive, il n'existe pas de recueil systématique de données. Il est à noter que même pour le suicide, la qualité du recueil des données est aléatoire [85].

La plupart des études référencées sont rétrospectives. Quelques cohortes ont été créées en milieu professionnel dont l'étude GAZEL [67].

L'OMS a récemment mis en oeuvre des études multicentriques indiquant un nombre de tentatives de suicide de 20 à 30 millions par an à travers le monde.

Pour la France, nous disposons de données partielles provenant le plus souvent de régions délimitées et pour une période restreinte [8].

Mann constate que les hommes utilisent des moyens plus violents que les femmes au cours d'un geste autoagressif. De plus, ils planifient davantage leur geste. Donc les femmes utilisent des modalités opératoires moins létales qui confèrent une plus grande chance de survie [102].

Pour Hawton et Zahl, la présentation opératoire de la tentative de suicide indexe est majoritairement l'intoxication médicamenteuse volontaire dans plus de 85 % des cas chez les hommes comme chez les femmes [78].

L'étude de Staikowsy a retrouvé l'historique des spécialités pharmaceutiques utilisées lors d'intoxications médicamenteuses volontaires à dix ans d'intervalle entre 1992 et 2002 [125].

Entre les deux périodes, les caractéristiques sociodémographiques de la population ne se modifient pas, avec une nette prédominance féminine et un âge moyen de 35 ans. La classe de médicaments la plus utilisée est celle des psychotropes avec augmentation significative des antidépresseurs et notamment les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine), tandis que l'utilisation de benzodiazépines diminue. Pour les autres classes thérapeutiques, le paracétamol est le plus utilisé et non le moins dangereux par rapport à la croyance collective.

2.1. Epidémiologie des tentatives de suicide :

La tentative de suicide (TS) est un comportement auto-infligé avec intention de mourir, potentiellement dangereux, mais sans issue fatale. [130].

Aux Etats-Unis, [94] l'Enquête nationale de Comorbidité réalisée entre 1990 et 1992 auprès de 5877 personnes de 15 à 54 ans, observe une prévalence sur la vie des idéations suicidaires estimée à 13,5 %. Quatre pour cent ont rapporté un plan et 4,6 % une tentative de suicide. Les probabilités cumulées étaient de 34 % pour le passage de l'idéation au plan, de 72 % pour le passage du plan à la tentative et de 26 % pour le passage de l'idéation à une tentative sans plan. Environ 90 % des premières tentatives non planifiées et 60 % des tentatives planifiées survenaient dans l'année suivant l'apparition de l'idéation.

En France environ 8 % de la population métropolitaine adulte déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie (9 % des femmes et 6 % des hommes de plus de 18 ans) [20].

On estime qu'en France chaque année ont lieu 130 000 à 180 000 tentatives de suicide dont 120 000 à 154 000 passent aux urgences. On estime que le nombre de tentatives de suicide est 10 à 20 fois plus élevé que le nombre de décès par suicide. Ces tentatives entraînent souvent des hospitalisations et des traumatismes physiques, affectifs et mentaux, même si on ne dispose pas de données fiables sur l'étendue du phénomène. [20]

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

Le sexe ratio des tentatives de suicide est inverse à celui des suicides : les femmes réalisent deux à trois fois plus de tentatives de suicide que les hommes.

Le risque diminue progressivement avec l'âge [32]. De même que le différentiel de sex-ratio [109].

Ainsi, de manière unanime dans la littérature, le constat est que les tentatives de suicide touchent davantage les femmes et les tranches les plus jeunes de la population [64].

Les moyens les plus fréquemment utilisés sont les intoxications médicamenteuses volontaires dans plus de 50 % des cas, suivies des phlébotomies dans plus de 10 % des cas.

En 2002, le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins est estimé à environ 195 000 :

□ Le sex-ratio des tentatives de suicide est l'inverse de celui du suicide : les femmes réalisent deux fois plus de tentatives de suicide que les hommes ;

□ Les moyens utilisés lors des tentatives de suicide :

Les tentatives de suicide représentent 2 à 4 % des consultants dans les services d'urgence dont la majorité d'entre-elles sont des intoxications médicamenteuses [91 %]. Les autres modalités réalisent moins de 10 % des tentatives de suicide examinées aux urgences. [12].

Une étude prospective, menée dans 57 services d'urgences, a montré que :

— Les intoxications médicamenteuses volontaires représentent : 90,6 % des cas.

— Les autres moyens sont :

○ la phlébotomie (5 %),

○ l'intoxication par des drogues (1,9 %),

- O la pendaison (1,7 %),
- O les produits ménagers (0,9 %),
- O l'arme blanche (0,8 %), la noyade (0,6 %),
- O l'inhalation de gaz (0,6 %),
- O l'accident de la voie publique (0,5 %),
- O l'arme à feu (0,3 %), la précipitation (0,2 %),
- O l'électrisation (0,2 %) et
- O l'immolation (0,2 %)

Récidives des tentatives de suicide :

Pour les tentatives de suicide, on note 40 % de récurrences, dont la moitié dans l'année suivant la tentative de suicide.

Il y a 1 % de mortalité par suicide dans l'année qui suit la tentative de suicide contre 0,02 % dans la population générale, soit 50 fois plus.

Il y a plus de 10 % de décès par suicide, au cours de la vie, après une première tentative de suicide. Un antécédent de tentative de suicide est ainsi l'un des plus importants facteurs de risque de suicide.

2.2. La récurrence des comportements suicidaires :

Les études de cohorte montrent que la récurrence est très importante au cours de l'année qui suit une tentative de suicide, et peut varier de 9 % à 32 % sur une période d'une année. [37]

Dans l'étude multicentrique sur les comportements suicidaires de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de la moitié des sujets avaient fait une récurrence [111].

Le taux de répétition de tentative de suicide ainsi que le taux de suicide seraient les plus élevés dans les premières années suivant la tentative de suicide [137].

Avoir fait plusieurs tentatives de suicide est fréquent dans les échantillons de suicidés : au moins 1 % des patients ayant fait une tentative de suicide se suicident dans l'année suivante et 3-10 % se suicideraient dans les années suivantes [38].

Esposito, & al (2003), [51]. Rapportaient que les adolescents qui répétaient les tentatives de suicide étaient plus souvent diagnostiqués avec un trouble de l'humeur, avec des symptômes de dépression et de colères plus sévères.

Rudd et al. [120] ont étudié la relation entre un diagnostic psychopathologique et la récurrence des tentatives de suicide. Les résultats montraient qu'un antécédent de trouble anxieux ou de trouble dépressif pouvait augmenter le risque de faire plusieurs tentatives de suicide plus tard.

D'Eramo, & Spirito (2004) ont évalué la relation entre les antécédents de comportements suicidaires et le fonctionnement psychiatrique, en comparant des groupes d'adolescents hospitalisés dans une unité psychiatrique. Les résultats ont montré que la sévérité des idées suicidaires augmentait avec la sévérité des comportements suicidaires. [47].

Les adversités rencontrées pendant l'enfance ont été également observées comme un éventuel facteur de risque de la récurrence des comportements suicidaires [139], de même que les antécédents familiaux de troubles mentaux et de comportements suicidaires [149].

Enfin, dans une étude plus récente, Pagura, & Enns (2008) [114], dont l'originalité tient dans le fait que, la présence d'un trouble de l'humeur et d'un trouble lié aux substances était significativement associée à la récurrence.

Les tentatives de suicide (TS) sont beaucoup plus fréquentes que les suicides et représentent le facteur de risque le plus important pour le suicide [17].

La plus fréquente des TS est l'intoxication volontaire, le plus souvent médicamenteuse (environ 3 cas sur 4) [63], de nombreux suicidants (6 sur 10 environ) consultent leur médecin traitant dans le mois précédant le passage à l'acte [58].

3. Données nationales :

Le nombre exact des suicides et tentatives de suicide n'étant pas disponible, car les statistiques sont difficiles à obtenir, on ne peut donc pas déterminer avec précision le nombre des tentatives de suicide et des suicides dans notre pays. D'ailleurs l'OMS ne dispose d'aucune statistique concernant l'Algérie.

L'Algérie est confrontée de plus en plus à ce phénomène qui ne cesse de prendre des proportions alarmantes dans notre société.

La « décennie noire » marquée par le terrorisme a été vraisemblablement l'un des facteurs importants du développement de ce phénomène chez des sujets souffrant de troubles mentaux. Les massacres collectifs, les bombes et toute la violence vécue lors de ces années ont provoqué chez beaucoup de personnes des traumatismes psychiques.

Mais aucune étude informée ni statistique n'est disponible pour confirmer ce constat.

B. Tentatives de suicide dans les armées : état des lieux :

Dans les armées, les conduites autoagressives posent de sérieux problèmes de sécurité tant au niveau individuel que collectif. En effet, l'armée est un groupe social issu de la population, mais qui adhère à des valeurs de référence telles que le haut respect de la discipline et de la hiérarchie. Le métier de militaire est diversifié, faisant appel à une multitude de fonctions différentes, ce qui fait aussi son attractivité. La force de ce système, aux facettes multiples, est l'unité fonctionnelle, à savoir un groupe de quelques militaires. Ce groupe travaille pour une mission donnée, réunissant pour cela un petit nombre de personnes aux fonctions plus ou moins différentes, mais hautement complémentaires. Les personnes appartenant à un même groupe ne s'imitent pas, et qui vont toutes vers une même direction, dont l'objectif, est d'accomplir une mission.

Le groupe ne peut fonctionner que s'il existe une cohésion. Une cohésion faible avec une chute de l'idéal et du sens de la mission est un facteur prégnant de déstabilisation et la porte ouverte à une série de troubles tant individuels que collectifs. Un groupe affaibli, parfois par un seul individu, est beaucoup moins opérationnel et peut mettre en danger gravement la mission. Sans cohésion, il ne peut y avoir de capacité opérationnelle. Chaque groupe doit reconnaître un chef qui symboliquement possède une fonction paternelle, puisque porteur de la loi et du respect du cadre. Mais chaque médaille, à son revers et il existe parfois une certaine crainte, ou même un sentiment de ne pas être suffisamment entendu, créant un vécu sensitif. Le groupe en général et l'individu en particulier ont besoin de reconnaissance.

Les militaires doivent posséder de bonnes assises psychologiques répondant aux normes d'aptitude avalisées par le commandement. La féminisation croissante dans les armées, particulièrement marquée dans le service de santé, mais existant dans toutes les armées, apporte un regard nouveau dans bien des domaines, mais est parfois potentiellement source de réduction momentanée en effectifs projetables (notamment en cas de grossesse).

Il existe plusieurs sortes de missions. Celles dites de guerre sont les plus classiques puisqu'il s'agit d'un engagement au combat dans un conflit déclaré. Les missions de maintien de la paix, ce qui n'exclut pas des actions brèves et limitées offensives. Il existe également des missions humanitaires

La population militaire peut être évaluée à travers deux grands groupes : d'une part, les engagés, population jeune dans son ensemble (18. 36 ans, la majorité ayant moins de 25 ans) et d'autre part, les militaires de carrière, en moyenne plus âgés ayant un statut de protecteur.

Les militaires de carrière regroupent le corps des sous-officiers et des officiers. La majorité se répartissant entre 30 et 55 ans. Cette population se caractérise par les aléas du parcours de la carrière au gré des mutations, des changements de grade et/ou de fonctions. Ce groupe est également plus marqué par des difficultés socio-familiales (célibat géographique, risque élevé de divorce, surtout pour les femmes militaires.).

Les missions possèdent des spécificités différentes suivant les armes, mais des points communs les regroupent.

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

Peu d'études se sont intéressées aux déterminants de l'auto agressivité la prévention des conduites autoagressives dans les armées présentes des particularités liées à la population militaire, qui, pour pouvoir manier les armes et s'adapter à un environnement difficile est soumise à une sélection médicale stricte ainsi qu'à une surveillance épidémiologique accrue. Cette surveillance est réalisée par l'intermédiaire de déclarations obligatoires faites selon les deux procédures que sont le message épidémiologique hebdomadaire et les fiches spécifiques de déclaration.

Les critères de déclaration des conduites autoagressives sont l'atteinte volontaire à l'intégrité physique et/ou l'intention même symbolique de se donner la mort, à l'exclusion des automutilations

Au cours de la période 2002-2006, 1070 cas de conduite autoagressive ont été recensés

1. Le suicide dans les armées :

Le rapport de la surveillance épidémiologique entre 2002 et 2006 a permis de recenser pas moins de 352 suicides [131].

Les taux annuels d'incidence des suicides n'étaient pas significativement différents au cours de cette période. Le taux d'incidence pour la période 2002-2006 était de 19,8 pour 100 000, identique à celui estimé en milieu civil (19 ou 21 pour 100 000 selon les auteurs).

Les suicides étaient responsables sur cette même période de 19,4 % des décès dans les armées et de 30,8 % chez les 35-39 ans, se classant alors au troisième rang des causes de mortalité après les maladies et les accidents de la voie publique.

Le taux d'incidence des suicides chez les hommes (22,1 pour 100 000) était significativement supérieur à celui des femmes (10,2 pour 100 000). Le risque de suicide était lié à l'âge, significativement plus élevé chez les militaires des tranches d'âge 30-39 ans et 40-49 ans (risque multiplié par 1,4 et 1,6 par rapport aux militaires âgés de 20-29 ans).

Par ailleurs, on constate que, le risque est lié à l'armée d'appartenance : la gendarmerie apparaissait comme l'armée la plus à risque suivi de l'armée de Terre. Pour la période 2002-2006, 19,8 % des suicides étaient survenus à l'unité et en 2005, 21,4 % étaient déclarés survenus en service.

L'arme à feu et la pendaison constituaient 82,5 % des méthodes de suicide, l'arme à feu étant la plus utilisée (44,2 %) et notamment dans la gendarmerie (72,4 %).

Enfin, les auteurs ont noté, qu'un peu moins d'un tiers des suicidés (27,26 %) avaient consulté pour un motif psychiatrique avant le suicide, et qu'un suicidé sur neuf (11,1 %) avait des antécédents de tentative de suicide.

2. Les tentatives de suicide dans les armées :

Pour la période 2002-2006, 718 tentatives de suicide ont été déclarées à la surveillance épidémiologique, soit un taux d'incidence pour cette période de 42,1 pour 100 000 personnes par an (fréquence des tentatives stable durant ces années).

Le risque de tentative de suicide était 2,1 fois plus important chez les femmes que chez les hommes. Il était multiplié par 6 chez les militaires de moins de 20 ans, et par 2,1 chez ceux âgés de 20 à 29 ans (par rapport à ceux âgés de 50 ans et plus). [128].

Ce même risque était multiplié par 3,2 chez les militaires de l'armée de Terre et par 2,6 dans la gendarmerie, par rapport à ceux servant dans la marine. Au cours de la période 2002-2006, 26,6 % des tentatives de suicide sont survenues à l'unité (dont 16,53 % déclarées comme survenues en service en 2005 et 2006).

Les modalités des tentatives de suicide étaient différentes selon le sexe, l'âge et l'armée. L'ingestion de médicaments associée ou non à l'absorption d'alcool était la méthode la plus utilisée (61,2 %), plus fréquemment chez la femme (79,8 %) que chez l'homme (57,7 %), dans toutes les tranches d'âge et dans chacune des armées.

Un passé psychiatrique était signalé sous forme d'un antécédent de tentative de suicide dans 24,3 % des cas ou d'une consultation pour motif psychiatrique dans 45,7 % des cas.

En outre, des facteurs de risque tels que des difficultés affectives (75,2 %), socio-familiales (70,3 %) ou d'adaptation au milieu militaire (39,3 %) étaient classiquement décrits.

Au regard de ces données épidémiologiques, les tentatives de suicide et les suicides révélant de paramètres différents (sexe ratio, modalités...) au-delà mêmes de la seule notion de morbi-mortalité.

C'est pourquoi ces conduites constituent un problème de santé publique aussi bien dans la population générale que dans les armées.

Leur prévention devrait donc être une priorité, rendant indispensable la connaissance du phénomène suicidaire, et notamment la connaissance et l'évaluation de la prise en charge de personnes présentant une crise suicidaire.

IV. LES FACTEURS DE RISQUE :

A. Bref historique :

Au XIX^e siècle, les médecins avaient le monopole sur la recherche des causes du suicide.
— En 1856, l'aliéniste Alexandre de Boismont mène une enquête pour laquelle il étudie 4595 procès-verbaux de suicides archivés à la préfecture de police. Comme ces prédécesseurs il distingue des causes prédisposantes (l'hérédité, le climat, le sexe, l'âge, l'état civil, l'état de fortune, la moralité, l'instruction, la profession) et des causes déterminantes avec trois catégories dominantes : les causes économiques (pauvreté, misère, paresse, chômage) pour 20 % des cas, les chagrins domestiques et sentimentaux pour environ 16 % des cas et les folies pour 14 % des cas.

— Dans la même année, Egiste Lisle publie un ouvrage ayant pour but d'étudier le suicide comme un fait général (Lisle, 1856). Il voulait ainsi déterminer des causes générales en

distinguant également des causes prédisposantes (climat, âge, sexe, profession, instruction) et des causes déterminantes (chagrins, passions, maladies, dont la folie).

— En 1870 Emile Le Roy, considère que, les causes générales qui influaient à la fois sur la répartition des maladies mentales et du suicide étaient avant tout des causes sociales, mais toujours particulières : telle la position familiale, le changement de culture, etc.

Lisle et Le Roy refusaient de voir le suicide comme le signe d'une folie constante ou spécifique. Pour Lisle c'était l'absence de lois répressives et le relâchement des mœurs engendrées par la philosophie des lumières qui étaient à l'origine de la croissance du suicide au XIXe siècle. Ces concepts introduisent la sociologie de Durkheim où le suicide devient la résultante de forces sociales ou psychologiques plus que de l'action d'un individu, la prévention devient ainsi un enjeu de santé publique.

Aujourd'hui, les facteurs de risque peuvent être classés dans une perspective pragmatique qui sert davantage la prévention que l'explication.

— Rihmer propose une classification à trois niveaux :

+Tout d'abord les facteurs de risque primaires, qui ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et une forte interaction entre eux (troubles psychiatriques, antécédents familiaux et personnels de suicide et de TS, communication d'une intention suicidaire, impulsivité, faible activité sérotoninergique du système nerveux central).

+ Les facteurs de risque secondaires sont observables dans la population générale et leur valeur prédictive augmente en interaction avec les facteurs de risque primaires (ex : les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, l'existence d'évènements de vie négatifs sévères en général).

+Les facteurs de risque tertiaires sont des éléments naturels statistiquement associés au suicide, mais leur valeur prédictive est très faible en l'absence des facteurs primaires et secondaires (ex : le genre masculin, adolescence et âge avancé, certaines périodes de vulnérabilité, comme le printemps ou les périodes prémenstruelles) (Rihmer, 1996). [122].

B. Facteurs psychopathologiques :

Une des principales méthodes pour évaluer les facteurs de risques psychopathologiques du suicide est l'autopsie psychologique qui a été validée pour diagnostiquer les troubles psychiatriques susceptibles d'être présents chez les personnes décédées par suicide [90].

Cette méthode est fondée sur des entretiens avec des proches de la personne décédée. L'interviewer recueille des informations sur les données sociodémographiques de la personne, ses antécédents familiaux son « profil » psychologique, son style de vie, ses relations, les événements ayant précédés sa mort et l'analyse des ressources médicales. Elle est intéressante pour documenter l'existence de troubles psychiatriques ou somatiques, la trajectoire de vie et la nature des soins dont les personnes avaient bénéficié.

Ainsi les études utilisant cette méthode montrent qu'environ 90 % des personnes suicidées avaient au moins un trouble psychiatrique : dépression, trouble lié à l'abus ou la dépendance à l'alcool, troubles anxieux.

Geneviève et al, dans une revue de littérature incluant 27 études évaluant les facteurs de risque de personnes suicidées, ont montré que 87,3 % des sujets avaient un diagnostic de trouble psychiatrique. Dans cette étude les problèmes liés à l'abus et la dépendance de substances étaient plus élevés chez les hommes décédés par suicide que chez les femmes. Par contre, les troubles dépressifs et troubles de l'humeur en général étaient moins fréquents chez les hommes. Ils ont également remarqué que les suicides aux Etats-Unis étaient plus souvent associés à des troubles mentaux par rapport au reste du monde et que 90 % des personnes suicidées aux Etats-Unis avaient au moins un diagnostic de trouble mental contre 83 % en Europe et 79 % en Asie

Dans une étude réalisée en 1998, Harris et Barraclough se sont intéressés aux sujets souffrants de troubles psychiatriques. Ils ont remarqué une augmentation significative du risque suicidaire dans presque toutes les pathologies mentales. Dans leur étude, l'abus de substances était le trouble le plus significativement prédicteur de mort par suicide.

Plusieurs études montrent que le suicide est souvent lié à une comorbidité psychiatrique ou au fait d'avoir plus d'un diagnostic de trouble mental.

Il existe une relation linéaire entre le nombre de troubles psychiatriques comorbides et les conduites suicidaires. [96].

1. Les facteurs sociaux :

Ils sont avancés par plusieurs auteurs avec Chastang qui retrouve davantage de chômeurs et de sujets divorcés chez les suicidants, mettant en exergue le rôle de la solitude du sujet [32]. Christoffersen insiste sur les conditions de vie socio-économiques précaires, les traumatismes dans l'enfance, dont la violence intrafamiliale et la négligence [33].

Fekete tente de déterminer un profil du suicidant : une femme sans emploi, divorcée ou veuve, avec un antécédent de dépression ; un homme sans emploi, seul et présentant une consommation à risque de substances psycho-actives [54].

2. Les facteurs psychiatriques :

2.1. Troubles de l'humeur :

2.1.1. Suicide :

Le trouble dépressif majeur est le premier trouble psychiatrique diagnostiqué dans les autopsies psychologiques, et plusieurs études montrent qu'entre 50 % à 60 % des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de l'humeur. [131]

Selon Fawcett et al., (1987), les principaux facteurs de risque de suicide chez les personnes souffrant de dépression étaient le fait d'être un homme, d'être jeune adulte ou personne âgée, d'avoir déjà fait des tentatives de suicide, d'être isolé socialement, d'avoir un sentiment de désespoir et d'avoir des idées délirantes. [59]

D'autre part, il apparaît que 40 % à 70 % des suicides surviennent dans la première année d'évolution des troubles de l'humeur (Nordström, 1995 ; Wolfersdorf, (1990) et plusieurs études ont rapporté que le suicide était plus susceptible d'avoir lieu au début d'un trouble dépressif (Guze, 1970 ; Fawcett et al. 1990). Cependant certaines études ont montré que le risque suicidaire pouvait être présent à tout moment de l'évolution de la dépression ou en fonction du nombre d'épisodes.

Ainsi McGirr et al. Proposaient en 2008 d'évaluer le risque suicidaire en fonction de la survenue des épisodes dépressifs majeurs. [106]

L'intensité et les variations de la dépression témoignent également de l'importance du risque suicidaire :

— Premièrement il existerait une corrélation entre la sévérité de la dépression et le risque suicidaire. Plus la dépression est intense, plus le risque de suicide ou de tentative de suicide grave est important. [107]

— Deuxièmement, associées au désespoir, et à la perte de plaisir, les oscillations de l'humeur représentent un facteur majeur de risque suicidaire imminent. [59]

— Troisièmement, l'autoaccusation serait particulièrement alarmante dans la mélancolie. [150]

— Quatrièmement, l'existence d'idées délirantes est associée à un risque élevé de suicide, surtout dans les cas d'idées de culpabilité, de persécution, d'indignité. [150]

— Cinquièmement, l'agitation, l'inhibition majeure ou encore une dimension confusionnelle sont à prendre sérieusement en compte (Fawcett et al. 1990). [59]

— Enfin, une angoisse intense avec vécu d'un sentiment d'insécurité, de danger imminent, ou d'hostilité, peut être à l'origine d'un raptus suicidaire. [59]

Enfin, une étude menée par le Groupe McGill d'Étude sur le Suicide proposait d'évaluer les symptômes spécifiques du trouble dépressif majeur parmi 156 sujets décédés par suicide pendant un épisode de dépression majeure, en les comparant à 81 sujets contrôles souffrant d'un épisode de dépression majeure. Le groupe des sujets suicidés était significativement plus susceptible de perdre du poids ou de perdre l'appétit, de souffrir d'insomnie, d'éprouver des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité inappropriée, et d'avoir des idées récurrentes de mort ou de suicide par rapport au groupe témoin.

Pour le trouble bipolaire, on sait que 20 à 56 % des malades feront une tentative de suicide dans leur vie, et que 10 à 15 % mourront par suicide. Ces taux sont 15 à 30 fois supérieurs à ceux de la population générale. Le risque suicidaire varie selon l'évolution de la maladie.

Il est très élevé au début du trouble, dans l'installation des épisodes thymiques et dans les périodes de transition. Certaines études ont montré que le risque de tentatives de suicide est plus élevé pendant les épisodes dépressifs majeurs (78 à 89 % des TS) que pendant les épisodes maniaques (0.7 % des TS). [123]

Pour les troubles de l'humeur, c'est le plus souvent la comorbidité avec les troubles de dépendance à l'alcool et autres substances qui constitue un facteur de risque important pour le suicide [132]. et les idéations et comportements suicidaires chez les personnes souffrant de dépression.

Sareen et al. (2005) ont également montré que la présence d'un trouble anxieux était associée à une probabilité plus importante de tentatives de suicides par rapport à un trouble de l'humeur isolé.

1.1.2. Tentatives de suicide :

Concernant l'association entre la dépression et les comportements suicidaires, une étude récente a étudié les similitudes et les différences entre un groupe de personnes décédées par suicide et un groupe de personnes ayant survécu à une tentative de suicide. Les auteurs ont montré que les symptômes dépressifs étaient présents dans les deux groupes [48].

Une étude prospective sur les facteurs de risque des tentatives de suicide auprès de personnes ayant un trouble dépressif majeur a montré que Le risque relatif de faire une tentative de suicide pendant un épisode dépressif était plus élevé que lorsque le patient était en rémission partielle. Le risque de faire une tentative de suicide parmi les patients souffrant d'un trouble dépressif majeur était largement associé à la présence et à la sévérité des symptômes dépressifs (Sokero et al. 2005). [133]

Partant de ces constats, une étude plus récente a cherché à évaluer, premièrement les facteurs associés aux tentatives de suicide chez les personnes ayant un trouble dépressif majeur, et deuxièmement, les symptômes spécifiques de l'épisode dépressif majeur associés aux tentatives de suicide. Il en résulte que les antécédents des tentatives de suicide étaient fortement associés aux troubles anxieux, aux troubles de la personnalité, aux troubles liés à la consommation de substances et à la sévérité de la dépression. La dévalorisation était le symptôme dépressif le plus fortement en lien avec les antécédents de tentatives de suicide, suivi par l'anhédonie. Les autres symptômes associés étaient l'insomnie, l'hypersomnie et la culpabilité excessive. [21].

Dans la revue de Mann , les troubles de l'humeur unipolaire et bipolaire entraînent le risque de comportement suicidaire le plus élevé [13, 127].

Une étude originale, car prospective de Petteri-Sokero étudie les facteurs de risque de tentative de suicide chez des patients présentant un épisode dépressif caractérisé [113]. Il est apparu que par rapport aux patients en rémission complète d'un épisode dépressif, le risque relatif de réaliser une tentative de suicide est de 7,5 pendant l'épisode et de 2,5 en cas de rémission partielle.

Pour Malone [101], la période la plus à risque de survenue d'une tentative de suicide est représenté par les trois premiers mois après le début de l'épisode, et les cinq années suivant la fin de l'épisode, indépendamment de la sévérité et/ou de la durée du trouble. Ce point est conforté par Mann qui retrouve que l'intensité objective du trouble dépressif n'est pas un bon élément prédictif de suicidalité future [102].

Selon Beck, « on ne se suicide pas parce qu'on est déprimé, mais parce qu'on est à l'acmé du désespoir » [11]. Il est à noter que le rôle de la dysthymie est évoqué par d'autres auteurs [80].

Dans la mélancolie, où l'humeur dépressive atteint le paroxysme de la souffrance, le risque de passage à l'acte est à redouter tout au long de l'évolution de la maladie. Parfois, le suicide est inaugural. Son occurrence reste élevée pendant la phase évolutive. Mais alors qu'on croit le mélancolique soulagé, dégagé de son fardeau d'autoaccusation, le passage à l'acte vient surprendre l'entourage par sa violence, la froideur de son élaboration et cette découverte « post-mortem » que le suicidé avait prémédité son geste, d'où son apparent soulagement.

1.2. Les troubles psychotiques :

Entre 20 % et 40 % des malades schizophrènes font une tentative de suicide au cours de leur vie, et 10 % à 15 % d'entre eux décèdent par suicide avec un risque 50 fois plus élevé que dans la population générale.

Dans la schizophrénie, l'acte suicidaire est associé aux périodes dépressives, aux épisodes de décompensation psychotique aiguë, et aux évènements de vie stressants. Les risques de comportements suicidaires sont élevés tout le long de la vie d'une personne atteinte de schizophrénie [83], mais le suicide est plus fréquent en début de maladie, et la plupart des tentatives de suicide surviennent dans les dix premières années [143].

La première tentative de suicide apparaît le plus souvent après la première hospitalisation et 30 % des schizophrènes hospitalisés ont déjà fait des tentatives de suicide avant leur première décompensation (Haas et al. 1990). Selon la même étude, les passages à l'acte et les suicides sont plus fréquents quand le patient est en permission ou hors de l'hôpital.

Le risque suicidaire est corrélé avec la dépression chez les patients schizophrènes, et la plupart des patients avec des antécédents de tentatives de suicide présentaient des symptômes dépressifs avant le passage à l'acte. Le risque suicidaire chez les patients schizophrènes est aussi corrélé avec la dépendance à l'alcool, et les patients avec des antécédents de tentatives de suicide sont plus souvent diagnostiqués avec une dépendance à l'alcool, par rapport aux patients sans antécédents suicidaires [5]. Le plus grand risque pour le suicide chez les patients schizophrènes reste la récurrence des comportements suicidaires : Environ 73 % des patients décédés par suicide avaient fait une ou plusieurs tentatives de suicide dans leur vie contre 49 % dans la population générale.

Plusieurs études rétrospectives ont démontré que les psychoses dissociatives sont un facteur de risque de tentatives de suicide. [74].

Dans la schizophrénie, les passages à l'acte surviennent à des temps variés de l'évolution de la maladie [31], mais trois moments sont particulièrement délicats : le suicide inaugural répond à une impulsion suicidaire bizarre et imprévisible. Ainsi, un patient sur 10 décède dans les stades initiaux de la maladie. Les moments féconds obéissent à certaines injonctions délirantes, dont l'ordre hallucinatoire de tuer. Quant aux moments dépressifs et/ou de désespoir, ils surviennent lorsque le sujet est moins dissocié, et qu'il ne prend la mesure de son handicap, et surtout de ce que la maladie ne lui permet plus de réaliser.

2.3. Trouble lié à l'abus ou la dépendance à l'alcool :

2.3.1. Suicide :

Une méta-analyse conduite par Schneider en 2009 indiquait que selon les études d'autopsie psychologique, quels que soient l'âge et le genre, entre 15 % et 61 % des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble lié à la consommation d'alcool. Dans les études cas témoins utilisant la méthode d'autopsie psychologique les troubles liés à l'alcool ont souvent été identifiés comme des facteurs de risque de suicide.

Ces études montraient également que le risque de suicide était élevé pour le trouble d'abus d'alcool, et particulièrement pour le trouble de la dépendance à l'alcool, avec un risque jusqu'à 11 fois plus élevé par rapport à la population générale (Kolves et al, 2006) [91]. Plus spécifiquement, dans le groupe avec dépendance, le risque de suicide était plus élevé pour les personnes d'âge moyen, et le risque de suicide chez les personnes dépendantes augmente dans l'évolution de l'âge entre 20 et 50 ans (Conner et al, 2006).

Enfin, plusieurs facteurs de risques ont été identifiés dans les études sur les personnes dépendantes à l'alcool : une forte consommation récente, parler ou menacer de suicide, avoir un faible soutien social (Murphy et Wetzel, 1990), souffrir de troubles de l'humeur (Schneider et al. 2006) ou d'une dépression majeure (Conner et al, 2003), perdre son emploi (Murphy et al. 1990) ; vivre seul, être un homme (Conner et al. 2003), le fait de vieillir, avoir des difficultés conjugales et autres événements de vie (Conner et al. 2003), consommer d'autres substances toxiques (Schneider et al. 2006), et un faible niveau scolaire (Schneider et al. 2006). [134].

Comme pour le trouble dépressif majeur, la comorbidité, en particulier les troubles de la personnalité et les troubles de dépression majeure, augmente le risque suicidaire chez les personnes alcooliques (Duffy et Kreitman, 1993).

2.3.2. Tentatives de suicide :

La prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool est très importante chez les sujets qui font des tentatives de suicide. Le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool est présent pour 27 à 54 % des personnes ayant fait une tentative de suicide (Pirkola, al, 2004).

La sévérité de la dépendance à l'alcool et la fréquence des troubles induits par l'alcool sont aussi des facteurs de risque importants des tentatives de suicide (Pirkola et al. 2004 ; Roy , 2005). [53].

Une étude récente menée par Boenisch et al. en 2010 a été réalisée dans un groupe de 1920 sujets ayant fait une tentative de suicide et évalués sur une période de 5 ans : elle conclut que 17% des patients présentaient un trouble lié à la consommation d'alcool. [15].

Cependant, d'autres études ont montré que les tentatives de suicide étaient plus fréquentes chez les femmes alcoolodépendantes vivant seules, de faible niveau socioéconomique, avec un début de dépendance précoce et des antécédents personnels ou familiaux de troubles mentaux et de tentatives de suicide (Ohberg, 1996 ; Pirkola ,2004 ; Roy 2005).

De même, Bakken et Vaglum (2007) ont rapporté un taux élevé de tentatives de suicide chez les patients présentant un épisode précoce de troubles liés aux substances, une durée importante de la toxicomanie, les « grands buveurs », et ceux qui abusaient souvent de substances. [22].

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

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

Pour Sheret al. (2006) la comorbidité dépression/alcool, marquée par une déficience sérotoninergique peut entraîner des conduites suicidaires. De plus, un dysfonctionnement dopaminergique peut jouer un rôle important dans la pathophysiologie des comportements suicidaires chez les alcooliques.

2.4. Trouble lié à l'abus ou dépendance aux substances autres que l'alcool :

2.4.1. Suicide :

Les études qui rapportent une relation entre l'abus de substances autre que l'alcool et le suicide sont plus rares. Une étude chinoise, menée par Tong et Phillip (2010) [140], a montré que le risque de suicide était trois fois plus élevé chez les personnes souffrant d'un trouble lié aux substances.

En revanche, une étude menée en Europe a évalué le risque de suicide chez les personnes souffrant d'un trouble d'abus de substance en comparant une ville en transition sociale (Tallinn, Estonie) et une ville stable sur la plan social et économique (Frankfurt, Allemagne). Schneider et al. (2007) ont montré une forte association entre les troubles liés aux substances et le suicide. L'estimation du risque de suicide chez les personnes souffrant d'un trouble lié à la consommation de substance était 13 fois plus élevée pour la ville de Tallinn, et 4 fois plus élevés pour la ville de Frankfurt par rapport aux habitants de ces villes ne souffrant pas d'abus ou de dépendance aux substances. Dans les deux villes, le pourcentage de décès par suicide des jeunes (<34 ans) souffrant d'abus ou de dépendance à des substances autres que l'alcool était élevé (60 %).

2.4.2. Tentatives de Suicide :

Les sujets avec des troubles de consommation de substances psychoactives ont permis d'observer une forte prévalence de conduites suicidaires.

Borges et al. (2006) [23] observaient une prévalence sur la vie d'environ 4 % pour les tentatives de suicide parmi 5877 patients avec une pathologie mentale. Dans cet échantillon, parmi les suicidants, environ 30 % souffraient d'une dépendance à une substance et environ 6 % d'un abus.

Dans une autre étude, Tiet, & Moos (2006) observaient qu'environ 3 % des hommes et 4 % des femmes souffrant d'un trouble lié à la consommation d'une substance ont fait une tentative de suicide un mois avant l'étude; et parmi les patients qui ont fait une tentative de suicide, environ 87 % avaient un trouble lié à la consommation d'une substance.

Parmi les sujets ayant fait une première tentative de suicide dans l'étude de Borges et al. (2006) environ 8 % souffraient d'une dépendance au cannabis, environ 7 % aux stimulants, et environ 4 % à la cocaïne. Les facteurs prédictifs du suicide étaient l'abus et la dépendance à l'héroïne et aux toxiques volatiles. Ces résultats sont confirmés par ceux de Wilcox et Anthony (2004) qui ont observé que la consommation de substances volatiles avant l'âge de 16 ans multipliait par deux le risque de tentatives de suicide.

Freedenthal et al. (2003) Montraient une relation directe et linéaire entre la sévérité de la dépendance aux substances volatiles, les idées suicidaires et les tentatives de suicide.

Une étude sur des patients souffrant d'un trouble dépressif majeur montrait que les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (SPA) augmentaient le risque de tentatives de suicide (Bolton & Sareen, 2008).

Une autre étude sur 990 patients hospitalisés pour trouble bipolaire hospitalisés a montré que le risque de tentative de suicide était multiplié par deux chez les sujets qui avaient un trouble lié à la consommation de substances psychotropes.

Enfin l'étude de Price, a montré un lien entre la continuité du syndrome post-traumatique, la dépendance aux drogues et les comportements suicidaires dans le temps. [115].

De façon consensuelle, l'inhibition du passage à l'acte semble levée par l'intoxication alcoolique aiguë, l'ivresse diminuant l'élaboration mentale des significations de l'acte et surtout rassurant ou éloignant la peur de la mort.

2.5. Les troubles anxieux :

2.5.1. Trouble de Stress Post-traumatique :

Les évènements traumatiques ont un impact important sur les individus et la société dans son ensemble, et l'exposition à un événement traumatique peut avoir des conséquences sur la vie psychique des individus. Nous savons que plus de 60 % des hommes et 51 % des femmes seront confrontés à de tels évènements dans la vie, et la prévalence sur la vie du trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans la population générale se situe entre 2 %, pour les études européennes et 7 % pour les études nord-américaines (Brunet, 2007 ; Kessler et al. 2005). Le TSPT peut entraîner d'autres pathologies mentales et s'aggrave en présence de cette comorbidité.

2.5.1. a. Suicide :

Certaines études ont établi un lien entre l'exposition à des événements traumatiques et le suicide. C'est le cas des populations exposées à des événements traumatiques tels que rencontrés en guerre.

— Sur un échantillon de 320 890 hommes suivis sur un an, Kaplan, et al (2007) [92] ont observé que les anciens combattants étaient deux fois plus susceptibles de mourir par suicide par rapport aux hommes en population générale.

— Sur une cohorte d'environ 5 millions de patients de l'administration de santé des vétérans de guerre (VHA) McCarthy et al. (2008) ont observé que le risque de suicide parmi les patients VHA était 66 % plus élevé qu'en population générale.

— Bullman et Kang (1994) ont montré dans un échantillon d'anciens combattants du Viet Nam que le PTSD était associé à une augmentation significative du risque de suicide.

2.5.1. b. Tentatives de suicide :

— En France, dans l'enquête « santé mentale en population générale », Vaiva et al. (2007) ont montré sur une cohorte de 36 000 sujets en population générale, une prévalence de 0.7 % de

TSPT complet durant le mois écoulé. 4,6 % de la population française avait été exposé un événement traumatique, et 4 % de l'échantillon global présentait un risque de comportement suicidaire de modéré à élevé, et déclarait 15 fois plus de tentatives de suicide dans le mois écoulé. [144].

— Une étude antérieure proposée par Kolter, (2001) et comparant 46 sujets souffrant d'un TSPT avec 42 sujets souffrant d'un trouble anxieux sans TSPT et 50 sujets contrôles, a montré que les sujets souffrant d'un TSPT présentaient un plus grand risque de comportements suicidaires associé à l'impulsivité avec un support social plus faible par rapport aux deux autres groupes.

— Sur un échantillon de 5877 personnes, dans l'étude de Sarreen et al. (2005) évaluant la relation entre les troubles anxieux et les comportements suicidaires (idées suicidaires d'un côté et tentatives de suicide de l'autre), seul le TSPT était significativement associé aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide.

— Une étude récente évaluant 94 sujets souffrant d'un TSPT a cherché à comprendre le lien entre ce trouble et les comportements suicidaires (idées suicidaires et tentatives de suicide). Les auteurs ont identifié deux chaînes d'éléments entre le TSPT et les comportements suicidaires. Dans la première, les comportements suicidaires étaient directement associés à une grande altération de la qualité de vie en relation avec un fonctionnement professionnel et social pauvre. Dans la seconde, ils étaient directement associés à des symptômes dépressifs en relation à des symptômes plus sévères de TSPT. [116].

— Les risques de tentatives de suicide sont plus élevés chez les personnes présentant un trauma de type II (exposition à des événements traumatiques répétés) par rapport à celles présentant un trauma de type I (exposition à un seul événement traumatique). [145]. Ainsi, les personnes ayant subi des maltraitances à l'enfance ou à l'âge adulte (violences conjugales) ont plus de risque de développer des TSPT et de faire des tentatives de suicide (Paolucci, 2001).

— Ulman et Brecklin, 2002, ont montré un lien significatif entre le TSPT et les tentatives de suicide, le nombre d'événements traumatiques et la dépression, chacun des paramètres s'ajoute à l'autre.

— Molnar, Berkman & Buka, (2001) ont évalué l'association entre les abus sexuels et les comportements suicidaires. Les résultats ont montré que parmi les victimes d'abus sexuels, le risque de faire une tentative de suicide était 2 à 4 fois plus élevé chez les femmes et 4 à 11 fois plus élevé chez les hommes par rapport à ceux qui n'ont pas été victimes (Molnar et al., 2001).

— En Australie, une étude récente sur un échantillon de 2559 personnes ayant subi des maltraitances à l'enfance a observé un lien significatif entre les antécédents de maltraitance à l'enfance et un risque important de tentatives de suicide. [24].

2.5.2. Autres troubles anxieux :

- Les études les plus anciennes ont montré un lien entre le trouble panique et le suicide.
- Les études plus récentes s'accordent plutôt à décrire les troubles anxieux comme des facteurs aggravant en lien avec les autres troubles comme la dépression et les dépendances à l'alcool et autres substances, plutôt que des facteurs isolés du risque suicidaire (Goodwin, 2006 ; Perroud 2007 Akiskal & Benazzi, 2006).
- En revanche, les résultats d'une étude plus récente menée par Pagura, et al (2008) ont montré un lien entre la récurrence des tentatives de suicide et les troubles anxieux.
- D'autres études ont montré un lien entre un trouble anxieux en particulier parmi le trouble anxieux généralisé, la phobie non spécifique, les troubles panique ou le stress post-traumatique et les tentatives de suicide (Cox, 1994; Ferrada, 1998; Kessler, 1999; Kotler, 2001; Weissman, 1989).
- En revanche, plusieurs auteurs ont évalué plus particulièrement le trouble panique et ont montré un taux élevé de tentatives de suicide parmi les personnes souffrant d'un trouble panique (Beck, 1991; Cox 1994; Lepine, 1993; Schmidt, 2001; Starcevic, 1999; Warshaw, 2000).

2.6. Les troubles de la personnalité :

Par rapport au suicide, les autopsies psychologiques estiment qu'environ 30 % de personnes mortes par suicide souffraient d'un trouble de la personnalité (Oldham 2006).

— Dans une étude Finlandaise Isometsä et al. (1996) utilisant la méthode de l'autopsie psychologique dans un échantillon de 229 personnes décédées par suicide sur une période d'un an, il apparaît que le suicide parmi les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité était associé à la présence de syndromes dépressifs et de troubles liés à la consommation de substances, ou les deux. Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité du cluster B (Personnalité histrionique, Personnalité antisociale, Personnalité narcissique et Personnalité borderline) souffraient également le plus souvent d'un trouble lié à

la consommation de substances, et avaient le plus souvent fait des tentatives de suicide avant leur suicide abouti.

— Plusieurs études ont montré que la comorbidité entre les troubles de la personnalité de l'axe II et les troubles psychiatriques de l'axe I était impliquée dans les facteurs de risque des conduites suicidaires (Crawford et al. 2005 ; Lenzenweger, 2007). [77].

2.7. Trouble de la personnalité borderline :

Le trouble de la personnalité borderline est estimé à 30 % des sujets qui meurent de suicide, 40 % à 70 % des personnes qui font une tentative de suicide et 50 % des patients hospitalisés en psychiatrie et qui meurent par suicide (American Psychiatric Association, 2003). Soixante à 70 % des personnes avec un trouble borderline font une tentative de suicide, ces tentatives de suicide sont plus fréquentes que le suicide abouti dans cette population (Gunderson 2001). Les facteurs de risque suicidaire identifiés dans le trouble de la personnalité borderline sont les antécédents de conduites suicidaires, les troubles de l'humeur, l'abus ou la dépendance à des substances, le désespoir, les antécédents familiaux de suicide ou de conduites suicidaires, la maltraitance à l'enfance ou l'adolescence, l'impulsivité et la présence de traits antisociaux (Soloff, 1994 ; Black, 2004).

- Une étude plus récente proposée par le Groupe McGill d'Étude sur le suicide a évalué les risques de suicide sur une population de 120 personnes, dont un groupe expérimental composé de 70 personnes décédées par suicide (méthode de l'autopsie psychologique), et souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, et 50 personnes en vie, souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Le groupe des personnes suicidées cumulait le plus souvent le critère vie entière de dépendance à l'alcool, le critère vie entière de dépendance aux drogues, une comorbidité avec d'autres troubles de la personnalité de l'axe II, en particulier le trouble de la personnalité antisociale. De plus, par rapport aux traits de la personnalité borderline, les personnes décédées par suicide présentaient un taux plus élevé d'impulsivité, d'hostilité ou de colère inappropriée. Après une analyse en régression logistique, le trouble de la dépendance à l'alcool expliquait le mieux le suicide dans la population des personnes décédées par suicide.

Le trouble de la personnalité borderline est notamment caractérisé par des comportements destructeurs qui peuvent se traduire sous plusieurs formes : des comportements impulsifs

entraînant des conduites à risque, des comportements d'automutilation dirigés contre soi-même (se couper ou se brûler), des tentatives de suicide ou des suicides (Oldham, 2006).

- Ainsi, Dumais et al., (2005) identifiaient le trouble de la personnalité borderline comme significativement plus élevé dans un groupe de personnes décédées par suicide (n=104) avec un trouble dépressif majeur par rapport à groupe de personnes en vie (n=74) avec un trouble dépressif majeur. De plus, le cluster B des troubles de la personnalité était un prédicteur indépendant du risque suicidaire chez les hommes déprimés et décédés par suicide. Ce résultat est important, car les troubles du cluster B sont caractérisés par des traits de personnalité impulsifs et agressifs, notamment pour la personnalité borderline et la personnalité antisociale. Cependant, dans une autre analyse, les auteurs ont trouvé un lien entre les comportements impulsifs et agressifs et le suicide chez les hommes déprimés sans que ceci soit directement prédicteur du suicide.

- Yen et al. (2004) identifiaient l'instabilité affective comme le trait le plus associé aux tentatives de suicide. L'impulsivité et la perturbation de l'identité étaient également associées aux conduites suicidaires, mais n'étaient pas significatives dans un contexte de tentatives de suicide « sérieuses ».

2.8. Les autres troubles de la personnalité :

La prévalence du trouble de la personnalité antisociale est de 2 %. Ce trouble se caractérise par une tendance à l'impulsivité et la fréquence des conduites hétéro agressives. Le taux de suicide chez les personnes souffrant d'un trouble antisocial est de 5 % (Paris, 2003).

Peu d'études se sont intéressées au lien entre les autres troubles de la personnalité et les conduites suicidaires.

— Johnson et al. (1999) montraient dans leur étude longitudinale auprès de 717 adolescents que ceux qui souffraient de troubles du cluster C (Personnalité obsessionnelle compulsive, Personnalité dépendante, Personnalité évitante) avaient plus d'idées suicidaires et rapportaient plus de tentatives de suicide à l'âge adulte. Des analyses complémentaires ont montré que le trouble de la personnalité dépendante était associé à un risque accru de suicide chez les jeunes adultes (Johnson et al. 1999).

Il n'y a pas de « personnalité type » laissant prédire la potentialité d'un passage à l'acte [76,126].

En revanche, le trait commun est l'impulsivité. Celle-ci se retrouve volontiers chez les sujets ne tolérant pas la frustration, le manque, la séparation ou l'abandon. Ce trait n'est pas spécifique d'une personnalité donnée, mais se voit avec une certaine fréquence chez les personnalités psychopathiques (ou antisociales) et les états limites (borderline) [16]. On peut aussi retrouver des antécédents de maltraitance dans l'enfance augmentant le potentiel agressif à l'âge adulte [16].

2.9. Co-morbidités psychiatriques [82] :

— McDermut et Harris démontrent que chez les patients dépressifs, la présence d'un trouble comorbide tel qu'un trouble anxieux, un abus de substance ou un défaut du contrôle des impulsions augmente le risque de tentative de suicide [75].

— Beautrais a étudié plus de 300 patients ayant réalisé une tentative de suicide médicalement sévère parmi lesquels plus de 50 % présentent au moins deux troubles comorbides [10].

2.10. Particularités militaires :

Au niveau militaire, on considère que l'état de stress post-traumatique (ESPT) est pourvoyeur de comportements suicidaires et ce, indépendamment d'une dépression éventuellement associée. [44].

Cette distinction entre ESPT et dépression est fondamentale, car en population générale ou en population spécifique, il existe une importante comorbidité entre l'ESPT et d'autres catégories diagnostiques notamment anxieuses, dépressives et addictives. [45]. Sur la vie entière, la comorbidité dépressive est le trouble le plus fréquemment associé à l'état de stress post-traumatique [88]. Les addictions sont une autre comorbidité majeure [57].

— Vaiva et Omnes reprennent les données de l'enquête santé mentale en population générale (SMPG) et distinguent quatre niveaux graduels différents de symptomatologie psychotraumatique : exposés (30 %), confrontés (10 %), psychotraumatisés (5 %) et présentant un ESPT complet (0,7 % sans sex-ratio). Il existe un gradient progressif de comorbidité psychiatrique, notamment dépressive, en fonction des quatre types de retentissement psycho traumatique. Le risque suicidaire double lorsqu'un sujet a été confronté à un évènement traumatogène, quel qu'en soit le retentissement psychotraumatique.

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

— Marshall évoque une corrélation significative et linéaire entre le nombre de symptômes psychotraumatiques et un trouble comorbide anxieux ou dépressif, le handicap global et l'existence d'idées suicidaires [103]. Cette corrélation entre ESPT et suicidalité se maintient après contrôle d'un trouble thymique préexistant.

— En étudiant la suicidalité de réfugiés victimes d'actes de barbarie, Ferrada-Noli établit un lien entre le type de torture subie et la méthode employée pour le suicide ou envisagée dans le projet de suicide [55]. Dans cette étude, la présence d'un ESPT est reliée à une augmentation des conduites suicidaires indépendamment de toute comorbidité psychiatrique, notamment dépressive.

— En 1985, Golomb affirme que 30 % des 115 000 vétérans du Vietnam, décédés après leur retour de la guerre, s'étaient donné la mort par suicide.

— En étudiant une population de 248 vétérans, Lehmann et Hendin confirment les travaux précédents et les enrichissent en affirmant que 17 % des sujets ayant commis un passage à l'acte souffrent d'un trouble anxieux dont l'ESPT est le plus représenté [79].

— Devant les conséquences du traumatisme psychique en terme de mortalité et de morbidité, à l'instar de l'action déjà ancienne et bien rodée des psychiatres militaires, des cellules médico-psychologiques civiles ont été mises en place pour faire face aux événements potentiellement traumatisants comme des catastrophes naturelles ou des faits résultant du facteur humain (terrorisme, accidents collectifs de train, crash d'avions.) [56].

3. Les facteurs précipitants :

La présence de moyens létaux est un agent environnemental facilitant. Il peut s'agir de l'arme à feu (chez le militaire, et surtout le gendarme, mais aussi chez les chasseurs), ou de l'accès facilité aux médicaments, comme l'insuline, chez l'infirmière. La contingence d'une disposition de substance psychoactive et d'une arme à feu augmente considérablement le risque suicidaire.

— Dans une revue de la littérature, Brent conclut que la présence d'une arme à feu au domicile augmente le risque de suicide [14].

— Mann conclut que la limitation de l'accès aux armes à feu n'a pas d'incidence sur le nombre de tentatives de suicide, mais qu'elle permet en revanche d'augmenter la chance de survie du sujet après la tentative [104]. Il est à noter que les patients survivant à leur geste présentent peu de récurrences suicidaires malgré la gravité des lésions faciales inesthétiques [81], interrogeant les rôles de l'impulsivité et de la question identitaire dans les velléités suicidaires [65].

— Les pesticides sont incriminés en premier chef dans des régions de Chine et du Sri Lanka, où le taux de décès par suicide approche celui des tentatives de suicide pour être dix fois plus élevé que dans le reste du pays. Ces mêmes régions, le taux de suicide est plus important chez les hommes que chez les femmes.

4. Les facteurs neurobiologiques :

La médicalisation du fait suicidaire implique aujourd'hui la recherche de marqueurs biologiques associés à la propension aux conduites autoagressives et au passage à l'acte suicidaire.

— Samuelsson évoque une défaillance du système sérotoninergique avec diminution de l'acide 5 - Hydroxy-indolacétique (5 - HIAA) dans le liquide céphalorachidien.

— Pour Coryell, l'hyperactivité de l'axe corticotrope (avec échappement de la freination de l'axe hypothalamohypophysaire par la dexaméthasone) serait davantage corrélée à une issue suicidaire que les facteurs cliniques [35].

— Le modèle neurobiologique de vulnérabilité au stress évoque un dysfonctionnement sérotoninergique central du cortex orbito-frontal, influencé par une vulnérabilité génétique générant à la fois des déficits cognitifs et une vulnérabilité émotionnelle.

Cette vulnérabilité génétique associée aux conduites suicidaires serait spécifique et indépendante de la vulnérabilité génétique des affections psychiatriques associées aux conduites auto agressives.

Les gènes impliqués coderaient pour des protéines intervenant dans le métabolisme de la sérotonine comme la tryptophane hydroxylase et le transporteur de la sérotonine. Les conduites suicidaires peuvent constituer une entité clinique autonome au sein de la nosographie psychiatrique moderne.

— Au-delà des neurotransmetteurs, Guillem et al, en reprenant l'hypothèse d'une corrélation entre le taux de cholestérol plasmatique total et la suicidalité, concluent à l'intérêt d'une investigation conjointe des variables cliniques (épisode thymique, traits pathologiques de

personnalité, impulsivité) et biologiques (acides gras, sérotonine). Colin évoque les liens entre cholestérol et acides gras polyinsaturés en terme de perturbations du ratio oméga six sur oméga trois [34].

— Roggenbach et al [119], ont réalisé une revue critique de la littérature sur les déterminants biologiques liant la suicidalité, l'impulsivité et l'agressivité. Ils ont mis en lumière les insuffisances méthodologiques des études peu comparables entre elles du fait de l'absence consensuelle de définition des comportements suicidaires, des comportements auto et hétéro agressifs et de l'impulsivité. Les auteurs soulignent la disjonction entre des termes cliniques courants, pourtant non consensuels, et une neurobiologie quantifiable standardisée.

— Van Heeringen a réalisé une autre revue de la littérature sur la neurobiologie du suicide et de la suicidalité montrant que trois systèmes de régulation biologique ont un rôle dans les conduites suicidaires [142]. Il s'agit de l'hyperactivité du système neuroendocrinien hypothalamo-hypophyso-surrénalien, de l'hypoactivité du système sérotoninergique central et de l'hyperactivité du système noradrénergique. Alors que les premiers et derniers axes suscités sont impliqués dans la réponse au stress, le système sérotoninergique est associé à des troubles de la régulation de l'anxiété, de l'impulsivité et de l'agressivité.

Les auteurs formulent l'hypothèse que ces dysfonctions neurobiologiques entraînent des troubles élémentaires de certaines fonctions neuropsychologiques à l'origine de conduites autoagressives.

La même équipe de recherche fait état des agonistes de la sérotonine de type inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (ISRS) dans le traitement et la prévention des conduites suicidaires, même si cette assertion reste empirique et non confirmée par des études scientifiques ultérieures.

Cette vision neurobiologique de tendance à l'impulsivité rejoint en partie la catégorie « trouble du contrôle des impulsions non classées ailleurs » du DSM-IV-TR qui réunit le « trouble explosif intermittent » et le « trouble du contrôle des impulsions non spécifié » [2].

Le trait essentiel du trouble explosif intermittent est la survenue d'épisodes distincts dans lesquels le sujet ne parvient pas à résister à des impulsions agressives aboutissant à des faits de graves violences physiques ou de destruction de biens. Après la décharge agressive, le sujet peut présenter un malaise, des regrets ou des remords envers les conséquences de son acte impulsif. Ce diagnostic se différencie du trouble des personnalités état limite et psychopathique ainsi que du trouble des conduites. L'impossibilité inhabituelle de résister à l'impulsion d'accomplir un acte dommageable survient juste après une sensation de tension croissante, et entraîne au moment où l'acte est commis, une expérience de soulagement [2].

Il nous reste à souligner que les aspects neurobiologiques développés ici ne remettent pas en cause les approches psychothérapeutiques qui doivent être proposées conjointement avec ou sans traitement psychotrope associé.

5 .Etudes génétiques :

Dans une revue de la littérature, Brent et Melhem (2008) affirment que l'histoire de certaines familles est marquée par les comportements suicidaires et que les études d'adoption et les études de jumeaux permettent d'attribuer à la transmission génétique une bonne partie de ces comportements. Plusieurs gènes ont été ainsi étudiés, mais sans que leur responsabilité soit mise en évidence avec certitude. [95]

5.1. Etudes familiales, études de jumeaux et études d'adoption : l'hypothèse d'une transmission génétique des comportements suicidaires

— McGirr et al. (2009) [98] ont comparé des apparentés du 1er degré de dépressifs suicidants, de dépressifs non-suicidants et de témoins appariés. Leur étude a montré un gradient significatif de comportements suicidaires : 10.8 % chez les proches de suicidants, 6.5 % chez les proches de non-suicidants et 3.4 % chez les témoins appariés.

— Les études de jumeaux et d'adoption permettent de montrer avec davantage d'évidence l'implication de facteurs génétiques chez les sujets suicidaires en réduisant l'influence des facteurs environnementaux.

— Une étude de jumeaux de Roy et Segal (2001) [121] a confirmé l'existence d'une concordance chez les jumeaux homozygotes pour le comportement suicidaire, et l'absence de ce lien chez les dizygotes.

— La méta-analyse menée par Voracek et Loibl en 2007 sur 32 publications (de 1812 à 2006) a également retenu qu'il existe une concordance pour le comportement suicidaire chez les jumeaux homozygotes statistiquement plus fréquente que chez les dizygotes. Il existerait donc une vulnérabilité génétique au comportement suicidaire.

5.2. Les gènes candidats :

5.2.1. Polymorphisme du tryptophane hydroxylase (TPH) : TPH1 et TPH2

— La sérotonine provient de l'hydroxylation du tryptophane par la tryptophane hydroxylase.

Cette hydroxylation aboutit au 5-hydroxy-tryptophane qui est lui-même décarboxylé pour aboutir à la sérotonine : la 5-hydroxy-tryptamine (5HT). Le métabolisme de la 5HT aboutit ensuite en acide 5-hydroxy-indolacétique (5-HIAA) [1]. La TPH est ainsi l'enzyme limitant de la synthèse de sérotonine.

— Wasserman et al. (2007) ont résumé les études sur les variantes génétiques de la TPH [28]. Leurs conclusions étaient contradictoires quant à l'implication du polymorphisme de la TPH. Cependant, les premières études sur ce sujet portaient sur la TPH1, alors qu'a été identifié plus récemment le gène TPH2, d'expression plus spécifiquement cérébrale, et dont le polymorphisme semble davantage impliqué dans la problématique suicidaire.

5.2.2. Polymorphisme du transporteur de la sérotonine : le gène SERT

— Une méta-analyse de Lin et Tsai (2004) suggère une association entre le gène SERT (pour *SERotonine Transporter*) et les passages à l'acte suicidaire. Cependant, la encore, de nombreuses études ont abouti à des résultats contradictoires.

5.2.3. Polymorphisme des récepteurs sérotoninergiques : HTR1A, HTR1B, HTR2A

À l'heure actuelle, il n'a pas été mis en évidence de lien direct entre ces gènes et le comportement suicidaire. Cependant, il existerait une concordance entre le polymorphisme de ces récepteurs et des troubles de l'humeur ainsi que les personnalités impulsives ce qui peut orienter vers un lien indirect, la problématique suicidaire se retrouvant fréquemment dans ces troubles.

5.3. Neurotransmetteurs cérébraux :

5.3.1. Sérotonine :

Les études *post mortem* portant sur le 5-HT et le 5-HIAA, même si certaines sont discordantes, suggèrent un déficit de la serotonergie présynaptique au niveau du tronc cérébral et du cortex frontal.

— En 1976, la publication d'Asberg et al. [3]. a évoqué le lien entre les métabolites de la sérotonine, notamment le 5-HIAA, et les troubles de l'humeur. Ce qui permet de supposer leur implication dans les comportements suicidaires. Un taux relativement bas de 5HIAA dans le LCR a été fréquemment constaté chez les sujets réitérant un geste suicidaire [1].

— Des études portant sur la densité cérébrale des récepteurs 5HT1A et 5 HT2A ont montré des variations de densité selon les régions cérébrales étudiées, et ce, de façon statistiquement significative. Chez des sujets suicidés a été observée une densité de récepteurs post-synaptiques 5 HTA1 élevée dans le cortex ventral préfrontal [2]. permettant l'hypothèse d'une sur-régulation compensatrice d'une désafférentation sérotoninergique.

— Des études chez l'animal ont montré une augmentation du nombre de récepteurs post-synaptiques 5HT2 suite à la destruction des neurones sérotoninergique, et l'administration chronique d'inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine dans la fente synaptique réduit le nombre de récepteurs post-synaptiques 5HT2 [1]. Le cortex ventral préfrontal serait impliqué dans les fonctions exécutives inhibitrices. Une carence sérotoninergique à ce niveau pourrait ainsi expliquer en partie la propension au passage à l'acte auto — comme hétéro-agressif.

5.3.2. Noradrénaline :

Les études sur un éventuel lien direct entre les comportements suicidaires et le système noradrénergique sont contradictoires [28,1]. Cependant l'hypothèse de l'implication d'une mauvaise gestion du stress pourrait faire attribuer un rôle partiel et indirect au système noradrénergique. D'une part, la production de noradrénaline au niveau du *nucleus coeruleus* est accrue lors de l'exposition à un facteur de stress. Et d'autre part, des variations génétiques de la tyrosine-hydroxylase ont été retrouvées chez des sujets souffrant de troubles de l'adaptation, eux-mêmes souvent en proie à des passages à l'acte auto-agressifs, alors que la tyrosine-hydroxylase est à l'origine de la synthèse de noradrénaline à partir de la tyrosine.

5.3.3. Dopamine :

Le rôle de la dopamine dans le système de récompense-gratification est à présent bien démontré. Ce système est impliqué dans la recherche de satisfactions, notamment immédiates comme chez les sujets toxicomaniaques, et *in fine* dans la réponse à la frustration. Les études sur un lien éventuel entre le système dopaminergique et les comportements suicidaires sont elles aussi contradictoires [28, 138,6]. L'hypothèse du rôle indirect de la dopamine dans la suicidalité du fait de son implication dans le système de récompense n'est pas exclue.

5.4. Comportement suicidaire et endocrinologie :

Si les axes corticotrope et thyroïdien ont beaucoup été étudiés dans les troubles de l'humeur, les conclusions quant au comportement suicidaire restent discordantes ou peu informatives. De même que pour l'adrénaline, l'hypothèse de l'implication de l'axe corticotrope dans les comportements suicidaires a été avancée du fait de sa responsabilité dans la gestion du stress. Cependant, plusieurs études sur la sécrétion du cortisol et de la CRH n'ont pas donné de résultats probants, ou alors contradictoires [28,1].

— Sur le plan thyroïdote, Anseau, et Pitchot [1] rapporte une étude de Corrigan et al. (1992) qui a montré une corrélation entre une réduction de la réponse à la TRH et les comportements suicidaires, d'agitation ou les attaques de panique. La réponse en TSH est faible chez des patients déprimés ayant effectué une tentative de suicide, et ce avec une relation significative entre la faiblesse de cette réponse et la gravité de la tentative.

5.5. Comportement suicidaire et cholestérol :

Des taux bas de cholestérol ont été trouvés lors de plusieurs études chez des sujets suicidaires ou violents. Les études se sont révélées contradictoires quant au lien entre cholestérolémie et risque suicidaire.

— la méta-analyse de Jacobs et al. (1992) portant sur 19 études de cohorte sur la mortalité associée à l'hypocholestérolémie évoque la possibilité d'un tel lien.

— Golomb (1998) [66]. A notamment trouvé une association significative entre des taux bas de cholestérol et des comportements violents. Selon elle, la mortalité totale de groupes traités par hypocholestérolémiants pour la prévention du risque cardiovasculaire ne diminuerait pas, car le nombre de décès par mort violente (accident, suicide, violence) contrebalancerait le bénéfice obtenu sur le plan cardiovasculaire.

— Deux hypothèses ont ainsi été évoquées pour expliquer le lien entre cholestérol et suicide [28, 1]. La première suggère l'impact d'une diminution du cholestérol membranaire intracérébral sur le système sérotoninergique. La seconde propose le retentissement sur la plasticité synaptique d'une baisse du cholestérol synaptique.

5.6. Acides gras poly-insaturés :

Il existerait une association entre des taux bas d'acides gras ω -3 et les troubles thymiques. Cela expliquerait la faible propension de certaines populations insulaires comme les Japonais ou les Islandais à la dépression saisonnière, du fait de leur importante consommation de poisson. Cette corrélation est toutefois à nuancer : en Finlande, elle n'a été retrouvée que chez les femmes.

Plusieurs études ont attribué une valeur prédictive de comportements suicidaires à des taux bas d'acides gras insaturés chez des sujets déprimés ou même indépendamment de l'existence d'un trouble de l'humeur ou de la personnalité.

Là encore, l'hypothèse du lien avec la modification de la composition membranaire a été évoquée.

Il existe ainsi de nombreuses pistes pour expliquer les conduites suicidaires sur le plan biologique. Cependant les plus étudiées et les plus probantes en ce domaine restent la piste sérotoninergique et le métabolisme du cholestérol et des acides gras. L'influence des cycles circannuels et circadiens a également été évoquée, notamment pour expliquer les pics d'incidence de tentatives de suicide au printemps et à l'automne. Cependant les études en ce domaine restent centrées sur la piste sérotoninergique.

6. Les autres facteurs cliniques :

6.1. Facteurs cognitifs :

Les facteurs cognitifs liés à l'analyse et à l'adaptation à une situation nouvelle constituent un lien intermédiaire important entre les événements de vie et la probabilité de suicide. Les déficits cognitifs spécifiques comme la rigidité, les pensées dichotomiques, l'inaptitude à concevoir des solutions alternatives, empêchent les suicidants de résoudre correctement des problèmes quand ils sont confrontés à des événements défavorables (Adams & Adams, 1993). Ainsi le modèle stress-diathèse développé précédemment explique comment, avec l'appui d'observations neurobiologiques, cette interaction entre les événements de vie et les perceptions subjectives négatives et dépressives favorise l'activité suicidaire.

6.1.1. Le désespoir :

Le désespoir représente un système de schèmes cognitifs dont le dénominateur commun concerne des attentes négatives tournées vers le futur. C'est un facteur de risque important des idées, des comportements suicidaires, et du suicide (Beck, 1974 ; Beevers, 2004). Selon les premiers auteurs, le désespoir serait identifié comme l'une des caractéristiques fondamentales de la dépression.

— Dans une étude qui évaluait les facteurs de risque du suicide chez les patients souffrant d'un trouble psychiatrique, Brown, Beck, Steer & Grisham (2000) ont identifié le désespoir comme un facteur de risque du suicide chez les patients ayant des idées suicidaires.

— Enfin, Brown et al. (2005) ont comparé, dans un échantillon de 120 patients venant de faire une tentative de suicide recrutés aux urgences, l'effet de dix séances de thérapie comportementale versus les soins habituels, 6 mois après la première tentative de suicide. Les sujets ayant suivi les 10 séances de thérapie cognitive développées pour la prévention des tentatives de suicide avaient un niveau de désespoir nettement inférieur au groupe de patients ayant reçu les soins habituels.

6.1.2. L'alexithymie :

Proposé par Sifneos (1973), le concept d'alexithymie signifie étymologiquement l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots (a : privatif; lexis : mots; thymie : émotion, humeur).

C'est une incapacité à identifier et à exprimer verbalement ses émotions, ainsi qu'à les distinguer des sensations corporelles. Ces recherches se sont fondées sur les travaux de Marty et De M'Uzan (1963) portant sur la pensée opératoire, centrée sur le concret et l'absence de participation affective et d'activité représentative fantasmatique.

On peut distinguer l'alexithymie « état » de l'alexithymie « trait », la première est liée à une situation et peut varier dans le temps, la seconde est fixée et persiste avec le temps (Farges2001).

Taiminen et al (1996) ont interviewé 50 personnes 24 heures après leur arrivée à l'hôpital pour tentative de suicide. Des instruments structurés ont mesuré l'intensité de la tentative, la cause suicidaire, la dépression et l'alexithymie : Presque tous les suicidants présentaient des symptômes dépressifs, et la moitié d'entre eux étaient aussi alexithymiques. Cependant l'alexithymie n'était pas plus fréquente dans ce groupe que dans celui des patients présentant des symptômes dépressifs non suicidaires. La dépression et l'alexithymie étaient significativement corrélées, mais il n'y avait pas de corrélation entre l'alexithymie et l'intensité de la tentative de suicide ni la cause du suicide.

Les auteurs concluaient que l'alexithymie semblait être associée à la dépression dans les tentatives de suicide, mais pas avec la suicidalité en soi.

— Iancu et al. (1999 ; 2001) ont cherché à évaluer la prévalence de l'acte suicidaire chez les personnes souffrant d'attaques de panique. Pour cela ils ont étudié le rôle de l'alexithymie comme prédicteur du comportement suicidaire. Ont été évalués 42 patients avec trouble panique avec ou sans agoraphobie, et 24 personnes constituant le groupe témoin pour lesquels la dépression, l'alexithymie et le risque suicidaire ont été contrôlés. Dans cet échantillon, seulement 5 % des personnes souffrant d'attaques de panique avaient déjà fait une tentative de suicide. La fréquence de l'alexithymie était plus élevée parmi les 42 patients : 39 %, contre 4 % pour le groupe témoin, et les sujets alexithymiques avaient des scores de risque suicidaire plus élevé en comparaison aux sujets non alexithymiques. Les sujets alexithymiques

présenteraient des attaques plus fréquentes et plus marquées par une symptomatologie somatique.

L'alexithymie peut altérer la régulation des émotions ce qui peut amener à développer des troubles émotionnels qui peuvent conduire au suicide.

— Hirsch, & al (2001) ont évalué l'effet des facteurs pouvant conduire les adolescents à une tentative de suicide. La dépression et le désespoir étaient évalués, ainsi que l'alexithymie. Ces auteurs concluaient que « l'alexithymie pourrait être considérée comme un facteur de risque suicidaire, ne serait-ce qu'en limitant les possibilités de communication avec autrui des sentiments et émotions ».

6.2. Les événements de vie :

6.2.1. Les fardeaux d'adversités :

Les événements de vie font également partie des facteurs de risques à considérer pour le suicide et les comportements suicidaires. Ces événements s'imposent tout au long de la vie, et leur impact n'est pas forcément le même selon les âges ou le sexe.

6.2.1.1. Suicide :

Séguin, & Turecki (2011) ont comparé 67 « histoires » de personnes suicidées avec 56 « histoires » d'un groupe-contrôle qui n'ont pas eu d'idées suicidaires lors de la dernière année avant les entretiens administrés par l'équipe pour le recueil des données.

Les résultats ont montré des différences dans les trajectoires de vie des deux groupes. Durant la dernière année, les plus grandes différences observées étaient la présence de troubles de l'humeur, de troubles d'abus et de dépendance, et de troubles anxieux, qui étaient entre 8 et 63 fois plus susceptibles d'être rencontrées dans le groupe de personnes suicidées. Les auteurs ont également observé qu'il y avait plus d'adversités de vie dans le groupe de personnes suicidées, et que les adversités les plus sérieuses arrivaient plus tôt dans l'enfance dans le groupe des personnes suicidées. [135].

6.2.1.2 Tentatives de suicide :

Les événements de vie de l'enfance peuvent avoir des effets à long terme sur les mécanismes impliqués dans la gestion du stress, peuvent fragiliser les individus et favoriser le développement de troubles psychiatriques et de conduites suicidaires (Kessler, & Kendler, 1997).

— Shea, & Steiner (2005) ont montré que la maltraitance à l'enfance augmentait la vulnérabilité pour un trouble dépressif majeur et/ou un syndrome de stress post-traumatique, en particulier chez les femmes. Cette vulnérabilité était traduite par un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui, associée au stress pourrait entraîner le développement de troubles psychiatriques.

— Dube et al. (2001) ont étudié le lien entre les adversités de vie (violences psychologique, abus physiques et sexuels, toxicomanie, incarcération, présence de psychopathologies dans la famille, séparation ou divorce des parents) et la possibilité de faire une tentative de suicide à l'adolescence et l'âge adulte.

La prévalence sur la vie de faire au moins une tentative de suicide était de 3.8 %, et le fait d'avoir rencontré une adversité dans l'enfance augmentait de 2 à 5 fois le risque.

— Afifi et al. (2008) ont montré que les risques attribuables à la population des personnes ayant rencontré des adversités dans l'enfance étaient de 16 % pour les idées suicidaires et 50 % pour les tentatives de suicide chez les femmes ; et 21 % pour les idées suicidaires et 33 % pour les tentatives de suicide chez les hommes.

6.3. Facteurs économiques et sociaux :

Les facteurs économiques ou reliés à la profession sont très souvent évalués dans les études épidémiologiques. Le taux global de suicide augmente pendant les récessions économiques et baisse pendant les périodes d'expansion (Luo, Florence, & Crosby 2011). Chang, & Cheng (2009) ont étudié l'impact de la crise de 1997/1998 sur le suicide au Japon, à Hong-Kong, en Corée du Sud, à Taiwan, à Singapour et en Thaïlande. Ils ont constaté que par rapport à 1997 le taux de suicide chez les hommes en 1998 a augmenté de 39 % au Japon, 44 % à Hong Kong et 45 % en Corée du Sud. Cette hausse est moins marquée chez les femmes. De plus, la crise économique a été associée à 10 400 suicides de plus en 1998 au Japon, à Hong Kong et en Corée du Sud. Ces augmentations n'ont pas été observées à Taïwan et à Singapour, les deux pays où la crise économique a eu un impact plus faible. Des analyses ont montré que l'impact de la crise sur certains suicides d'hommes a pu être attribué à l'augmentation du chômage. Ces résultats suggèrent une association entre la crise économique des pays de l'est et du Sud-est asiatique avec une forte augmentation de la mortalité par suicide dans certains pays, et que cette association a pu être liée à la montée du chômage. [39].

Le fait de changer de statut professionnel en étant « au chômage » peut avoir un impact sur le suicide. Yur'yev, & Leppik (2010) ont montré que la mortalité par suicide était associée au

fait de perdre son emploi et à la peur d'une insuffisance de ressources financières en cas de chômage. Les auteurs ont également remarqué que les attitudes à l'égard de l'emploi et du chômage divergeaient en Europe Occidentale et en Europe Orientale où le chômage était plus craint et où la population comptait davantage sur le gouvernement. [151].

V. RELATION ENTRE SUICIDE ET RELIGION :

1. Dans la population générale :

De nombreuses études ont montré que le comportement suicidaire est moins important chez les personnes religieuses [87,30bis].

Par exemple, McClain Jacobson [63] a mené une étude dont le but était d'évaluer le niveau psychologique par rapport à la croyance de l'existence d'une vie après la mort chez une population suivie pour maladie cancéreuse terminale. Trois groupes ont été identifiés ; les croyants, les non-croyants et les non sûrs. D'après cette étude, il n'y a pas de différence significative d'anxiété et de dépression entre les différents groupes. Par contre, plus le groupe est non croyant, plus il y a présence du désespoir et des idées suicidaires.

Mofidi [100] suggère que l'effet protecteur de la religion s'interpose avec celui du support social, mais aussi le rôle que joue le support social dans cette relation [43].

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

D'après une autopsie psychologique portant sur des personnes suicidées âgées de 50 ans et plus, Nisbet et al. ont trouvé qu'elles étaient moins pratiquantes. En somme, la religion peut protéger contre les tentatives de suicide en donnant à la personne un sens à sa vie, par des valeurs morales, ou en étant source d'espoir et de courage dans les moments difficiles [73].

2. Dans le Contexte algérien :

Dans notre contexte algérien, la religion occupe une place importante dans notre société, tant sur le plan des croyances, que sur le plan des pratiques. Cela se traduit sur les manifestations cliniques de l'idéation et du comportement suicidaire.

Ainsi les psychiatres sont souvent confrontés à des situations de patients souffrants énormément d'une symptomatologie dépressive, à tel point qu'ils demandent le pardon de Dieu à chaque fois que surgit une idée suicidaire ou une intention de passer à l'acte suicidaire.

« La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société, un groupe social ou un individu. Subordonnée à la nature, elle englobe, outre l'environnement, les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions, les croyances et les sciences. »

Les facteurs culturels jouent un rôle très important dans les variations nationales et régionales du taux de suicide [152].

Islam :

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

Le Très Haut dit :

وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا

(سورة النساء، الآية 29)

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

(An-Nisa », v29).

Le Coran dit aussi :

وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ

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

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

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

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

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

Quand les moyens de prévenir ou de soulager la douleur échouent, on peut très efficacement faire appel à la dimension spirituelle pour soutenir le patient qui est persuadé que l'acceptation et la patience face à la douleur inévitable sera à son avantage dans l'au-delà, qui est la vraie vie permanente. Pour une personne qui ne croit pas en la vie après la mort, cela pourrait relever de l'absurdité, mais pour celui qui y croit, l'euthanasie est certainement l'absurdité.

Le même Code (1981 p.67) stipule [153] : « Dans sa lutte pour la vie, de quelque manière que ce soit, il est bien conseillé au Docteur de tenir compte de ses limites et de ne pas les transgresser. S'il est scientifiquement certain que la vie ne peut pas être reconstituée, alors il devient futile de vouloir maintenir avec assiduité le patient dans un état végétatif par des moyens héroïques ou de préserver le patient par la congélation ou par d'autres méthodes artificielles. C'est le processus de vie que le médecin aspire à maintenir et non le processus de mort. Dans tous les cas, le médecin ne prendra pas de mesure directe pour mettre fin à la vie du patient ».

La vie est un don de Dieu et il est fait obligation à l'homme de la préserver spirituellement, mais aussi dans son corps et dans les soins appropriés en cas de maladie. Ces soins sont une obligation religieuse qui découle du Coran (Fussilat, v21).

De cette obligation de protéger la vie jusqu'à ce que Dieu la reprenne, découlent

- 1°) — Le respect de l'intégrité du corps humain, de sa dignité ;
- 2°) — L'interdiction formelle de pratiquer l'Euthanasie, le suicide ;
- 3°) — La recommandation des soins généraux jusqu'au terme de la vie.

L'Ethique Islamique veut en effet que « Toute maladie vienne de Dieu et qu'à toute maladie est prévu un remède ». Pour le médecin, instrument de cette volonté et support d'une infime partie de la science infinie de Dieu, la noblesse de son art et la justification éthique de sa pratique sont d'assister, de soulager et de compatir à la souffrance d'un patient, notamment

dans ces états extrêmes et vacillants où la vie lutte contre la mort. Soins palliatifs et religion doivent aider le mourant à un nouveau commencement.

VI. LE SUICIDE ET LE DROIT :

A. Eléments de droit civil français :

1. Les suicidants dans les textes :

Nous abordons ici uniquement les aspects du Droit qui concernent directement le suicide (par exemple, nous n'aborderons pas les dommages et intérêts imputables à un suicidant par explosion qui aurait porté atteinte à d'autres personnes ou à des biens ; en effet cela relève plutôt du droit commun qui régit l'atteinte aux personnes et aux biens, droit qui n'est pas modifié par le fait qu'il soit issu d'un suicide plutôt qu'à une autre cause).

Actuellement en France, peu de lois concernent directement les tentatives de suicide. Seule une précision est donnée par une décision de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du 30 mars 2009 qui déclare que le suicide peut entrer dans le cas d'une maladie professionnelle. (Bien sûr, cette classification, qui permet seulement d'attribuer ou pas une prise en charge financière, n'engage pas la définition que le corps médical donne au mot « maladie ».)

Seulement deux lois sont applicables aux personnes décédées par suicide :

Code des Assurances : article L132-7 (loi du 15/12/2005)

Code de la Mutualité : article L223-9 (loi du 03/12/2001)

2. Réflexion sur la portée juridique civile du suicide :

Les éléments que nous donnons ci-dessous sont intéressants parce que la technique juridique utilisée ici en Droit civil peut être employée de manière comparable en Droit canonique.

2. a. Droits du suicidant :

La déclaration des droits de l'homme énonce que « la loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société » Le suicide n'est donc plus réprimé en France depuis le Code Napoléon de 1810. Dès lors, la question est de savoir si le silence du Code donne le droit ou la liberté de se supprimer? Thouvenin, professeur de droit, répond que « l'absence d'incrimination pénale signifie seulement que la société n'attache pas de réprobation sociale au suicide, et non qu'elle entend considérer le suicide comme une prérogative positive ». « En effet, ajoute-t-il, reconnaître à l'individu le droit de se suicider contribuerait à faire de lui un propriétaire libre de disposer de lui-même comme d'un bien ».

Accessoirement, le droit au suicide supposerait qu'un suicidé réanimé puisse réclamer réparation du préjudice qu'il estime avoir subi du fait qu'on l'a obligé à vivre contre sa volonté. Or, c'est justement l'inverse qui se produit avec la « non-assistance à personne en péril ». Il n'en reste pas moins que le droit au suicide est revendiqué par des associations et comités amalgamant volontiers euthanasie et suicide.

2. b. Responsabilité civile et pénale du suicidant :

Le Code civil ne mentionne pas le suicide, mais seulement des conséquences de la mort ou de la tentative de suicide, il reste muet sur les motifs ou sur la responsabilité des suicidants. La responsabilité civile se définissant comme l'obligation de réparer le dommage. Il ne connaît que les contractants dans leurs relations mutuelles. Or, « l'individu ne peut entrer en rapport juridique avec lui-même ». Aussi, dans le cas du suicide, le code se préoccupe que l'on a causé par une faute intentionnelle ou non, on peut s'interroger sur la réparation des éventuels dommages matériels, corporels ou même moraux occasionnés par un suicide.

— Au civil, « la personne qui, sous l'emprise d'un trouble mental, a causé un dommage à autrui est tenue à réparation » (article 89-2 de la loi du 03/01/1968 sur les incapables majeurs). (– **Art. 125 du Code civil Algérien** —) **chapitre III section I**

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

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

2. c. Responsabilité dans l'implication de l'entourage :

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

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

Ainsi, on peut admettre en effet que les membres d'une famille, sachant que l'un des leur est dans une situation grandement suicidaire, décident néanmoins raisonnablement de ne pas se séparer de tout ce qui pourrait être utilisés pour un passage à l'acte du suicidaire [par exemple : Refuser délibérément de se séparer de tous les outils de cuisine qui pourraient être utilisé à l'insu de la famille par ce proche pour mettre fin à ses jours, ne peut être ,retenu comme participation à un suicide].

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

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

Algérien —) Titre II section I

Ne serait-il pas intéressant de lire le cas de celui qui a demandé à une personne tierce de le tuer et de le manger, avec un acte signé certifiant cette volonté ?

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

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

du Code pénal Algérien —) chapitre VI section I

Sur le plan civil, la responsabilité d'autrui peut-être engagée lorsque le suicidant ou sa famille se portent partie civile, et demandent réparation lors du procès pénal intenté pour l'une des infractions que l'on vient d'énumérer. A l'étranger, dix-huit nations, dont quinze Européennes, condamnent la participation, l'incitation ou l'aide au suicide d'autrui.

La France est le seul pays à incriminer la propagande ou la publicité en faveur du suicide. Cette incrimination peut être retenue contre une personne qui a fait une tentative de suicide en tentant d'entraîner une autre personne dans son action (Exemple : la personne qui, lors de sa tentative de suicide pour des motifs philosophiques ou sentimentaux, entraînerait délibérément des proches à le suivre dans un suicide collectif tomberait sous le coup de cette incrimination).

B. Cadre légal de la prévention civile et militaire en France :

La prise de conscience par le pouvoir politique de l'importance du phénomène auto agressif en tant que fait social s'est traduite par des mesures législatives fixant un cadre juridique à la prévention.

La question des phénomènes auto-agressifs a ainsi été progressivement reconnue comme priorité de santé publique ayant pour but d'aboutir à la volonté quantifiable de faire diminuer le nombre de décès par suicide sous la barre symbolique de 10 000 par an. Pour atteindre cet objectif, un programme national de prévention est mis en œuvre à partir de l'année 1998 : il s'articule autour de dix programmes régionaux. Il s'agit, en s'inspirant des initiatives locales, de mieux connaître les facteurs de risque suicidaires et d'identifier de nouvelles actions à mettre en place et à évaluer secondairement.

Une stratégie nationale d'action face au suicide est établie autour de quatre axes de prévention :

- _ Favoriser la prévention par un dépistage accru des suicidaires,
- _ Diminuer l'accès aux moyens couramment mis en œuvre lors des suicides,
- _ Améliorer la prise en charge,
- _ Améliorer la connaissance épidémiologique.

La formation de binômes de formateurs est organisée au niveau national.

Deux conférences de consensus ont été établies pour inciter les praticiens à adopter les mesures thérapeutiques adéquates. La première concerne les adolescents, la seconde répond au concept de « crise suicidaire » [60].

La conférence de consensus d'octobre 2000 (conférence de consensus sur « la crise suicidaire : la reconnaître et la prendre en charge »), rend pourtant compte de certaines spécificités à la population militaire. Les crises suicidaires semblent plutôt concerner d'une part les jeunes appelés qui présentent des troubles dépressifs de l'adaptation dans les premiers mois d'incorporation, et d'autre part les personnels qui présentent des troubles dépressifs masqués par des prises de risques inconsidérés.

La lisibilité des missions étant de fait beaucoup plus complexe depuis la fin de la guerre froide, le stress psychologique du militaire est majorée.

Le service de santé des armées possède de longue date un système de veille épidémiologique qui permet de surveiller la suicidalité au sein des Forces. L'importance des suicides parmi les

autres causes de décès a conduit la Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA) à mettre en oeuvre un programme de prévention pour lutter contre cette cause de mortalité évitable. L'axe majeur de la prévention est « un programme de formation continue destinée aux médecins des unités et des hôpitaux afin de promouvoir une culture commune de dépistage et de prise en charge des crises suicidaires ».

Les forces sont également mobilisées dans ce mouvement de prévention.

Le Code de Justice militaire ne réprime pas la tentative de suicide : le mot n'y figure pas. L'armée et ses juges se réservent simplement le droit de punir « tout militaire convaincu de s'être volontairement rendu impropre au service, soit d'une manière temporaire, soit d'une manière permanente, dans le but de se soustraire à ses obligations militaires.

Peu importe dès lors l'intention réelle : mourir ou obtenir la réforme. C'est l'interprétation de la hiérarchie militaire qui prime. Et comme ce sont des tribunaux militaires qui rendent la justice du même nom, l'armée, juge et partie, a les moyens de faire prévaloir son point de vue [154].

**(Art. 273 du Code de justice militaire) chapitre I section V mutilation volontaire
Page 65 bis.**

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

Toutes les mutilations volontaires ne sont évidemment pas des tentatives de suicide. On veut supposer que c'est dans la plus grande sérénité que l'armée fait son tri. Les pathologiques d'un côté, qui se sont rendu « impropres » de façon « involontaire » et qui relèvent du psychiatre militaire. De l'autre, les réfractaires qui choisissent l'anorexie ou le coma par dégoût de la vie de caserne. Un tri que les tribunaux militaires se paient parfois le luxe de remettre en cause, histoire de sacrifier au complexe d'infériorité que ces juges d'exception nourrissent à l'égard de leurs collègues de droit commun.

VII. ECHELLE D'ÉVALUATION :

Les échelles standardisées sont un élément essentiel pour l'évaluation du risque de suicide. L'intentionnalité de l'acte suicidaire est évaluée par la létalité des gestes réalisés et correspond à l'intention de la gravité du projet suicidaire. Ce projet suicidaire peut être communiqué à des tiers par écrit ou oralement ce qui constitue un indicateur de gravité.

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

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

Les instruments élaborés par Beck sont intéressants dans l'évaluation du risque suicidaire est :

Tableau : Les échelles de Beck

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

L'intérêt de l'évaluation du risque suicidaire :

- Identifier les facteurs de risque et les caractéristiques des conduites suicidaires ;
 - Évaluation du potentiel suicidaire qui permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée ;
 - Évaluer l'urgence ou l'imminence du passage à l'acte : le scénario suicidaire, l'absence d'alternative autre que le suicide ;
- O Faible : pense au suicide, pas de scénario précis, simples flashes
- O Moyen : scénario envisagé, mais reporté
- O Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir
- Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen et l'accès direct aux moyens ; Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck :

La SIS est un instrument psychométrique permettant d'évaluer l'importance de l'intentionnalité suicidaire avant le passage à l'acte. Elle est administrée par un clinicien entraîné chez des sujets suicidants, c'est-à-dire ayant survécu à une TS.

Le « Suicide Intent Scale [SIS] » mise au point par Aaron Temkin BECK en 1974 est la seule échelle qui ne s'intéresse qu'à l'évaluation de la tentative de suicide qui vient d'avoir lieu. Elle répond aux recommandations professionnelles de prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide [9].

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire applicable aux suicidants. Il sert à évaluer l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa tentative de suicide.

La version initiale a été élaborée par A.T. BECK en 1974 et comporte 20 questions, divisée en 3 sections. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide (été revue par D. W. PIERCE en 1977, qui en a fait une version à 15 questions), cette échelle est constituée de 15 items, regroupés en deux parties :

— la première section (items 1 à 8) correspond aux circonstances objectives du geste suicidaire, c'est-à-dire aux aspects factuels liés à l'évènement, comme le lieu de la TS, l'isolement, la préparation active de la TS, la présence d'une lettre, les précautions contre la découverte

— la deuxième section (items 9 à 15), subjective, concerne les conceptions du sujet sur son acte (léthalité potentielle, possibilité d'intervention des secours, préméditation, but allégué de la TS)

L'intégralité de l'échelle est reproduite en annexe. **[Annexe : 4]**

Chaque item est coté de 0 à 2, le score total d'intentionnalité suicidaire est la somme des 15 questions. Il varie de 0 à 30 :

- Intentionnalité faible : 0 – 3.
- Intentionnalité moyenne : 4 – 10.
- Intentionnalité élevée : 11 -30.

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

VIII. PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS :

1. Programmes nationaux de prévention :

Depuis une vingtaine d'années, l'OMS et certains pays industrialisés ont tenté de développer des programmes nationaux de prévention contre le suicide. Ces stratégies ont été peu évaluées, mais un consensus d'experts s'est réuni en 2005 pour étudier la littérature dans ce domaine et examiner l'efficacité de certaines interventions dans le but de faire des recommandations pour les futurs programmes et d'orienter de nouvelles recherches (Mann et al. 2005). **[108]**.

Un atelier de 5 jours a permis d'identifier 5 grands domaines de prévention :

- 1) Education et programmes de sensibilisation pour le grand public et les professionnels
- 2) Les méthodes de dépistage des personnes à haut risque
- 3) Le traitement des troubles psychiatriques
- 4) La restriction de l'accès aux moyens létaux
- 5) Le rapport des médias face au suicide.

1.1. Sensibilisation au grand public :

Le but des campagnes de sensibilisation du public est d'améliorer la reconnaissance des risques de suicide et d'aider à la recherche grâce à une meilleure compréhension des facteurs de risque des comportements suicidaires et de la maladie mentale. Elles visent aussi à réduire la « stigmatisation » de la maladie mentale et du suicide et à combattre les « idées reçues » qui font du suicide une « solution inévitable » ou « appropriée aux problèmes de la vie » (Mann et al. 2005).

Au Canada et en Australie des programmes de « premiers secours » ont été mis en place pour former la population à reconnaître les personnes à risque suicidaire, de les soutenir pendant la crise et les assister dans leur recherche d'aide jusqu'à qu'ils soient connectés au système de soins (Kelly & al, 2008). [93].

D'autres stratégies d'enseignement spécifiques sont destinées aux jeunes, y compris à l'école et par le biais de programmes communautaires. Peu de ces programmes reflètent l'état actuel des connaissances en prévention du suicide, et peu d'évaluations sont faites sur leur efficacité dans la prévention des comportements suicidaires (Gould, & Shaffer 2003).

Une revue de littérature sur des études publiées entre 1980 et 1995 a montré que les connaissances sur le suicide s'étaient améliorées parmi les jeunes bénéficiant de ces programmes, mais qu'ils avaient à la fois des effets bénéfiques et néfastes sur les élèves par rapport à la recherche d'aide et de soutien de la part des autres (Ploeg et al. 1996).

Un autre examen de la littérature entre 1990 et 2002 a également observé que les programmes permettaient d'accroître les connaissances sur le suicide et d'améliorer les attitudes face à la maladie mentale et le suicide, mais n'ont pas trouvé de preuves significatives pour la prévention des comportements suicidaires (Guo et Harstall, 2002).

Enfin, une étude randomisée a rapporté des taux inférieurs de tentatives de suicide, une plus grande connaissance et des attitudes plus adaptées face à la dépression et au suicide dans les groupes expérimentaux, dans les 3 mois après l'intervention. Par contre, ils n'ont pas observé de bénéfices significatifs sur les taux d'idéations suicidaires ou la recherche d'aide (Aseltine et DeMartino, 2004).

1.2. Formation des professionnels :

1.2.a. Intervenants de première ligne :

Les programmes nationaux de prévention se sont attachés à la formation des professionnels qui sont amenés à travailler ou à rencontrer des personnes plus vulnérables par rapport aux comportements suicidaires (professeurs, éducateurs, infirmiers scolaires, pharmaciens, bénévoles d'association, personnels de l'administration pénitentiaire, infirmiers urgentistes...). Ces formations reposent sur le modèle d'intervention en situation de crise selon les travaux de Caplan (1964), Messik et Aguilera (1976) qui demeure largement utilisés aujourd'hui pour les formations du personnel en première ligne.

Dans ses études sur le suicide, L'INSERM (2000) s'appuie sur ce modèle proposé lors de la Conférence de consensus en octobre 2000 par Monique Séguin en collaboration avec un ensemble d'experts (Séguin, 2000). [30]. Le modèle repose sur le principe qu'il est possible d'observer un processus suicidaire chez l'individu avant le passage à l'acte. Lors de situations stressantes, la personne peut réagir de façon inadaptée, fragilisée par l'accumulation de facteurs de risque antérieurs. Le processus est enclenché par une perte qui engendre un état dépressif et la crise se met en place. L'état de crise peut être accompagné d'idéations passagères qui se transformeront en rumination, puis vont se cristalliser et amener l'individu à l'élaboration d'un plan à trois phases : où ? Quand ? Comment ? Qui deviendra la tentative planifiée.

Le processus suicidaire se déroule en quelques heures ou quelques jours et suit donc un schéma en trois étapes :

- Les pensées ou idées suicidaires (idéation suicidaire) ;
- La crise suicidaire où les pensées deviennent omniprésentes qui poussent à l'élaboration d'un plan ;
- Le passage à l'acte.

Ce schéma montre donc que le suicide n'est pas un acte impulsif, mais qu'il est le résultat d'un processus défini dont chaque étape peut faire l'objet d'une intervention (Séguin, 2000) ces interventions ont donc pour but de permettre aux professionnels d'identifier les personnes

à haut risque de comportements suicidaires afin de les diriger vers un dispositif d'évaluation et de traitement.

1.2.b. Formation des médecins :

Comme nous l'avons vu précédemment, les études utilisant les autopsies psychologiques ont montré que 90 % des sujets qui se suicident souffraient d'un trouble mental et 80 % d'entre elles ne sont pas traitées au moment du décès (Lonnqvist et al. 1995 ; Henriksson, & al, 2001). Les troubles psychiatriques, et en particulier la dépression, étant souvent sous-évalués ou mal diagnostiqués en médecine générale beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux n'ont pas un traitement adéquat ou ne sont tout simplement pas traitées (Andersen, 2000 ; Appleby et al. 1999 ; Hirschfeld et al. 1997 ; Coyle et al. 2003), et ce même après une tentative de suicide.

Théoriquement, un meilleur repérage et une amélioration de la prise en charge des affections mentales au niveau du médecin généraliste devraient être efficaces pour les raisons suivantes :

1) l'écrasante majorité des suicides à lieu chez des patients présentant une affection mentale (trouble de l'humeur, dépendance à l'alcool, schizophrénie, etc.);

2) plus de la moitié des suicidés ont un contact avec un médecin non spécialiste dans le mois précédant le suicide (Luoma, 2002 ; Mazières et al. 2000). Cependant cette stratégie rencontre des obstacles majeurs. La perception que la dépression est un désordre transitoire, ou qu'elle pourrait s'améliorer d'elle-même, ou par la personne elle-même, est la principale raison de ne pas recourir à un traitement (Lesage, 2002). Les généralistes rencontrent un grand nombre de patients dont seulement un faible pourcentage se suicide. Ce paradoxe au niveau individuel contribuerait à diminuer l'intérêt d'une meilleure formation au repérage des facteurs de risque (Freedenthal, 2003). D'autre part, toutes les classes d'âge et de sexe ne consultent pas leur médecin généraliste, les patients âgés et les femmes étant ceux qui semblent consulter le plus fréquemment, les hommes plus jeunes sont ainsi moins faciles à repérer.

En France, une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes du sud de la France a montré que les idées de suicide n'étaient pas repérées chez la moitié des patients auxquels était pourtant prescrit un antidépresseur. La détection s'améliorait lorsque le médecin suivait une formation médicale continue sur la dépression, quand les patients avaient des symptômes dépressifs caractérisés, et lorsque les consultations étaient plus longues (Verger et al. 2007). [146]

1.3. Traitements médicamenteux :

Les antidépresseurs sont utilisés pour atténuer la dépression et les autres troubles psychiatriques. En règle générale, les revues de littératures portant sur les essais cliniques randomisés n'ont pas observé les bénéfices de ces traitements sur le suicide ou les tentatives de suicide (Gunnell, 2005 ; Fergusson et al. 2005 ; Khan, 2003). Ceci peut s'expliquer par rapport au protocole des études qui sont de courtes durées et qui excluent les patients à risque. Cependant, certaines études contrôlées ont pu démontrer l'existence d'un effet préventif du lithium pour les personnes souffrant de troubles de l'humeur (Thies & Greil, 1996) et de la clozapine pour les personnes souffrant de schizophrénie (Glick et al. 2004).

Des études ont permis d'établir un lien entre la prescription d'antidépresseurs et la diminution du taux de suicide dans plusieurs pays comme la Hongrie (Rihmer, 2001), en Suède (Carlsten, 2001), en Australie (Hall et al. 2003), et aux Etats-Unis (Gibbons, & Mann). Cependant, ces études ne permettent pas d'attribuer un rôle de causalité à l'usage des antidépresseurs, car elles n'évaluent ni l'observance ni l'acceptation des traitements.

Dans certains pays, il a été observé que l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs était corrélée avec la baisse du taux de suicide chez les adultes et les jeunes en Hongrie, en Suède, en Australie et aux Etats-Unis.

1.4. Psychothérapies :

Certaines études ont montré l'efficacité des thérapies cognitives (Brown, 2005), des thérapies centrées sur la résolution de problèmes (Hawton et al. 2002) et des psychothérapies interpersonnelles (Guthrie, 2001) sur le rapport à la récurrence suicidaire et l'observance des traitements.

Ainsi Brown et al. (2005) [25] ont observé que les thérapies cognitives pouvaient réduire jusqu'à la moitié les taux de récurrence des comportements suicidaires chez les personnes ayant fait une tentative de suicide par rapport aux personnes recevant les soins habituels. Pour le sous-groupe des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, ceux sont les thérapies comportementales dialectiques (Brown et al. 2005) et les thérapies psychanalytiques axées sur l'hospitalisation partielle (Bateman & Fonag, 2001) qui sont observées dans la réduction des comportements suicidaires par rapport aux soins habituels.

Les thérapies centrées sur la résolution de problèmes ont montré des résultats sur l'amélioration du désespoir et des symptômes dépressifs (Gaynes, 2004).

1.5. Stratégies de dépistage :

Le dépistage vise à identifier les personnes à haut risque de suicide et de comportements suicidaires afin de les orienter vers des traitements adaptés. L'accent peut porter directement sur le comportement suicidaire ou sur les facteurs de risque comme la dépression ou les troubles liés à la dépendance aux substances (Mann et al. 2005). Des instruments de dépistage de la dépression, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide ont été administrés à des lycéens (Shaffer et al. 2004), les jeunes délinquants (Cauffman, 2004), et les jeunes en général (Joiner, 2002) ont montré leur fiabilité dans l'identification des personnes à haut risque de comportements suicidaires.

1.6. Stratégies de prévention des personnes à haut risque suicidaire :

Pour les patients à haut risque suicidaire, plusieurs études ont montré qu'un contact de la part d'un professionnel de la santé avait un effet sur la diminution de la récurrence des tentatives de suicides (Motto, 2001 ; Beautrais, 2008 ; Vaiva et al, 2006 ; Vaiva et al. 2011). [147].

— Motto et Bostrom (2001) ont démontré l'efficacité d'une intervention simple et peu onéreuse comme l'envoi d'un courrier personnalisé. Le recrutement s'est effectué parmi les patients admis à l'hôpital psychiatrique pour dépression ou état suicidaire, et qui ne s'étaient pas rendus ou inscrits au programme de soins ambulatoires proposé à leur sortie. Ce groupe était randomisé en deux sous-groupes ; l'un dit « contact », l'autre « non-contact ». Le groupe « contact » recevait chaque mois pendant quatre mois ; puis tous les deux mois pendant huit mois ; puis tous les trois mois pendant quatre ans, une lettre simple de la personne qui s'était entretenue avec eux à l'hôpital avant leur sortie. Ce groupe a permis d'observer un taux de suicide significativement plus bas pendant les deux premières années de suivi. Les taux se rejoignent progressivement au bout de quinze ans. Les auteurs ont émis l'hypothèse que le sentiment d'être « connecté » grâce au contact épistolaire répété permettrait de diminuer le sentiment d'isolement (Motto et Bostrom, 2001).

— Plus récemment, une étude en Nouvelle-Zélande a utilisé une approche similaire pour évaluer son efficacité sur la diminution des récurrences de tentatives de suicides. Trois cent vingt sept personnes ont été recrutées aux urgences après une tentative de suicide et scindées en un groupe contrôle et un groupe expérimental. Le groupe expérimental a reçu une carte postale à deux semaines, 1, 3 et 6 mois en plus des soins habituels. Le groupe contrôle a reçu les soins habituels sans carte postale. Les résultats ont montré que le nombre de récurrences de tentatives de suicide était significativement plus faible dans le groupe expérimental que dans le groupe Contrôle. [26].

— L'étude multicentrique de Vaiva et al, (2006) auprès de 605 patients recrutés aux urgences pour une intoxication médicamenteuse quant à elle, démontré l'efficacité d'un contact téléphonique. Une psychologue formée contactait les patients par téléphone 1 et 3 mois après leur sortie afin d'évaluer l'efficacité du traitement recommandé et de l'ajuster en cas de besoin. Le groupe contrôle recevait les soins habituels et les personnes étaient orientés dans la plupart des cas vers leur médecins généralistes. Les résultats ont montré qu'un contact téléphonique 1 mois après la sortie des urgences, permettait de diminuer la récurrence des conduites suicidaires pour le groupe expérimental dans l'année suivant l'admission. Ce contact téléphonique permet également de dépister les sujets à « haut risque » de récurrence et de les adresser aux urgences pour prévenir le passage à l'acte (Vaiva et al. 2006). Par la suite, les auteurs ont cherché à savoir si cette procédure avait été bien acceptée par les patients et si elle avait eu un impact sur leur futur. Les participants de l'étude initiale ont été recontactés 13 mois après la tentative de suicide indexée. Sur les 54 % des patients qui ont répondu, 78,9 % considéraient que le contact téléphonique avait été bénéfique, 40,4 % qu'il avait eu un impact sur leur vie et 29,4 % qu'il leur avait évité une récurrence suicidaire. La majorité des patients ont été satisfaits, même si 20,2 % aurait préféré être recontacté par un médecin connu (Vaiva et Ducrocq, 2010).

— Enfin, au regard des études développées sur les effets d'un contact des patients après une tentative de suicide, Vaiva et al. (2011) [147]. Ont proposé le protocole de l'étude « ALGOS » (actuellement en cours) qui repose sur la construction d'un arbre décisionnel du type de contact. Elle regroupe à la fois le type de contact par téléphone et le type de contact par lettre ou carte. Tous les patients admis aux urgences pour une première tentative de suicide auront reçu une « carte de crise » avec les numéros de téléphone des urgences dans lesquelles ils ont été inclus. Pour les patients qui ont déjà fait une tentative de suicide avant l'inclusion, un appel téléphonique leur sera adressé par un psychologue formé entre le 10^{ème} et le 21^{ème} jour après l'admission indexée. Trois types d'appels sont à distinguer selon la qualité du contact :

— Un appel dit « ordinaire » où le plan de traitement administré par les urgences reste valide et la situation de crise s'atténue. Aucune mesure supplémentaire ne sera prise.

— Un appel où le praticien constate que le plan de traitement n'est plus valide et le patient semble en difficulté psychologique. Dans ce cas un nouveau plan de traitement sera suggéré, et les patients recevront une carte postale au cours des 5 mois suivants.

— Un appel où le praticien constate que le patient présente un risque élevé de suicide, avec de fortes idéations suicidaires. Dans ce cas, le praticien demande au patient de se rendre aux urgences où il a été initialement pris en charge. En cas de refus, le médecin généraliste ou le SAMU seront contactés. Les patients recevront également une carte postale au cours des 5 mois à venir.

Les auteurs espèrent cibler certains sous-groupes de patients à risque en leur offrant des interventions spécifiques et optimiser à plus long terme les avantages de cette stratégie.

2. Prise en charge et interventions aux Urgences :

2.1. Continuité dans le système de soins :

Cette question de la continuité dans les soins est tout à fait pertinente lorsqu'il s'agit des personnes ayant fait une plusieurs tentatives de suicide qui représentent une population fragile, cumulant souvent des problèmes personnels, sociaux, somatiques ou psychiatriques (Appleby et al. 1999) et qui n'est pas toujours en mesure de prendre l'initiative de recourir à un suivi.

Par rapport aux tentatives de suicide, la solution de la continuité des soins avec un rendez-vous dans un délai rapide avec le même médecin rencontré aux urgences pourrait également être une piste dans l'observance des soins des personnes à haut risque suicidaire (Cremniter, 1998).

2.1.1. Vers une continuité des soins :

Certaines études ont montré que la prise en charge d'un patient venant de faire une tentative de suicide dépend du premier lieu où il est accueilli (Kapur, 2003 ; Kapur, 2004).

En France, à partir de 1994, des programmes de prévention du suicide ont été mis en place dans plusieurs régions afin de d'harmoniser les pratiques de soins et d'améliorer la prise en charge des patients suicidants. Ces programmes s'articulaient autour de l'orientation des personnes ayant des idées suicidaires et de la formation des intervenants sur l'accueil et la prise en charge des patients suicidants en milieu hospitalier. Dans un rapport d'évaluation de ces programmes régionaux de santé, Bellanger et Jourdain (2006) ont rapporté une diminution de la mortalité par suicide dans les régions concernées.

2.1.2. Interventions aux Urgences :

L'accent doit certainement être mis sur la prise en charge des suicidants dans les services d'urgence. Les soins apportés aux suicidants peuvent varier selon l'évaluation des facteurs de risque suicidaire persistants comme les antécédents de tentatives de suicide, la dépression, la dépendance aux substances, etc., le diagnostic psychiatrique, les ressources du patient et la nature de l'étayage émanant des proches. Ils dépendent également de la décision d'orientation du médecin psychiatre et des soins qui sont à sa disposition pour justifier cette orientation.

Des études britanniques ont montré que l'évaluation systématique des suicidants aux urgences permettait d'éviter un grand nombre de récurrences (Kapur et al. 2008).

Certains auteurs ont également observé que les interventions ciblant directement le problème de l'adhésion aux soins ou proposant des soins à domicile avaient le plus de chance d'aboutir (Comptois, 2002).

VIII. ACTIONS DE PRÉVENTION :

A. Prévention primaire : promotion de la santé et dépistage des suicidaires :

1. Vers une meilleure caractérisation et compréhension du phénomène autoagressif. :

Pour mieux prévenir les conduites autoagressives, il convient de mieux les connaître au niveau épidémiologique et de mieux cerner leurs déterminants étiopathogéniques. Nous proposons :

- une déclaration hospitalière des conduites autoagressives
- et une étude de type « autopsie psychologique » pour les personnes suicidées.
- Il serait intéressant que le médecin d'unité rédige avec précision une observation clinique en rendant compte de l'anamnèse de la crise psychique présentée au sein du contexte familial et professionnel.
- Certaines unités militaires utilisent pour la notation annuelle des personnels la rédaction préalable d'un « rapport sur la manière de servir » qui retranscrit les états de services du militaire ainsi que l'adéquation de sa personnalité avec l'emploi exercé. Ce document purement administratif et hiérarchique contient beaucoup d'éléments référencés à la personnalité. Ces informations nous paraissent analysables dans le but de donner du sens à une conduite autoagressive dans une dynamique de réponse à la question « pourquoi ? ».
- L'autopsie psychologique a pour objectifs une compréhension du geste suicidaire, une évaluation des risques préalables et une prise en charge des proches de la victime [27]. Le but est d'évaluer les facteurs de risque suicidaire que présente la personne, de tenter de répondre à

la question étiologique, d'établir une base de données et d'évaluer l'implication des tiers dans la dynamique suicidaire.

— L'autopsie psychologique est également un outil thérapeutique permettant d'aider les proches et les soignants du suicidé.

— Avec l'aval des autorités compétentes, un protocole d'autopsie psychologique concernant les personnels du Ministère de la Défense pourrait voir le jour. Les grands principes de ces études pourraient être repris pour une meilleure compréhension des tentatives de suicide.

— Notons qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune surveillance épidémiologique des automutilations, parfois considérées comme un passage à l'acte de type suicidaire. De nouvelles études devraient voir le jour pour en préciser les déterminants actuels.

2. Dépistage des patients dépressifs et suicidaires par le médecin d'unité :

Les sujets de l'étude étaient adressés par leur médecin généraliste d'unité, ce qui montre l'alliance thérapeutique avec le système de soin militaire.

— Il convient de rechercher le motif profond de la consultation en médecine générale, motif souvent masqué par d'autres doléances

— on souligne l'intérêt du rôle de la psychiatrie de liaison au sein de l'hôpital qui permet d'apporter des éclaircissements sur la dimension psychologique de la plainte. La recherche du motif profond de consultation nous paraît essentielle pour déceler une crise psychique ou un trouble psychiatrique sous-jacent.

— la dépression est souvent masquée par un mal-être s'exprimant à travers une plainte fonctionnelle somatique. Si une dépression n'est pas diagnostiquée chez un sujet, elle ne sera de fait pas prise en charge.

— Le dépistage systématique et la prise en charge de la dépression en médecine générale sont efficaces en termes de morbidité, de mortalité et également en termes de coût de la santé. L'exemple le plus célèbre est celui de l'île de Gotland où les pouvoirs publics suédois avaient organisé un programme de formation des médecins généralistes destiné à favoriser le dépistage de la dépression [124]. Deux ans après le lancement de l'étude, le nombre de suicides avait diminué de 60 %, le nombre de consultations psychiatriques de 50 % et le nombre de consultations pour état mélancolique de 85 %. Dans le même temps, la consommation d'antidépresseurs grimpait de 50 % et le nombre de congés maladie pour dépression diminuait de 50 %.

— L'interrogation directe du patient sur d'éventuelles idées suicidaires est la règle, ceci n'en induisant pas si elles sont déjà présentes, mais permettant d'entrer en contact émotionnel avec

le patient et de favoriser l'alliance thérapeutique ultérieure. On notera à ce propos que la communication du médecin influence la reconnaissance des symptômes dépressifs : les praticiens qui ont un taux de diagnostic de dépression élevé posent davantage de questions sur les sentiments et les émotions de leurs patients.

— En vue d'aider le praticien en ce sens, plusieurs outils de dépistage de la dépression et des idées suicidaires sont utilisables en médecine générale. On citera notamment l'échelle du désespoir de Beck et l'échelle de Ducher [40].

Au niveau militaire, les médecins d'unité sont de plus en plus sensibilisés au dépistage systématique de la dépression, du syndrome de stress post-traumatique et des conduites auto agressive

— Une journée de formation continue sur la prévention du suicide dans les armées pourrait être programmée par notre hiérarchie.

— Dans le cadre de la formation médicale continue, des séminaires régionaux peuvent être organisés avec la mise en place de sessions de formation destinées au repérage et à la prise en charge des conduites autoagressives dans les armées.

— L'évaluation des pratiques professionnelles peut se traduire par la mise en place d'audits cliniques planifiés par la Direction Régionale des Services de Santé Militaire (DRSSM).

— la conception biopsychosociale de la psychiatrie avec recherche de « consensus clinique » a fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles.

— Les fiches techniques sur les conduites suicidaires en milieu militaire, la dépression et le trouble de l'adaptation sont divulguées à l'ensemble des médecins militaires.

3. Dépistage des sujets dépressifs et suicidaires par les cadres de l'unité :

En temps de paix comme en temps de guerre, les Armées demeurent une collectivité particulière où l'éloignement familial est en partie remplacé par les camarades, alter ego, et par la hiérarchie.

— Il convient de divulguer et d'enseigner les éléments apportés par la conférence de consensus à destination des « non professionnels de santé », un module de prévention des conduites autoagressives pourrait être inclus dans la préparation des concours d'entrée et de sortie des écoles de cadres du Ministère de la Défense (les Écoles Militaires.). Cet enseignement serait à destination des futurs commandants de compagnie et des chefs de section qui constituent l'encadrement hiérarchique des unités militaires.

— Au sein de son régiment, le médecin d'unité peut profiter des séances d'éducation sanitaire pour aborder avec tous les personnels le thème du suicide et de ses déterminants.

— Il S'agira à terme pour chaque membre de la collectivité d'être capable de repérer une crise psychique souvent reconnue comme une symptomatologie anxiodépressive avec des conduites d'héroïsme, de fuite en avant, de prise de risques, d'automutilations, de retards répétés à la prise du service, de négligences quotidiennes, d'attitudes caractérielles, de sentiment d'impuissance, de sanctions répétées non suivies d'effets, de fugue ou de désertion, de mésusage chronique d'alcool et autres substances psycho actives illicites.

— L'encadrement est particulièrement attentif à la recherche d'un contexte vulnérant aigu comme un événement de vie douloureux, une fin de service, une affectation lointaine, une alcoolisation aiguë, un vécu potentiellement traumatique, une situation à haut risque ou une situation difficile.

— On peut inclure dans cette prévention initialement non médicale, la contribution certaine des imams pour sensibiliser les jeunes soldats au sein des unités. Ces derniers sont parfois les dépositaires de problématiques intimes inhérentes à des événements de vie ou à des questionnements existentiels.

— Un programme de formation pourrait leur être dédié en insistant sur l'intérêt d'aiguiller le sujet vers une structure de soins.

4 .Le contrôle des armes à feu :

La collectivité militaire est caractérisée par la présence et la disponibilité d'armes à feu. Lavoie rappelle que le risque de suicide est cinq fois plus élevé dans les foyers où une arme à feu est disponible [97].

Dans une logique d'économie de temps de port d'arme, les armes de service se perçoivent auprès de l'armurier au début d'une mission et sont réintégrées dans l'armurerie à l'issue de celle-ci. Le retrait de l'arme de service peut être prononcé par un cadre militaire ou être suggéré par le médecin d'unité en tant qu'inaptitude médicale au port d'arme. Cette mesure, souvent mal vécue, doit être expliquée à l'intéressé comme n'étant pas du domaine de la sanction disciplinaire, mais de la protection médicale. Une fois la crise suicidaire mise à distance, le sujet peut retrouver son aptitude au port d'arme.

B. Prévention secondaire : prise en charge du suicidant

1. Rôle du médecin d'unité et du psychiatre

Le psychiatre hospitalier apparaît comme le professionnel connaissant le mieux les structures de soins plus proches du domicile du patient ou de son unité militaire. Il peut

organiser la prise en charge du sujet en tenant compte des impondérables du réseau de soins en termes de disponibilité.

— Suite à un évènement aigu, seule une minorité de patients motivés s'engage dans une psychothérapie à long terme. Néanmoins, loin de s'en émouvoir, on peut aussi considérer l'intervention médicale face à la crise suicidaire comme une question d'urgence, sans parti pris préalable de suivi du patient au long cours.

— Ces grandes lignes d'intervention de crise nous semblent transposables au système militaire où les praticiens sont facilement disponibles, mobiles et résidents pour la plupart non loin de leur régiment. Le patient et sa famille peuvent ainsi être accompagnés par le médecin d'unité à raison d'un entretien par jour, le temps que s'apaise la crise psychique.

2. Le refus l'approche expertale initiale pour laisser place aux soins :

Les prérogatives du médecin militaire comportent à la fois une mission de soins et une mission d'expertise pour un même sujet, ce qui différencie une expertise médico-militaire d'une expertise judiciaire civile ou pénale [61]. Ces dispositions légales sont à mettre en parallèle à un code de déontologie propre aux praticiens militaires ayant pour but d'allier médecine d'expertise et médecine de soin dans l'intérêt de l'individu et de la collectivité. Alors, comment articuler ces deux facettes de la profession dans la prise en charge des conduites autoagressives. L'évaluation de cette aptitude est confiée aux médecins des armées. L'aptitude du militaire doit également être réévaluée en cours de service : c'est l'aptitude révisionnelle. Il s'agit d'une expertise médicale pouvant intervenir à plusieurs moments de la carrière ou à tout moment devant l'apparition de troubles psychiques, ou encore l'évolution favorable ou défavorable de troubles psychiatriques préexistants.

Ces expertises médicales techniques sont demandées à titre consultatif par le Commandement militaire qui fixe les normes à l'emploi : lui seul possède un rôle décisionnel.

Le médecin reste dans son rôle consultatif d'expert et respecte tant le secret médical que le secret professionnel. Une des particularités fortes du médecin militaire est constituée par la co-occurrence pour un même consultant d'une médecine de soins et d'une médecine d'expertise ayant pour but de protéger les militaires qui évoluent au sein d'un univers potentiellement hostile.

Toutes ces procédures expertales expliquent pourquoi le taux de suicide dans les armées reste inférieur à celui retrouvé en milieu civil. La population militaire est sélectionnée d'un point de vue médical et les troubles psychiatriques graves survenant avant l'engagement sont le plus souvent rédhibitoires.

Dans les armées, pour des raisons opérationnelles, la médecine du travail et la médecine d'unité sont exercées par le même praticien. Une dynamique de soins est engagée et l'expertise médico-militaire éventuelle, si toutefois elle devait avoir lieu, se fait à distance de la crise passagère qui ne reflète pas l'état habituel du sujet.

C. Prévention tertiaire et quaternaire : conséquences de l'acte autoagressif

1. Pour le sujet concerné : prévention des récidives :

Le soutien thérapeutique engagé a pour objectif de traverser cette crise tout en permettant au patient d'élaborer un sens à ce passage à l'acte afin d'éviter une récidive.

Au niveau médico-militaire, la survenue d'une crise psychique isolée ou d'un comportement autoagressif sans trouble psychiatrique sous-jacent évolutif n'entraîne aucune restriction d'aptitude à long terme. Toutefois, si un trouble psychiatrique caractérisé est réellement présent, un suivi psychothérapeutique est proposé parallèlement à un traitement pharmacologique.

La qualité de la prise en charge initiale ouvre la voie à un accompagnement sur une durée plus longue dont le but ultime est d'éviter les récidives.

2. Pour les proches : éviter les phénomènes de « contagion suicidaire », accompagnement du deuil

Lorsqu'un décès survient dans une unité militaire opérationnelle, il convient de prendre en charge les proches du soldat sur le terrain en organisant également sur la base arrière la prise en charge simultanée de la famille au niveau psychologique et social [41].

Le suicide d'un des membres d'un groupe vient éprouver les liens qui unissent ce groupe. L'impact d'une contagiosité potentielle des comportements auto-agressifs doit être connu des praticiens. Des « épidémies de suicide » sont régulièrement rapportées chez les adolescents vivant en collectivité, le risque étant naturellement plus grand si les liens avec la victime sont forts. On évoque également le suicide réactionnel à un autre suicide dit « syndrome de Roméo et Juliette », et le suicide par contagion qui est déclenché par la crainte d'une catastrophe à venir comme une pandémie ou une défaite militaire. Il appartient aux cadres de l'institution d'être particulièrement vigilants quant à la potentielle contagiosité des actes suicidaires. Il est nécessaire de leur apporter une information de qualité sur ce phénomène, au préalable.

La prise en charge des personnes ayant été confrontées à un événement traumatisant repose sur les soins psychologiques immédiats et post-immédiats codifiés [62]. Mais loin d'une

standardisation des soins psychiques, l'évènement traumatique vécu en groupe doit également être appréhendé par le clinicien à travers la trajectoire existentielle singulière du sujet.

Pour les victimes, trois temps sont individualisés dans la prise en charge.

— Le soutien immédiat consiste en une écoute réconfortante de la part du médecin d'unité, la hiérarchie et le service social.

— Les soins post immédiats, dans un délai de un à dix jours suivant l'évènement traumatique, sont assurés par la cellule de soutien qui mène un débriefing collectif et/ou individuel.

— Le suivi ultérieur est relayé par le réseau local de spécialistes civils ou militaires. Cette prise en charge est réalisée sur le temps et le lieu de travail. Les psychologues sont soumis au secret professionnel. Aucun rapport n'est rédigé : il n'y a pas d'incidence en matière de gestion du personnel ou d'aptitude médicale future. Pour la hiérarchie et l'encadrement, la cellule apporte un conseil institutionnel.

Cette question du retentissement traumatique de confrontation à la mort nous amène au deuil des proches suite à un suicide. Même si le deuil augmente le risque de décès par suicide, les endeuillés ne semblent pas développer une symptomatologie de deuil d'emblée plus grave même si la détresse subjective paraît supérieure.

Le deuil compliqué n'est pas la règle, mais il peut se développer chez les personnes qui vivaient des dimensions relationnelles ambivalentes et mal résolues avec le défunt, particulièrement dans un contexte traumatique [84].

Le deuil est ainsi surtout vécu de manière différente en fonction des antécédents psychiatriques et de la personnalité de l'endeuillé.

Une prise en charge de type intervention de deuil, parfois au sein d'une thérapie de groupe, doit être proposée. En revanche, les bénéfices des groupes de soutien mutuel sont peu évalués [70].

3. Information médiatique au sein de la collectivité militaire et au-delà :

La façon de rapporter un suicide dans les médias peut influencer le nombre de suicides et de tentatives de suicide dans la réalité. [117].

L'influence parfois négative des médias est décrite comme « l'effet Werther » en référence à une œuvre de Goethe « les souffrances du jeune Werther » où le héros se suicide à la suite d'une déception sentimentale. Le roman fut interdit dans de nombreux pays suite à une vague de suicide d'hommes jeunes. Des « épidémies de suicide » peuvent être provoquées par la médiatisation malheureuse de suicide de personnalité célèbre : Dalida, Kurt Cobain, Romy Schneider ont induit une augmentation de la suicidabilité [117]. Dans une revue de la littérature

publiée en 2001, Gould confirme la facilitation des comportements auto-agressifs suite à une large diffusion de ceux-ci dans les médias [69].

L'ampleur de l'augmentation de la suicidalité réelle est liée à l'attractivité et à la notoriété du suicidé, mais également à l'importance de la publicité faite de l'évènement.

Pour Stack l'effet d'imitation suicidaire ne survient que lorsque les décès de personnes célèbres sont rapportés, et non quand il s'agit de personnes inconnues du grand public [136].

Pourtant les médias peuvent jouer aussi un rôle positif dans la prévention des passages à l'acte en favorisant l'éducation pour la santé.

Dans une étude originale, Etzendorfer retrouve une réduction des taux de suicide après la mise en oeuvre de recommandations au niveau de la presse par l'association autrichienne de prévention du suicide. Dans son célèbre rapport sur la prévention du risque suicidaire en milieu pénitentiaire, Terra rappelle les règles de bonnes pratiques pour la publication médiatique des faits auto-agressifs. Il faut publier l'évènement dans les pages intérieures et non en première page en veillant à ne pas donner de détails sur la méthode utilisée. Il s'agit également de faire savoir que la dépression non traitée est la première cause de suicide en mettant l'accent sur les facteurs de risque et les signes d'alerte. L'ensemble de ces recommandations de bonnes pratiques journalistiques ont été formalisées par l'OMS. Les coordonnées des services d'aide et d'assistance en cas de détresse psychologique doivent apparaître clairement dans l'article [99].

Ces recommandations tant orales qu'écrites seront de rigueur lorsque le Chef de corps aura à avertir ses hommes qu'un décès est survenu par suicide. De même, la presse régimentaire locale ou les magazines spécialisés privés à audience nationale doivent se conformer aux règles de bon sens lorsqu'ils prennent la responsabilité de relater un fait autoagressif.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE CLINIQUE

PLAN

I . Principes de l'étude

II . Objectifs

III . Méthodologie

1.Type d'étude

2. Echantillon

2.1. Critères d'inclusion

2.2. Critères d'exclusion

2.3. Taille de l'échantillon et méthode du choix de l'échantillon

IV . Déroulement de l'enquête

1. Moyens matériels

2. La pré-enquête

3. L'enquête

DEUXIEME PARTIE : ETUDE CLINIQUE

I. PRINCIPES DE L'ETUDE :

1. Hypothèse :

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

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

2. la problématique :

Autant la question a été traitée et réfléchié par beaucoup de scientifiques en milieu civil, autant elle est occultée dans les recherches menées en milieu militaire, alors que les conduites suicidaires peuvent impacter plus durement chez les militaires, tant au niveau de l'individu qu'à celui de la collectivité.

Les militaires évoluent en collectivité ce qui permet de détecter les troubles psychopathologiques précocement lesquels peuvent parfois être dangereux pour la cohésion du groupe.

3. les objectifs :

Notre travail a pour objectifs :

Objectif principal :

- Identifier les caractéristiques cliniques et les particularités de la tentative de suicide.
- Etudier l'incidence de la tentative de suicide en milieu militaire
- Répertoire les éléments caractérisant les futurs suicidaires

Objectif secondaire :

- Améliorer la qualité de la prise en charge des suicidants.
- mieux connaître la situation épidémiologique.

— Identifier les signes avant-coureurs

— Le travail qui sera développé dans cette thèse consistera en un état des lieux des tentatives de suicide avec comme objectif la proposition d'un schéma de lutte et de prévention des tentatives de suicide en milieu institutionnel, afin que ces éléments à risque soient détectés dès la visite de recrutement, contribuant ainsi à une hygiène mentale plus efficace.

II. MATERIEL ET METHODE :

1. Le principe et le type d'étude :

L'étude que nous avons élaborée a été menée au service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine (**HMRUC**).

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

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

Il s'agit d'une étude prospective sur des patients ayant fait une tentative de suicide. Ces consultants sont tous militaires. Le diagnostic est établi selon la nomenclature chiffrée des maladies [**Annexe : 1**].

2. La population étudiée :

La population de l'étude correspond aux militaires qui ont eu un contact avec le service de psychiatrie de l'HMRUC/5° RM suite à une tentative de suicide.

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

Durant toute une année, nous avons recruté 52 patients qui ont fait une TS.

Neuf d'entre eux étaient des civils (ayants droit, civils autorisés, militaires retraités) et 43 correspondent aux militaires en activité.

Avant de commencer notre étude, une requête a été formulée auprès de notre hiérarchie, demandant permission de lancer cette étude : un avis favorable a été émis par monsieur le Général Majeur **Directeur Central des Services de la Santé Militaire**.

3. Les Critères d'inclusion :

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

Nous avons inclus dans notre étude tous les militaires venant en consultation pour le motif suscité, durant la période allant du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013, et qui remplissaient les critères de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) dans laquelle les suicides et tentatives de suicide sont rangés en fonction des moyens utilisés [de X69   X84]. (CIM-10)

[Annexe : 2]

Pour nommer les tentatives de suicide, l'O.M.S. utilise l'expression « lésions auto-infligées », terminologie qui a été reprise dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Par ailleurs, dans la CIM-10, les suicides et tentatives de suicide sont rangés en fonction du moyen employé.

Les critères d'inclusions des patients ont donc été :

- le patient est militaire, homme ou femme,  g (e) de 18 ans ou plus ;
- la tentative de suicide présentée a eu lieu entre le 1^{er} juillet 2012 et le 30 juin 2013.
- L'hospitalisation ou la consultation retrouvant cette tentative de suicide a eu lieu dans la même période c'est-a-dire la période allant du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013.

4. Les critères d'exclusion :

Nous avons exclu de l'étude :

- Le patient n'est pas militaire, homme ou femme,  g (e) de 18 ans ou plus ;
- La tentative de suicide présentée a eu lieu en dehors de la période allant du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013 ;
- L'hospitalisation ou la consultation retrouvant cette tentative de suicide a eu lieu en dehors dans la même période c'est-a-dire la période allant du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013.

III. DEROULEMENT DE L'ENQUETE :

1. Moyens matériels :

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

Les données recueillies ont été saisies et traitées à l'aide de matériel informatique notamment les logiciels suivants :

- Word
- EXCEL logiciel Microsoft® 2007
- Imprimante IP1600/ Canon

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel épidémiologique EPI INFO version 3.32 (février 9,2005). Ce logiciel permet une analyse univariée par calcul de fréquence de chaque variable ainsi qu'une analyse bivariée par croisement de variables afin d'établir d'éventuelles relations entre elles.

2. La Pré-enquête :

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

3. L'enquête :

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

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

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

Le questionnaire comportait au total 52 items.

Il s'organisait autour de trois thèmes :

- Une première partie qui concerne les caractéristiques sociodémographiques du suicidant à savoir l'âge, le sexe, le milieu de vie, le niveau socio-économique et d'instruction...
- Une deuxième partie comporte les facteurs cliniques tels que les antécédents de TS et les antécédents de consultation ou hospitalisations psychiatriques personnels et familiaux, ainsi que la notion d'usage des substances, leur mode et leur nature... ;
- La dernière partie est réservée aux gestes suicidaires, moyens de la TS, son déroulement, ses circonstances (lieu et temps), les motifs invoqués et les soins... **[Annexe : 3]**

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

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

TROISIEME PARTIE

RESULTATS **&** **COMMENTAIRES**

PLAN

A . RESULTATS

I. Les Caractéristiques sociodémographiques des patients

II. Les caractéristiques professionnelles de la population étudiée

III. Les antécédents

IV. L'observation clinique de la tentative de suicide

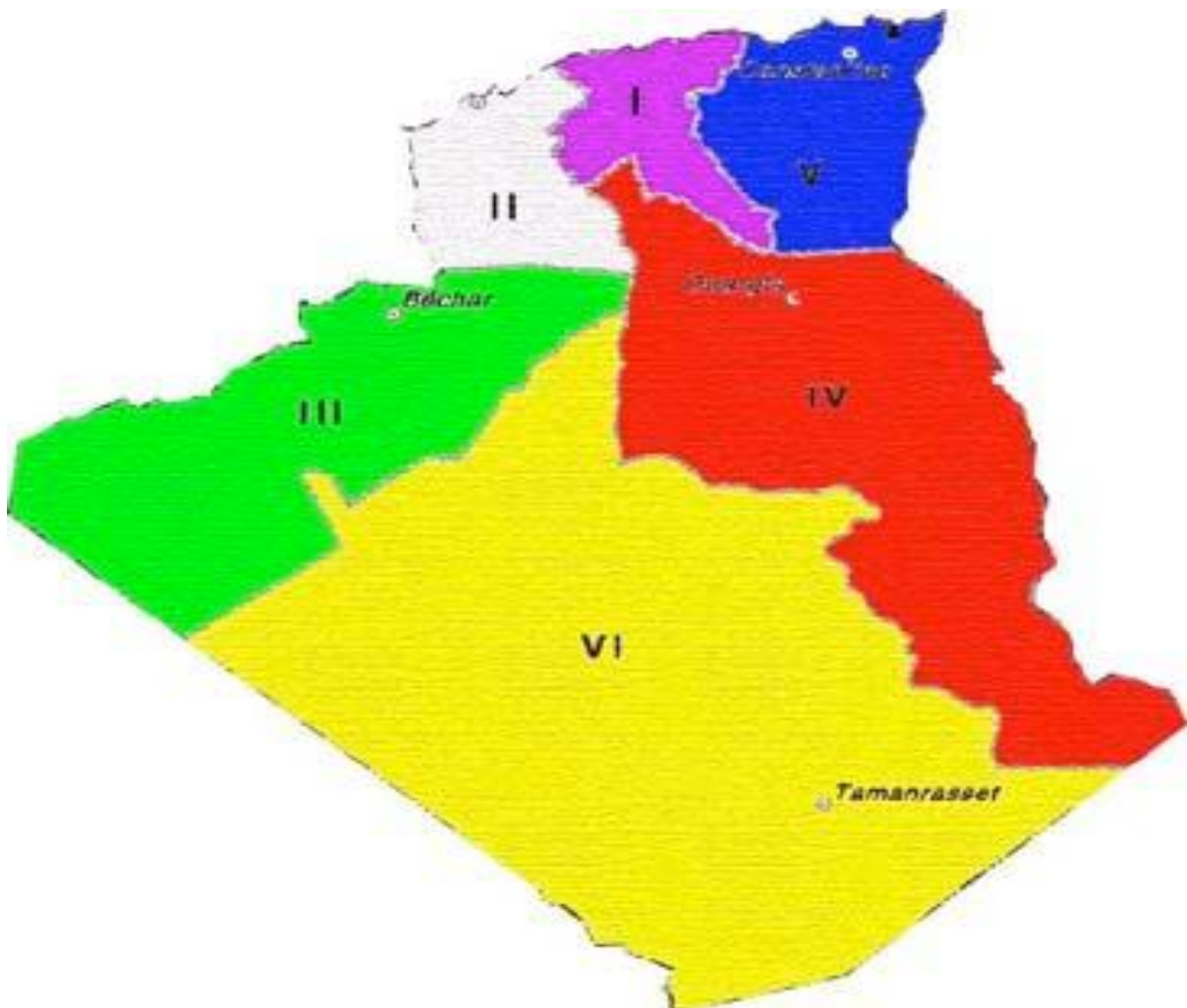
B. DISCUSSIONS

TROISIEME PARTIE : RESULTATS & COMMENTAIRES

A. RESULTATS :

Après l'exposé des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée, nous envisageons successivement les éléments cliniques rapportés pendant la TS

Carte des régions militaires de la structure territoriale de défense (1 —, Blida ; 2— Oran ; 3— Béchar ; 4— Ouargla ; 5— Constantine ; 6— Tamanrasset)



Source :

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Arm%C3%A9_nationale_populaire_\(Alg%C3%A9rie\)_CF2R_%C3%A9volution_de_la_politique_de_d%C3%A9fense_alg%C3%A9rienne\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Arm%C3%A9_nationale_populaire_(Alg%C3%A9rie)_CF2R_%C3%A9volution_de_la_politique_de_d%C3%A9fense_alg%C3%A9rienne)

<http://www.inss.org.il/upload/%28FILE%291311071604>

I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS :

1. Le sexe :

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	42	97,70%
Féminin	1	2,30%
Total	43	100,00%

Tab.1.Répartition des patients selon le sexe

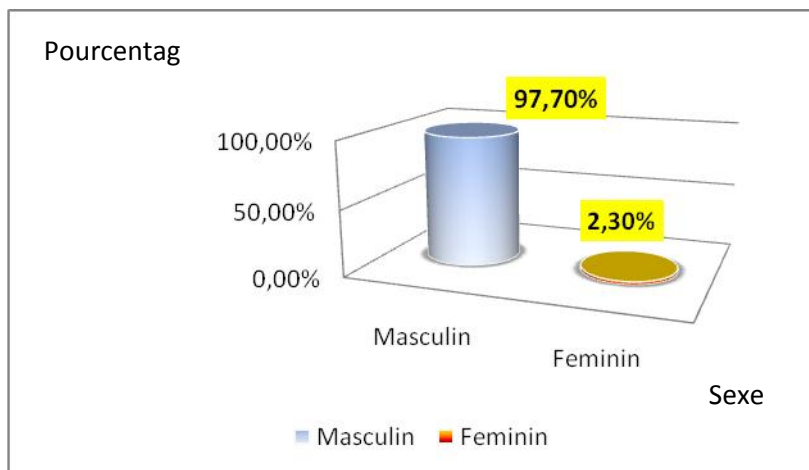


Fig.1.Répartition des patients selon le sexe

Le diagramme ci-dessous montre clairement une forte prédominance masculine avec 42 hommes et seulement 1 femme, corroborant le fait que la plupart des effectifs militaires sont masculins. La population étudiée est essentiellement masculine ce qui correspond au rapport sex-ratio de la population militaire globale.

La tentative de suicide concerne un homme dans 97.70 % des cas, cette donnée est unanimement retrouvée dans la littérature militaire. Nous observons, une surreprésentativité masculine.

2. L'âge :

Age	Fréquence	Pourcentage
18	1	2,30%
19	2	4,70%
20	6	14,00%
21	8	18,60%
22	6	14,00%
23	1	2,30%
24	6	14,00%
25	3	7,00%
26	2	4,70%
27	2	4,70%
28	1	2,30%
30	1	2,30%
31	3	7,00%
36	1	2,30%
Total	43	100,00%

Tab.2.Répartition des patients selon l'âge

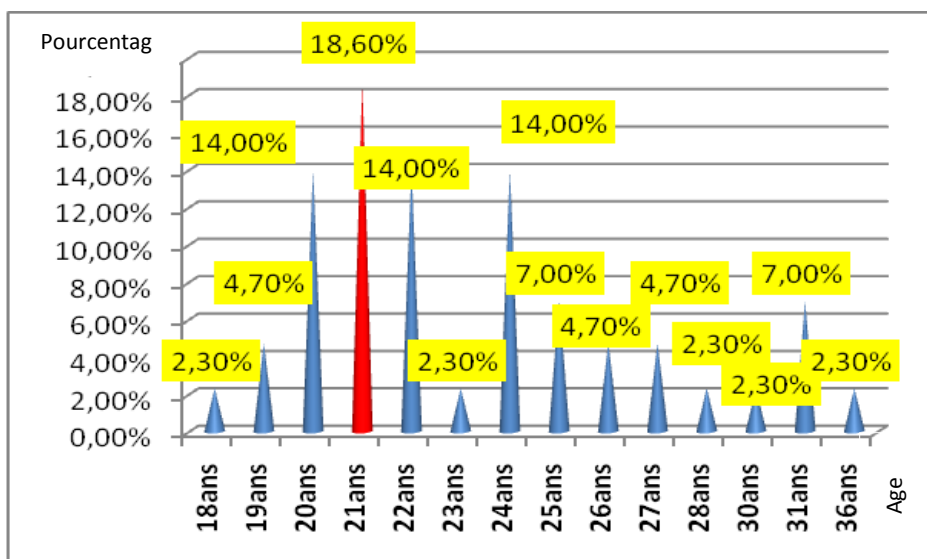


Fig.2.Répartition des patients selon l'âge

L'analyse par groupes d'âge indique que la part des tentatives de suicide augmente avec le jeune âge. La valeur maximale est atteinte à l'âge de 21 ans. Pour les 20 ans, 21 ans et 24 ans la répartition est parallèle.

L'âge le plus touché par les TS est l'âge de 21 ans ; environ 20 % (une TS sur cinq) suivi respectivement par l'âge de 20 ans, 22 ans et 24 ans représentés par 14 % chacun.

3. La tranche d'âge :

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcent
19	9	20,90%
22	15	34,90%
25	10	23,30%
28	4	9,30%
31	4	9,30%
Sup 34	1	2,30%
Total	43	100,00%

Tab.3.Répartition des patients selon la tranche d'âge.

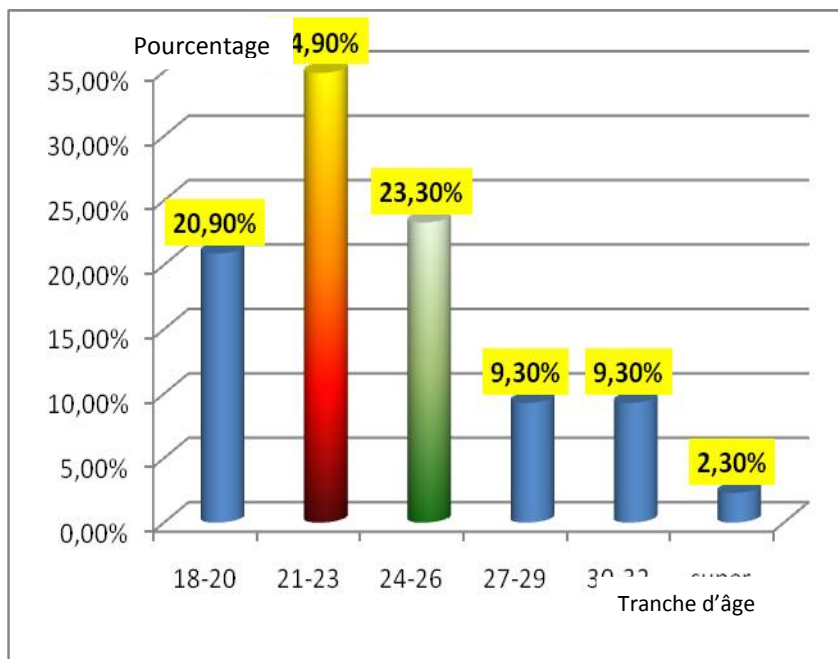


Fig.3.Répartition des patients selon la tranche d'âge

Environ 1/3 des sujets appartiennent à la tranche d'âge des 21-23 ans.

En ce qui concerne la répartition par tranches d'âge des tentatives de suicide, nous sommes d'emblée interpellés par l'importance du nombre de TS avant 26 ans, soit (79 %).

De plus, nous remarquons qu'il existe un pic pour la tranche d'âge 21-23 ans (N-15), suivi de près par les 24-26 ans (N-10).

De même, les 18-20 ans représentent un nombre important de sujets (N- 9). Et, dans une moindre mesure, par les 27-29 ans (N- 4) et 30-32 ans (N- 4) et enfin très insignifiant par la tranche supérieure à 33 (N- 1).

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

4. Le statut marital :

Situation maritale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	39	90,70%
Marié	4	9,30%
Total	43	100,00%

Tab.4. Répartition des patients selon le statut marital

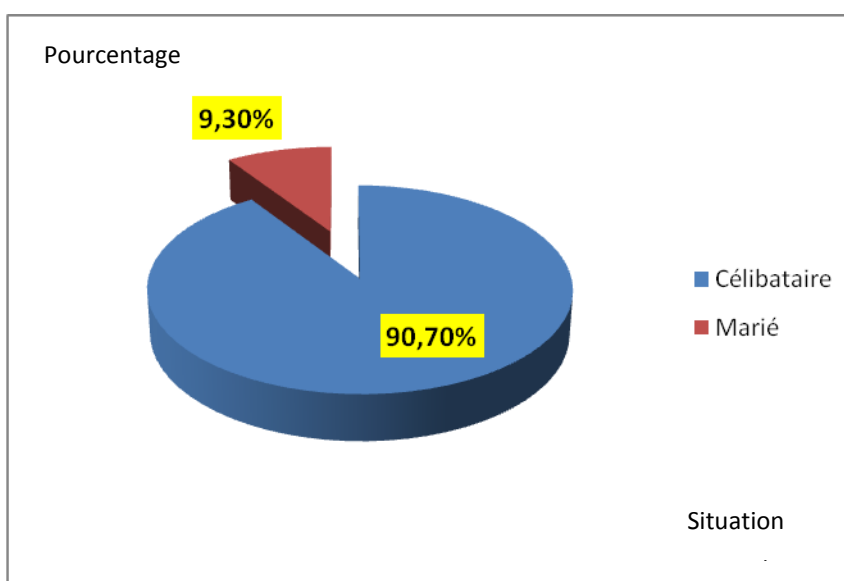


Fig.4. Répartition des patients selon le statut marital

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

Il en résulte que près de 91 % des sujets de l'étude sont célibataires. Le statut marital des patients confirme la sur représentativité des célibataires.

Il est à noter que les quatre (N- 4) personnels mariés sont considérés comme célibataire géographique, c'est-à-dire loin de leur domicile familial habituel.

Aucun patient n'est veuf, ni divorcé.

Si l'on observe la situation familiale en fonction du grade, on constate que, plus l'âge augmente et plus le critère « statut marital » « marié » augmente.

Age et montée en grade sont bien évidemment corrélés.

5. Le facteur de stress psychosocial :

Facteur stress P-S	Fréquence	Pourcentage
Oui	23	53,50%
Non	20	46,50%
Total	43	100,00%

Tab.5.Répartition des patients selon le facteur de stress psychosocial.

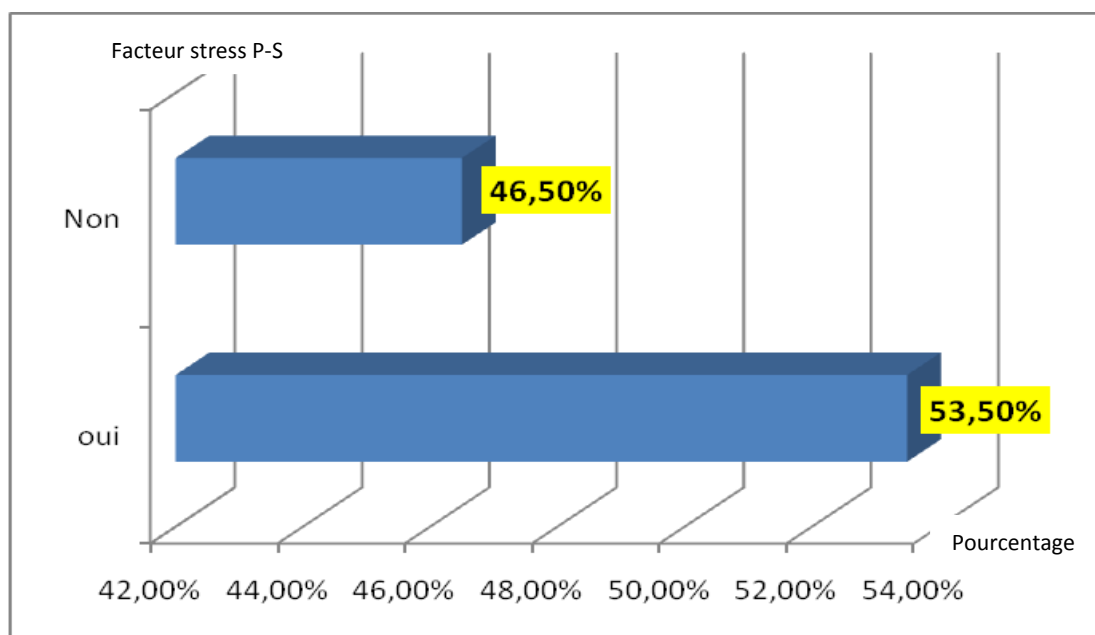


Fig.5.Répartition des patients selon le facteur de stress psychosocial statut marital.

Plus de 53 % des patients ont été confrontés à un des facteurs de stress dans les semaines avant la TS. Les autres n'ont pas eu de facteur stressant.

6. La perte des parents :

Perte des parents	Fréquence	Pourcentage
un parent	7	16,30%
Non	36	83,70%
Total	43	100,00%

Tab.6.Répartition des patients selon la perte des parents.

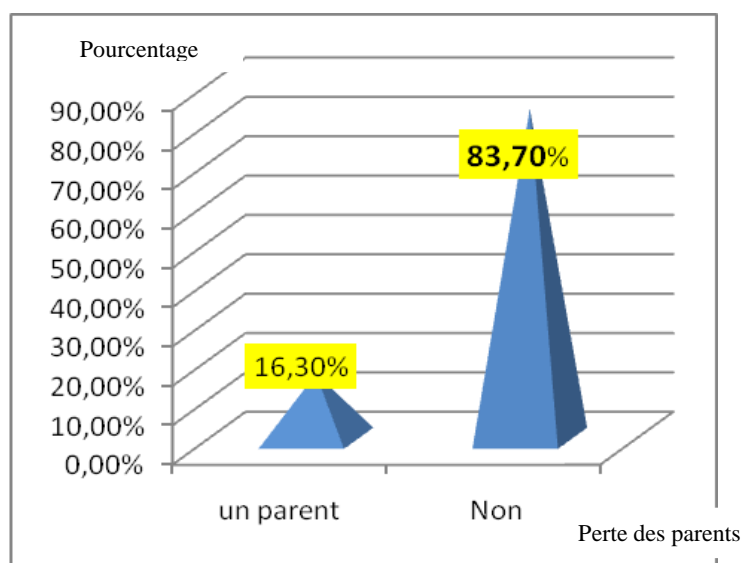


Fig.6.Répartition des patients selon la perte des parents.

Pour ce qui est de la situation familiale, dans 84 % (N-36). Les deux parents étaient encore en vie au moment du geste suicidaire, contre 16 % (N-7) ayant perdu un ou les 2 parents.

7. La perte du conjoint :

de conjoint	Fréquence	Pourcentage
No	43	100,00 %
Total	43	100,00 %

Tab.7.Répartition des patients selon la perte du conjoint

100 % des patients de notre échantillon ne peuvent pas être intégrés dans la catégorie « perte du conjoint», puisque 91 % sont célibataires.

8. Les nombres d'enfants :

Nombre enfant	Fréquence	Pourcentage
pas d'enfant	40	93,00%
un a 2	3	7,00%
Total	43	100,00%

Tab.8.Répartition des patients selon le nombre d'enfants

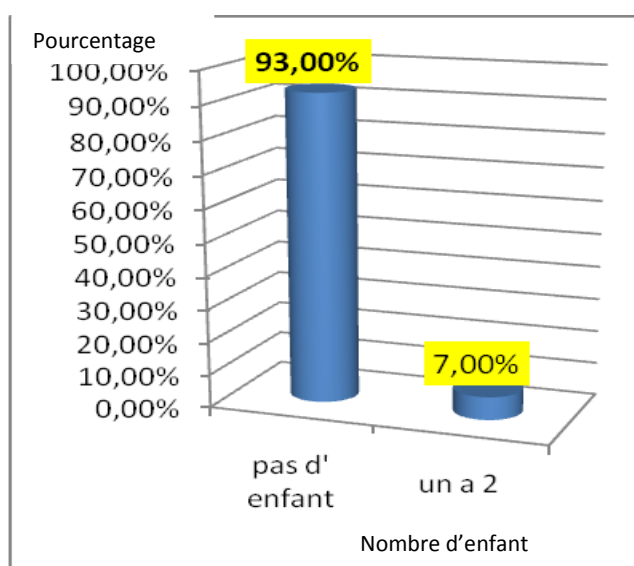


Fig.8.Répartition des patients selon le nombre d'enfants

93 % (N-40) des suicidants n'avaient pas d'enfants, alors que 7 % (N-3) avait un enfant ou plus. La majorité des personnels interrogés n'a pas d'enfant.

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

D'autre part, on est en face d'une population relativement jeune : la plupart des individus ont moins de 26 ans, soit quatre ans de moins que l'âge moyen du mariage dans notre pays.

9. Le niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	1	2,30%
moyenne	24	55,80%
secondaire	10	23,30%
supérieur	8	18,60%
Total	43	100,00%

Tab.9.Répartition des patients selon le niveau d'instruction

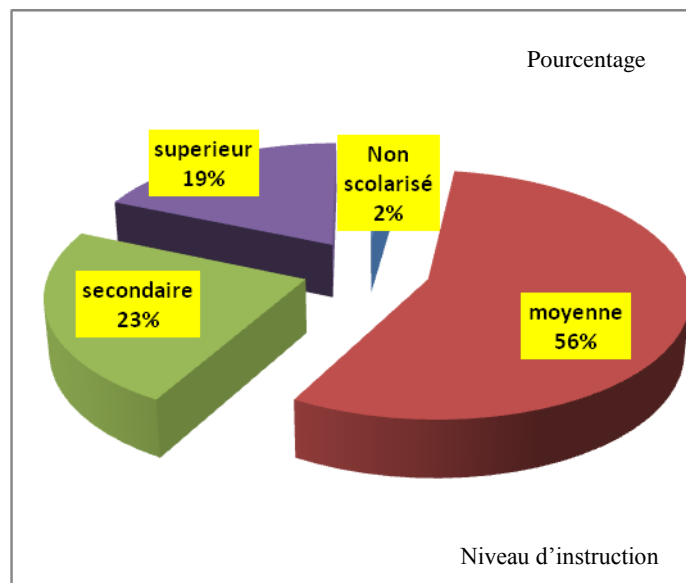


Fig.9.Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Tel qu'on peut constater, la grande majorité des sujets est d'un niveau scolaire inférieur au baccalauréat. Ce constat conformément aux données de la littérature fait échec aux difficultés scolaires. Plus de la moitié de notre population, soit 56 % des malades, a un niveau scolaire moyen. Cette catégorie est représentée par les hommes de troupe (HDT).

Le niveau secondaire est représenté par 23 % des sous-officiers, alors que seulement 19 % ont fait des études supérieures. Et 2 % n'ont pas été scolarisés.

10. L'origine géographique :

La région	Est	Centre	Ouest	Sud EST	Sud OUEST	Extrême sud
nombre	20	11	8	2	2	0
pourcentage	46%	25%	19%	5%	5%	0

Tab.10.Répartition des patients selon l'origine géographique

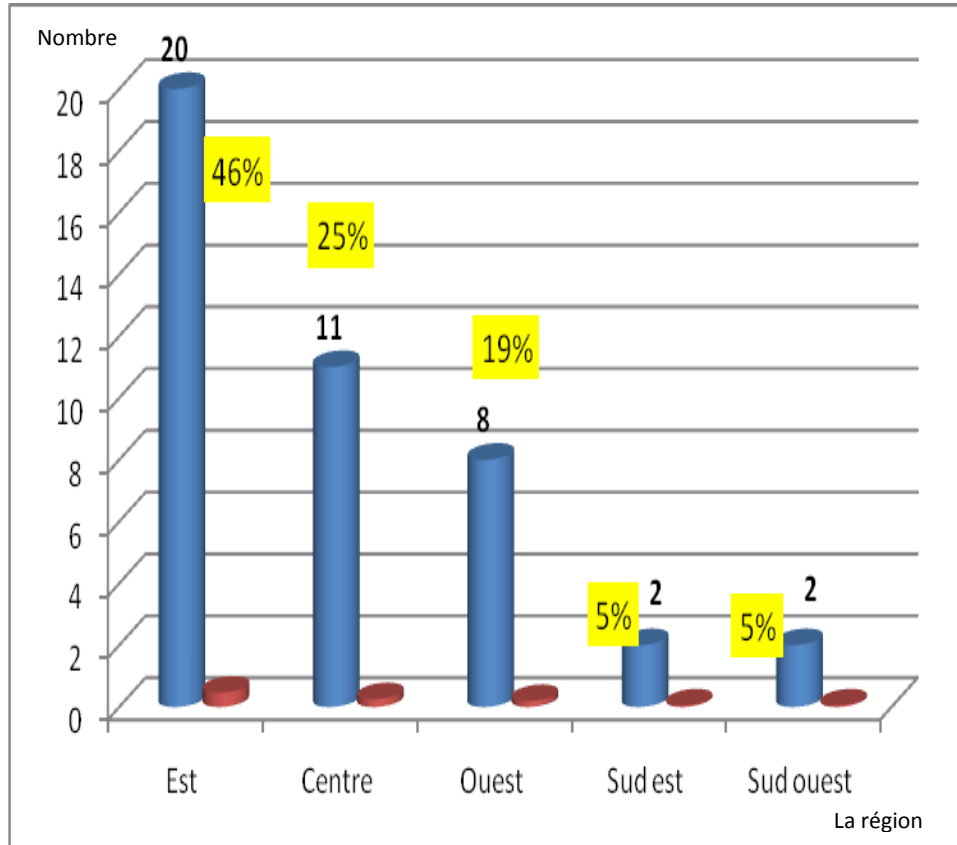


Fig.10.Répartition des patients selon l'origine géographique.

La région Est est très représentée par presque les moitié, 20 cas des suicidants, originaires de l'Est Algérien avec une dominance pour les wilayas de Constantine, Batna et Skikda où figurent 3 cas de TS pour chacune.

La région centre est représentée par 11 cas issus de cette région ; dont la wilaya de Blida à elle seule est représentée par 4 cas, suivis de très près par Ain Defla avec 3 cas.

La région ouest est représentée par 8 cas, avec un pic de 3 cas, originaires de la wilaya de Chlef.

Par contre les régions du sud, Sud EST, et le Sud OUEST sont très peu représentées 2 cas chacune.

Au niveau de l'extrême sud on ne retrouve aucun cas de TS.

II. LES CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DES PATIENTS ETUDIÉS :

1. La catégorie unité :

Catégorie unité	Fréquence	Pourcentage
Centre	8	18,60%
Ecole	12	27,90%
Etablissement	5	11,60%
Unité opérationnelle	18	41,90%
Total	43	100,00%

Tab.11.Répartition des patients selon la catégorie d'unité.

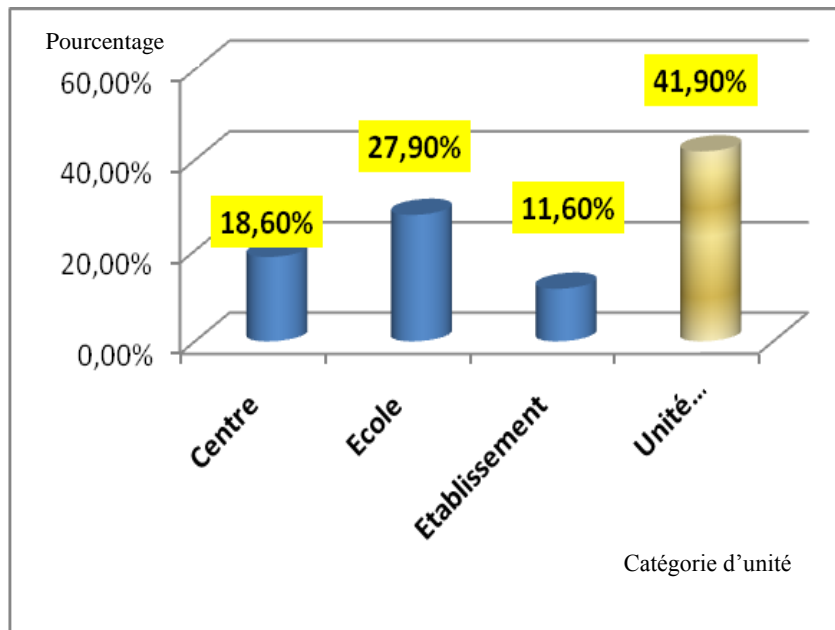


Fig.11.Répartition des patients selon la catégorie d'unité.

Le diagramme élaboré sur la base du critère «catégorie d'unité» montre clairement que dans 42 % (N-18) les patients appartiennent à une unité opérationnelle, dans 28 % (N-12) à une école militaire, 18 % (N-8) à un centre, et 11 % (N-5) à un établissement.

2. La catégorie militaire :

Catégorie militaire	Fréquence	Pourcentage
Reserve	17	39,50%
Contractuel	23	53,50%
Active	3	7,00%
Total	43	100,00%

Tab.12.Répartition des patients selon la catégorie militaire.

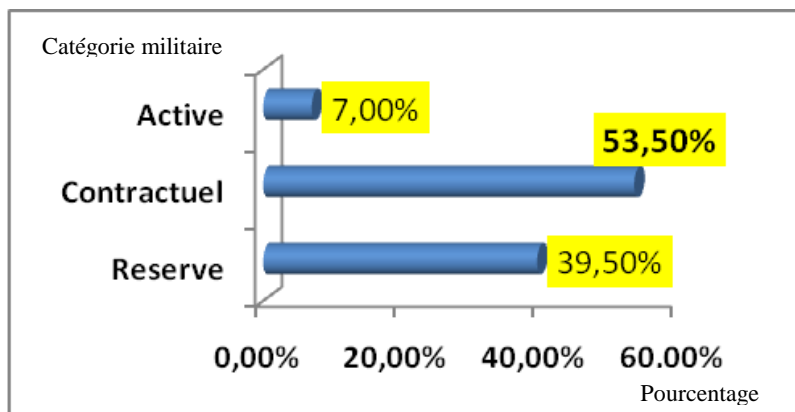


Fig.12.Répartition des patients selon la catégorie militaire.

Elaborée selon le critère « catégorie militaire » l'analyse montre que la majorité des militaires concernés 53,50 % (N-23) sont des HDT, 39,50 % (N-17) sont des contractuels et de réserve, ce qui fait 93 % (N-40), alors que 7 % (N-3) sont des militaires d'active.

3. Le critère grade :

Grade	Fréquence	Pourcentage
HDT	31	72,10%
Sous officier	11	25,60%
Officier	1	2,30%
Total	43	100,00%

Tab.13.Répartition des patients selon le grade.

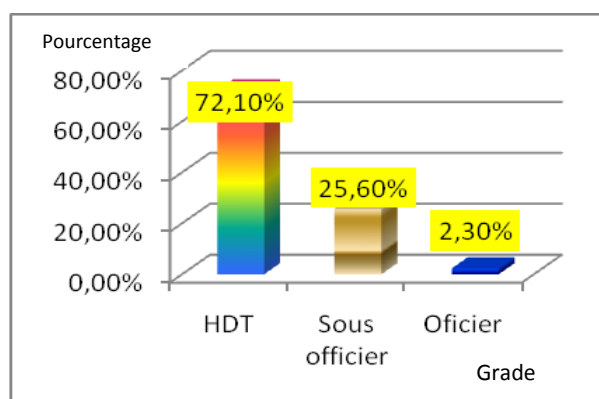


Fig.13.Répartition des patients selon le grade.

Selon le critère « grade », on retrouve 72 % (N-31) d'HDT, 26 % (N-11) de sous officiers et 2 % (N-1) d'officiers.

4. Ancienneté dans l'armée :

Ancienneté	Fréquence	Pourcentage
0-3 m	6	14,00%
3-6 m	10	23,30%
6-12 m	7	16,30%
12-18 m	1	2,30%
18-24 m	2	4,70%
24-48 m	6	14,00%
48-96 m	6	14,00%
96-168	4	9,30%
sup 168m	1	2,30%
Total	43	100,00%

Tab.14.Répartition des patients selon l'ancienneté dans l'armée.

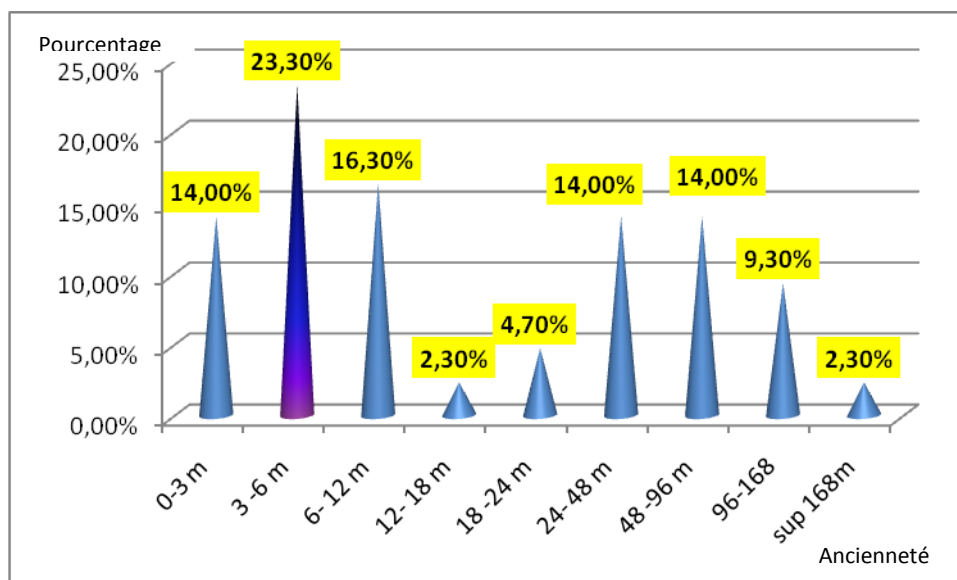


Fig.14.Répartition des patients selon l'ancienneté dans l'armée.

On constate que les premiers mois d'engagement sont critiques puisque 37 % (N-16) des suicidants étaient, dans leurs premiers mois d'engagement, lorsqu'ils ont été adressés chez le psychiatre pour TS. (La période probatoire en Algérie est de 90jours)

Pour 16 % (N-7) des patients, la TS est apparue entre six mois et une année.

Durant la première année d'engagement, plus de la moitié des patients 53 % ont fait la TS.

Puis on voit apparaître un deuxième pic entre 2-4 ans soit 14 % (N-6) et un dernier entre 4-8 ans soit 14 % (N-6).

5. L'arme :

Arme	Fréquence	Pourcentage
Intendance	2	4,70%
génie	4	9,30%
infanterie	21	48,80%
aviation	1	2,30%
marine	3	7,00%
santé	3	7,00%
matériel	6	14,00%
Gend	3	7,00%
Total	43	100,00%

Tab.15.Répartition des patients selon l'arme.

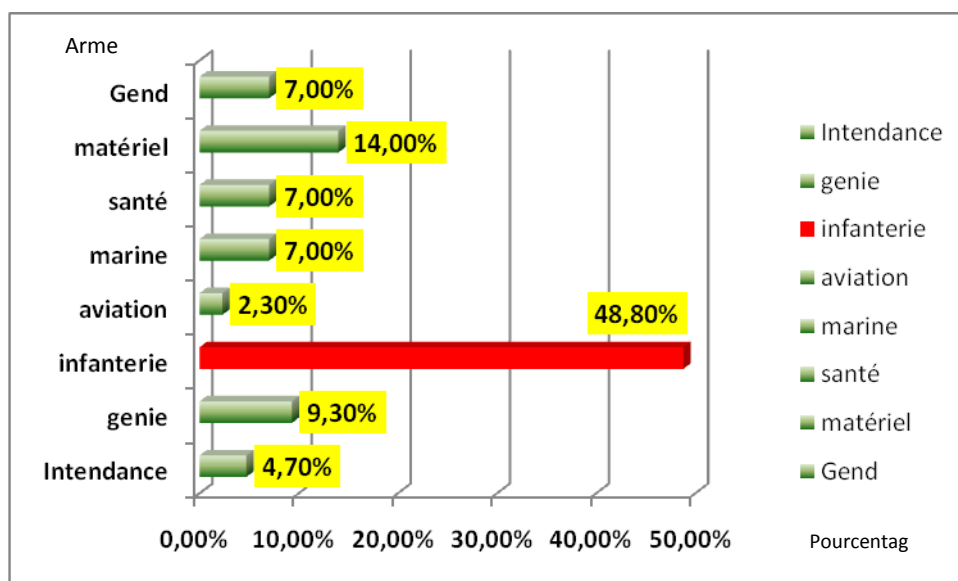


Fig.15.Répartition des patients selon l'arme.

En effet, il a été dénombré au cours de l'étude que 49 % des militaires appartenant à l'arme infanterie, suivi par 14 % de l'arme matériel et 9 % de l'arme génie militaire puis les autres armes.

6. La catégorie militaire et grade :

Grade	Reserve	Contractuel	Active
HDT	17	14	0
Sous officier	0	9	2
Officier	0	0	1
Total	17	23	3

Tab.16.Répartition des patients selon le grade et la catégorie militaire

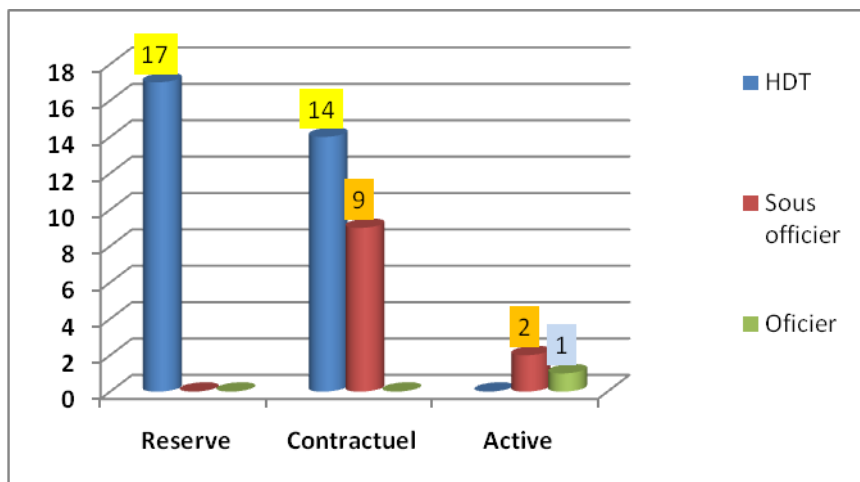


Fig.16.Répartition des patients selon le grade et la catégorie d'unité.

Le diagramme de la répartition des suicidants en fonction de la catégorie militaire montre d'importantes variations entre différents grades :

Les réservistes sont représentés à 100 % (N-17), par Les HDT.

Les sous-officiers sont représentés par Les contractuels à 39.1 % (N-9) et HDT 60.9 % (N-14).

Les actives sont représentés par 66.7 % (N-2) des sous-officiers et 33.3 % d'officiers (N-1).

7. L'arme et grade :

Grade	Intendance	génie	infanterie	aviation	marine	santé	matériel	Gend
HDT	1	3	20	1	1	1	2	2
Sous officier	1	1	1	0	2	2	3	1
Officier	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	2	4	21	1	3	3	6	3

Tab.17.Répartition des patients selon le grade et l'arme.

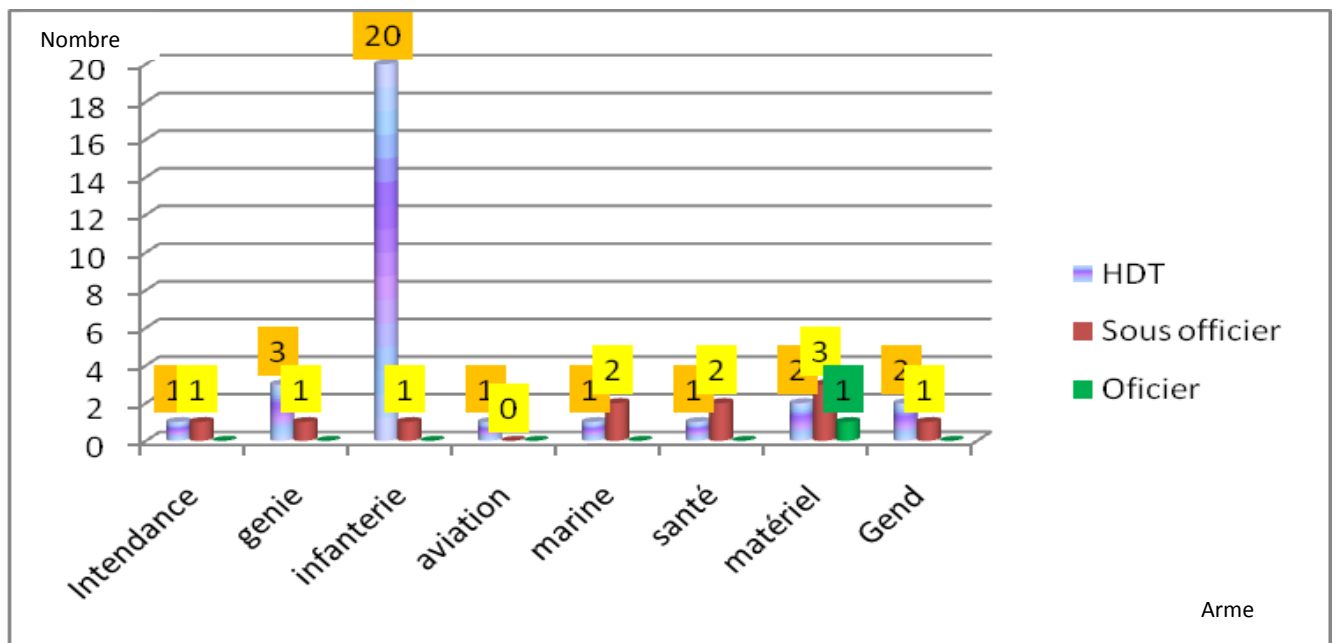


Fig.17.Répartition des patients selon le grade et l'arme.

Lorsqu'on compare les résultats obtenus, une différence frappante, d'HDT appartenant à l'infanterie représentés par 46.5 % (N-20) la fréquence est presque 2 fois plus élevée que les autres armes toutes réunies.

Il n'y pas de différence en ce qui concerne les autres armes.

8. L'arme et la tranche d'âge :

Classe d'âge	Intendance	génie	infanterie	aviation	marine	santé	matériel	Gend
18-20	0	3	3	1	1	0	1	0
21-23	1	0	10	0	1	0	1	2
24-26	1	0	7	0	1	0	1	0
27-29	0	1	0	0	0	2	0	1
30-32	0	0	1	0	0	1	2	0
Sup 33	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	2	4	21	1	3	3	6	3

Tab.18.Répartition des patients selon la tranche d'âge et arme.

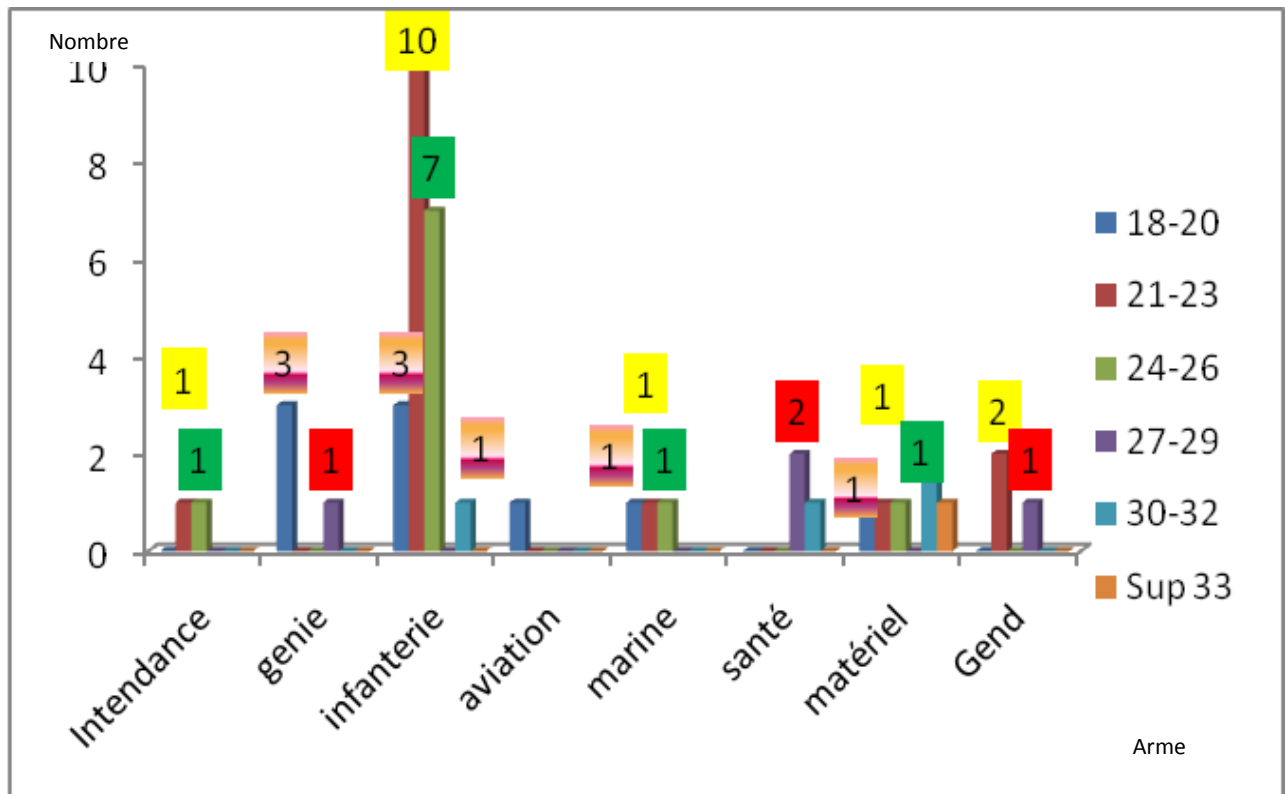


Fig.18.Répartition des patients selon la tranche d'âge et arme.

Une corrélation avec la tranche d'âge et le type d'arme a été recherchée dans cette étude. Ce que nous pouvons en dire, c'est que l'arme infanterie semble particulièrement concernée par les TS.

Les résultats pour les tranches d'âges sont représentés comme suite, la 21-23 (N-10), 24-26 (N-7) et enfin 18-20 (N-3).

Les autres résultats sont proches lorsqu'on les compare entre eux.

Il existe, des différences entre l'arme infanterie et les autres armes.

Ce que nous pouvons en retenir c'est que dans notre échantillon, 50 % des sujets relevant de l'arme infanterie.

Toutes les autres armes sont atteintes avec des proportions faibles et sans différences entre les différentes tranches d'âges.

III. LES ANTECEDANTS:

1. Les antécédents personnels :

1.1. Les antécédents personnels d'hospitalisation en psychiatrie :

ATCD personnel Hosp Psych	Fréquence	Pourcentage
oui	1	2,30%
Non	42	97,70%
Total	43	100,00%

Tab.19.Répartition des patients selon les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.

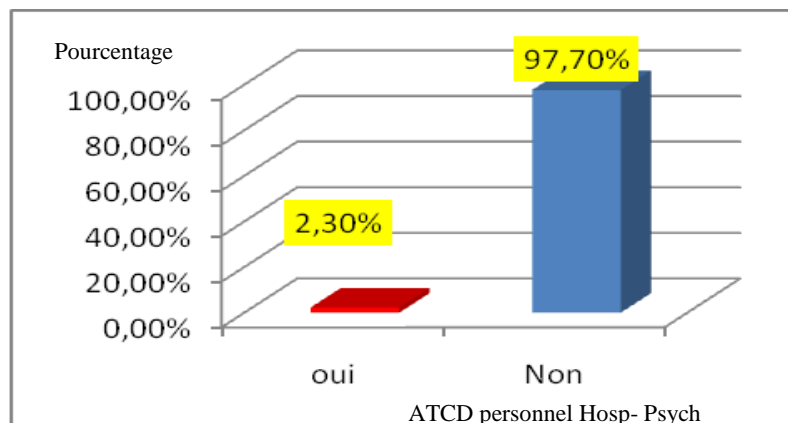


Fig.19.Répartition des patients selon les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.

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

Prés de 98 % des patients n'ont pas d'antécédents d'hospitalisation personnels psychiatriques.

1.2. Les antécédents personnels de consultations en psychiatrie :

ATCD consultation Psychiatrique	Fréquence	Pourcentage
oui	9	20,90%
Non	34	79,10%
Total	43	100,00%

Tab.20.Répartition des patients selon les antécédents de consultation en psychiatrie.

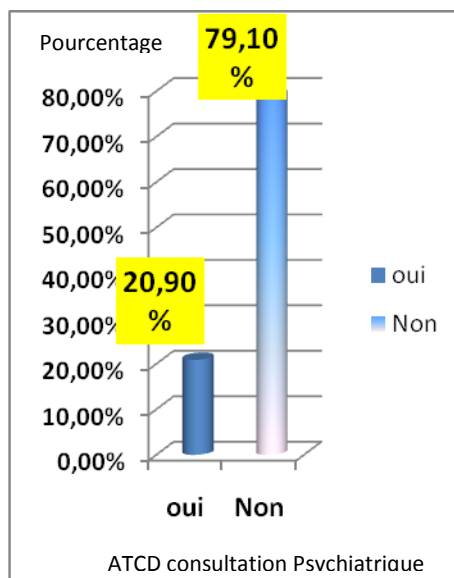


Fig.20.Répartition des patients selon les antécédents de consultation en psychiatrie.

Une notion de suivi psychologique (psychiatre, Psychologue.) Était rapportée dans près de 21 % des cas, ce suivi était effectué en milieu hospitalier et en libéral.

Un suivi ou une prise en charge psychiatrique était rapporté sans que ne soit précisée la pathologie psychiatrique.

1.3. L'usage de substance :

Dépendance	Fréquence	Pourcentage
Abus	1	2,30%
dépendance	6	14,00%
Occasionnel	11	25,60%
Pas	25	58,10%
Total	43	100,00%

Tab.21.Répartition des patients selon l'usage de substances.

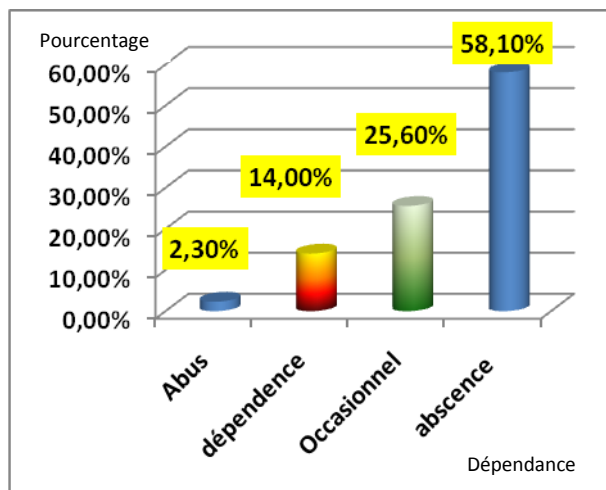


Fig.21.Répartition des patients selon l'usage de substances.

L'usage de substances est absent dans 58 % des cas.

42 % des suicidants ont déjà consommé une substance illicite.

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

-26 % avaient un usage occasionnel

-14 % étaient dépendants ; le diagnostic retenu selon le DSM : dépendance à une substance.

-2 % avaient un abus.

1.4. La nature de substance :

Nature de la substance	Fréquence	Pourcentage
cannabis	2	4,70%
psychotrope	1	2,30%
alcool	4	9,30%
plusieurs	11	25,60%
Pas	25	58,10%
Total	43	100,00%

Tab.22.a. Répartition des patients selon la nature de la substance.

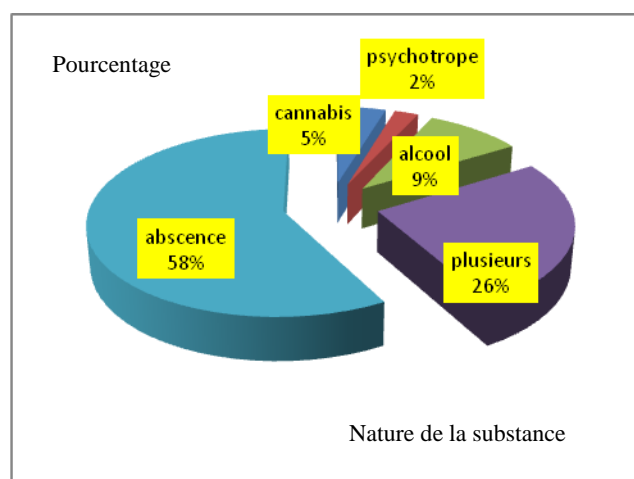


Fig.22.a. Répartition des patients selon la nature de la substance.

58 % des cas non jamais consommés de drogues.

26 % avaient une conduite addictive pour plusieurs produits toxiques.

9 % n'ont consommé que les produits à base d'alcool.

5 % avaient une appétence aux dérivés cannabique.

2 % avaient un usage aux psychotropes.

Nature de la substance	Fréquence
psychotrope	1
cannabis	2
alcool	4
plusieurs	11

Tab.22.b. Répartition des patients selon la nature de la substance.

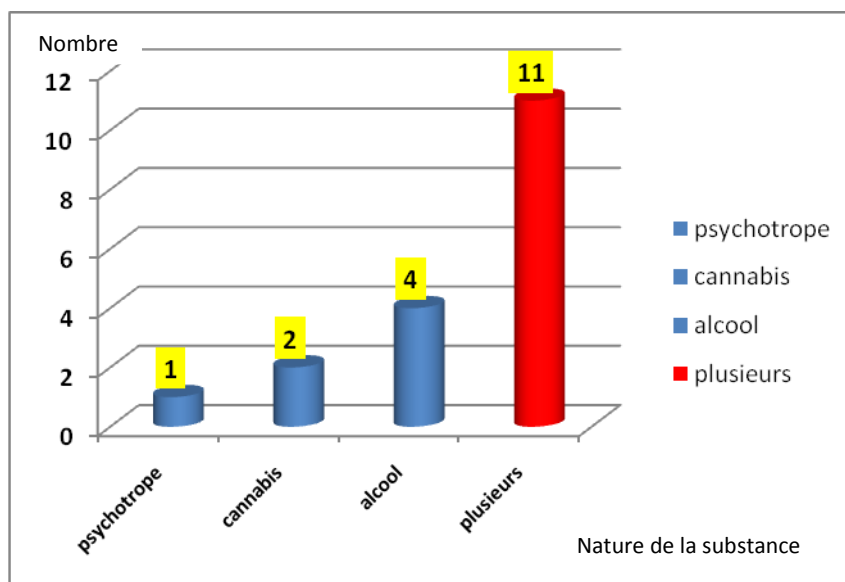


Fig.22.b. Répartition des patients selon la nature de la substance.

Les substances utilisées sont :

- dans 11 cas on à une polytoxicomanie pour plusieurs produits.
- 4 cas pour l'alcool
- 2 cas pour le cannabis;
- 1 cas consomme les psychotropes.

1.5. Les antécédents personnels de TS :

ATCD personnels T-S	Fréquence	Pourcentage
oui	9	20,90%
Non	34	79,10%
Total	43	100,00%

Tab.23.Répartition des patients selon les antécédents personnels de TS.

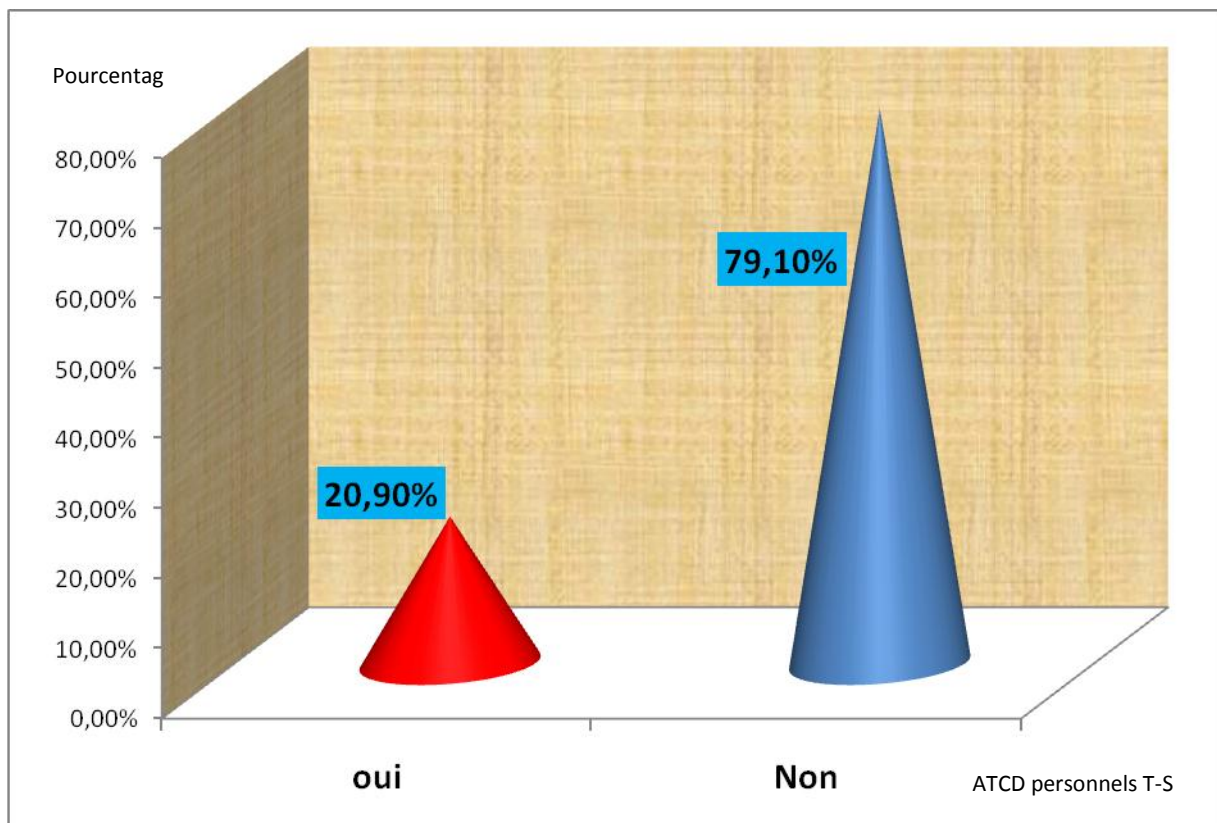


Fig.23.Répartition des patients selon les antécédents personnels de TS.

Dans l'échantillon étudié, 21 % des personnes avaient des antécédents de tentative de suicide.

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

1.6. Le nombre de TS :

Combien de fois	Fréquence	Pourcentage
0	34	79,10%
1	6	14,00%
2	2	4,70%
3	1	2,30%
Total	43	100,00%

Tab.24.a. Répartition des patients selon le nombre de TS.

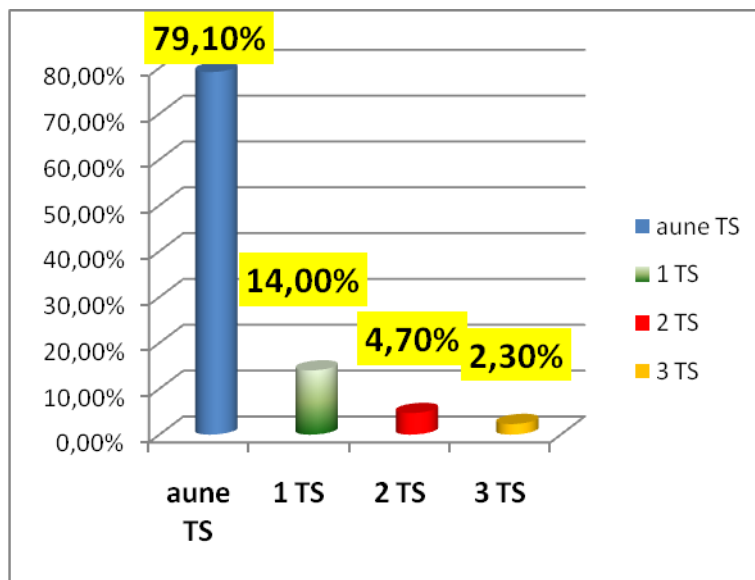


Fig.24.a. Répartition des patients selon le nombre de TS.

En ce qui concerne le nombre de TS on a 79 % des patients non jamais fait de TS ,14 % ont fait une TS ; 5 % deux TS, et enfin 2 % trois TS

Délai dernière TS	nombre	pourcentage
1 ^{ère} année	7	16.40%
2 ^{ème} année	0	0%
3 ^{ème} année	0	0%
4 ^{ème} année	1	2.30%
5 ^{ème} année	1	2.30%
Sans ATCD	34	79.10%
Total	43	100.00%

Tab.24.b. Répartition des patients selon le nombre de TS.

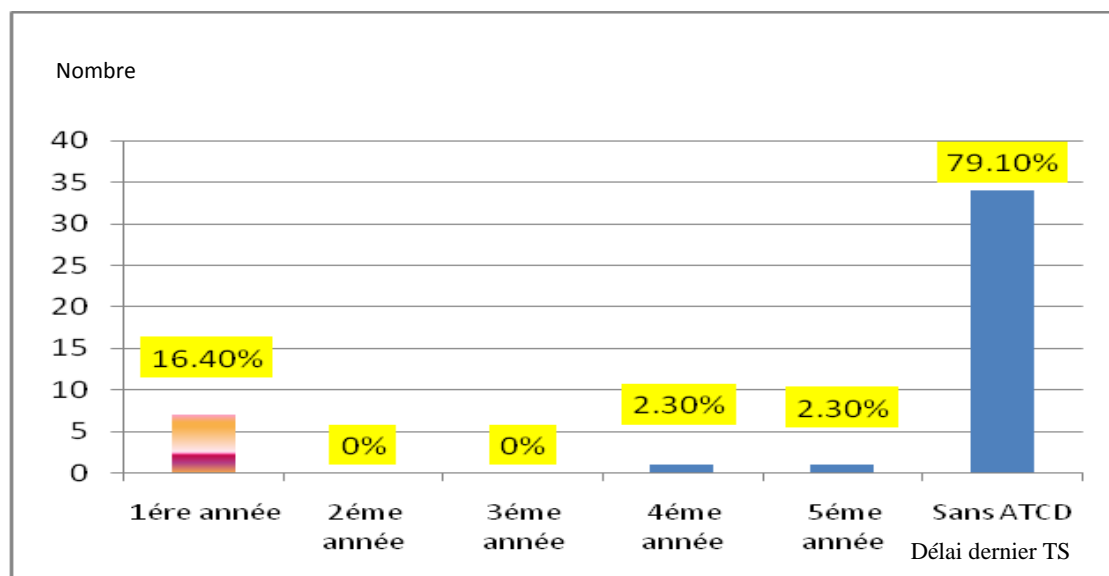


Fig.24.b. Répartition des patients selon le nombre de TS.

Il est intéressant de constater que 16% ont présenté une tentative suicidaire dans l'année écoulée.

2. Les antécédents familiaux :

ATCD familiaux suivi psych	Fréquence	Pourcentage
oui	15	34,90%
Non	28	65,10%
Total	43	100,00%

Tab.25.Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques familiaux.

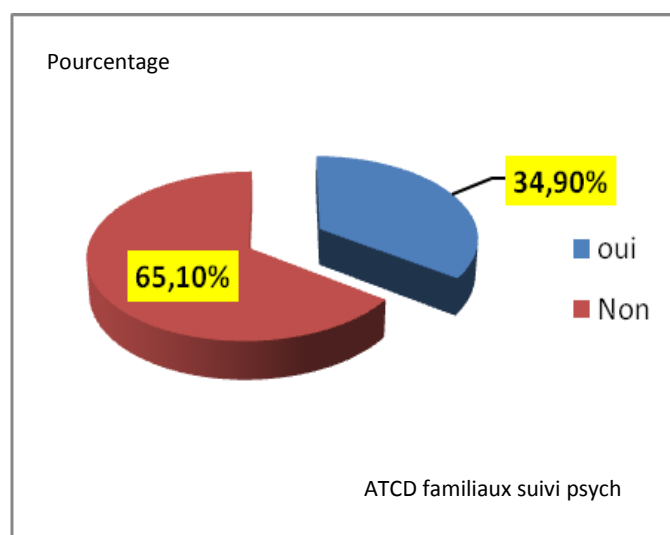


Fig.25.Répartition des patients selon les antécédents familiaux.

Dans 35 % des cas, les patients avaient un antécédent familial de consultation psychiatrique.

Seulement 2 % avaient un antécédent familial d'hospitalisation.

En ce qui concerne les suicides dans la famille, les résultats montrent qu'un antécédent de suicide était présent à 2 %.

On se qui concerne les TS dans la famille aucun cas n'a été dénombré.

65 % n'ont pas d'antécédent de suivi en psychiatrie.

IV. L'OBSERVATION CLINIQUE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE :

1. les moyens utilisés :

Moyens utilisés	Fréquence	Pourcentage
Autres	3	7,00%
Pendaison	4	9,30%
Défenestration	5	11,60%
Phlébotomie	9	20,90%
Arme à feu	8	18,60%
Caustique	4	9,30%
Médicament	6	14,00%
Arme blanche	4	9,30%
Total	43	100,00%

Tab.26.Répartition des patients selon les moyens utilisés.

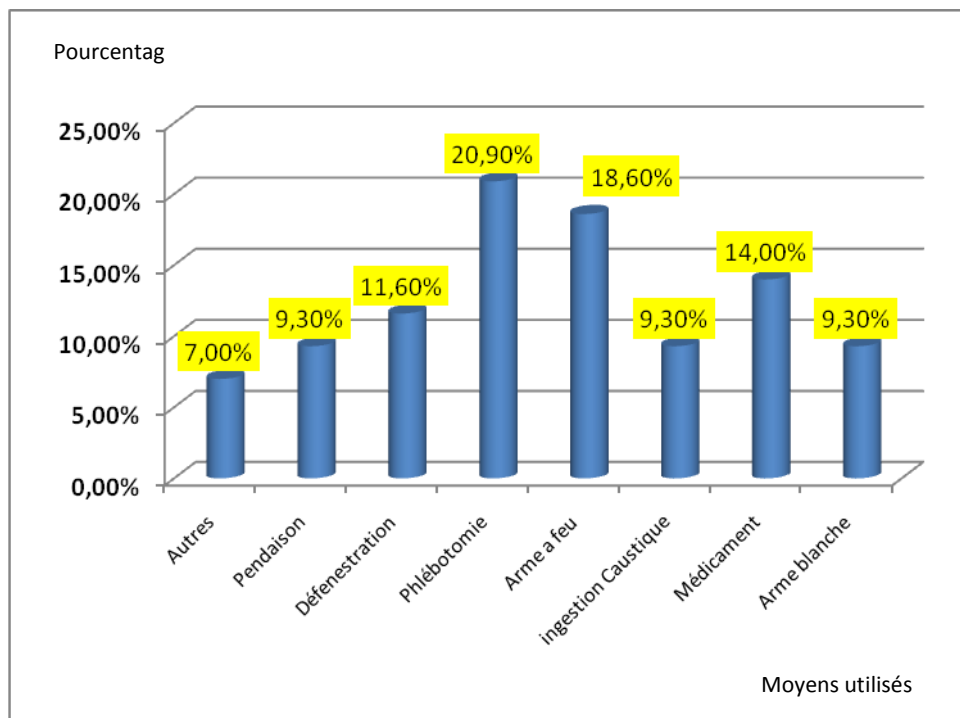


Fig.26.Répartition des patients selon les moyens utilisés.

Nous avons observé en particulier une nette prédominance puisque près d'une TS sur cinq était une phlébotomie (20,90 %).

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

Dans la population générale, les moyens les plus utilisés sont la pendaison et l'arme à feu.

En ce qui concerne les moyens de tentative de suicide dans notre échantillon, La phlébotomie 21 % occupent le premier rang, les armes à feu 19 % viennent en seconde position, suivi par les intoxications médicamenteuses 14 %, puis la défenestration avec 11 % ,puis les autres pendaison, arme blanche, et produits caustiques avec 9 % pour chaque et, en dernier, choix, les autres procédés, à savoir l'immolation et la précipitation d'un navire de guerre, qui sont représentés par 7 %.

Les hypothèses qui peuvent expliquer ces résultats sont : une facilité d'accès aux moyens potentiellement létaux et une meilleure connaissance des armes.

En dehors des hypothèses psychopathologiques, certains auteurs ont tenté d'identifier différents facteurs pouvant déterminer le choix du moyen.

SEIDEN a en effet proposé trois facteurs qui, selon lui, se combinent pour orienter le choix du moyen : l'accessibilité ou la disponibilité du moyen ; la suggestion ou la contamination du choix du moyen ; la valeur symbolique et psychologique du moyen.

1. a. Les moyens utilisés et grade :

Moyens utilisés	HDT	Sous officier	Officier
Autres	1	2	0
Pendaison	3	1	0
Défenestration	3	1	1
Phlébotomie	6	3	0
Arme à feu	7	1	0
Caustique	4	0	0
Médicament	3	3	0
Arme blanche	4	0	0
Total	31	11	1

Tab.27.Répartition des patients selon les moyens utilisés et grade.

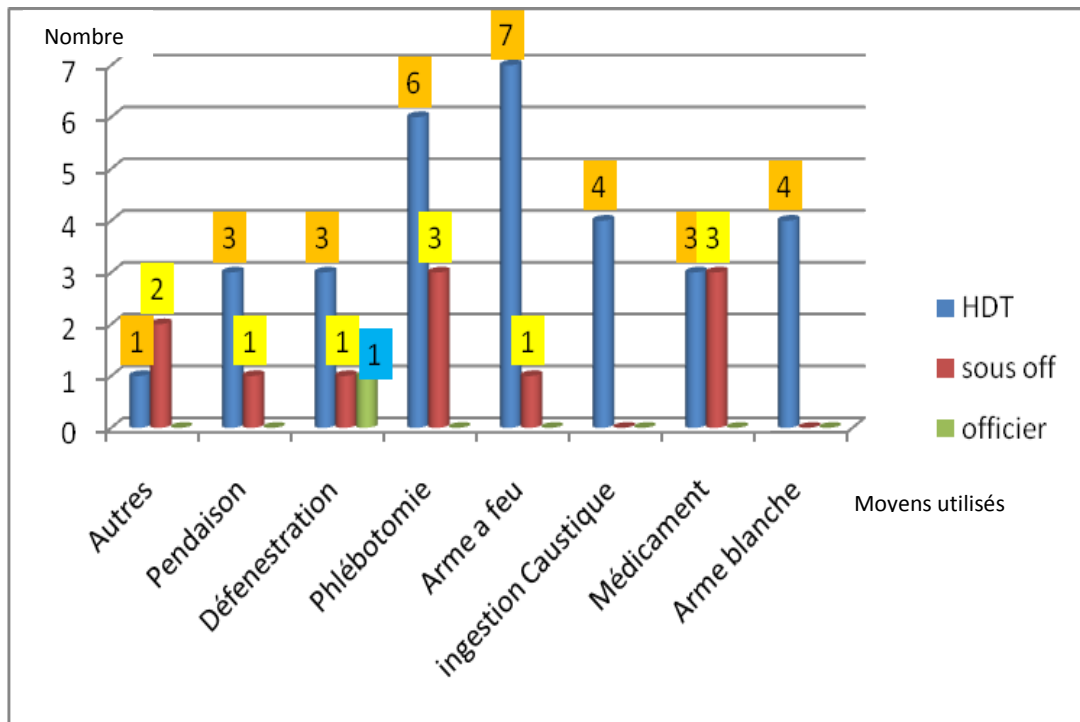


Fig.27.Répartition des patients selon les moyens utilisés et grade.

L'analyse des méthodes de tentatives de suicide par grade a mis évidence une différence significative entre l'HDT et sous-off pour chaque méthode de suicide. En distinguant les deux grades étudiés les HDT tentent de se suicider préférentiellement par arme à feu (22,6 %), (N-7), puis par phlébotomie (19,4 %), (N-6), puis par produit caustique et arme blanche (12,9 %) (N-4) et enfin la pendaison avec la défenestration et intoxication médicamenteuse (9,70 %) (N-3) ; les sous-officiers ont choisi d'abord l'intoxication médicamenteuse et phlébotomie (9,70 %), puis les autres moyens (18,2 %) (N-3).

1. b. Les moyens utilisés et la catégorie militaire :

Moyens utilisés	réserviste	contractuel	active
Autres	1	2	0
Pendaison	0	4	0
Défenestration	2	2	1
Phlébotomie	3	5	1
Arme à feu	3	5	0
Caustique	2	2	0
Médicament	2	3	1
Arme blanche	4	0	0
Total	17	23	3

Tab.28.Répartition des patients selon les moyens utilisés et la catégorie militaire.

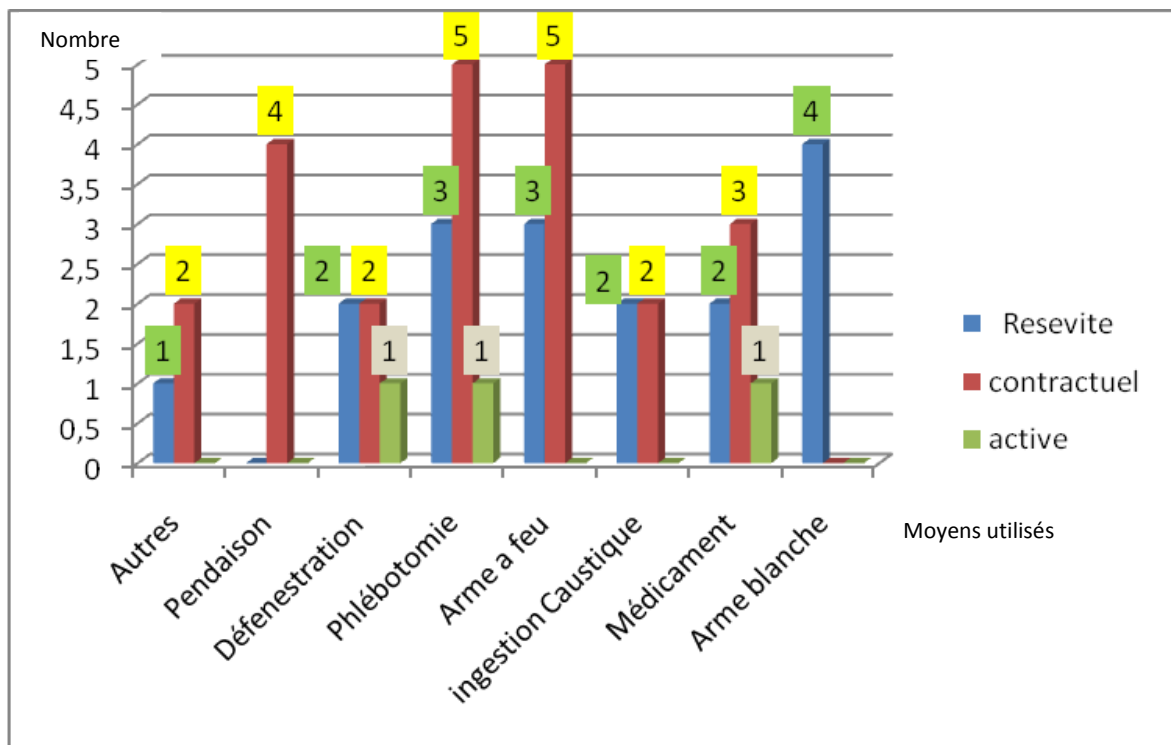


Fig.28.Répartition des patients selon les moyens utilisés et la catégorie militaire.

Pour les contractuels, les moyens de suicide les plus fréquents sont :

La phlébotomie, l'arme à feu (21,7 %) (N-5) et la pendaison (17,4 %) (N-4).

Les réservistes : l'arme blanche (23,5 %) (N-4) suivie par la phlébotomie et l'arme à feu (17,6 %) (N-3).

Les actifs : la défenestration, la phlébotomie et l'intoxication médicamenteuse (33,3 %) (N-3)

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

Moyens utilisés	Classe 18-20	Classe 21-23	Classe 24-26	Classe 27-29	Classe 30-32	Classe 33
Autres	1	1	0	0	1	0
Pendaison	1	1	1	0	1	0
Défenestration	1	1	2	0	0	1
Phlébotomie	2	4	1	2	0	0
Arme à feu	1	3	3	0	1	0
Caustique	1	2	0	1	0	0
Médicament	2	1	1	1	1	0
Arme blanche	0	2	2	0	0	0
Total	9	15	10	4	4	1

Tab.29.Répartition des patients selon les moyens utilisés et la tranche d'âge.

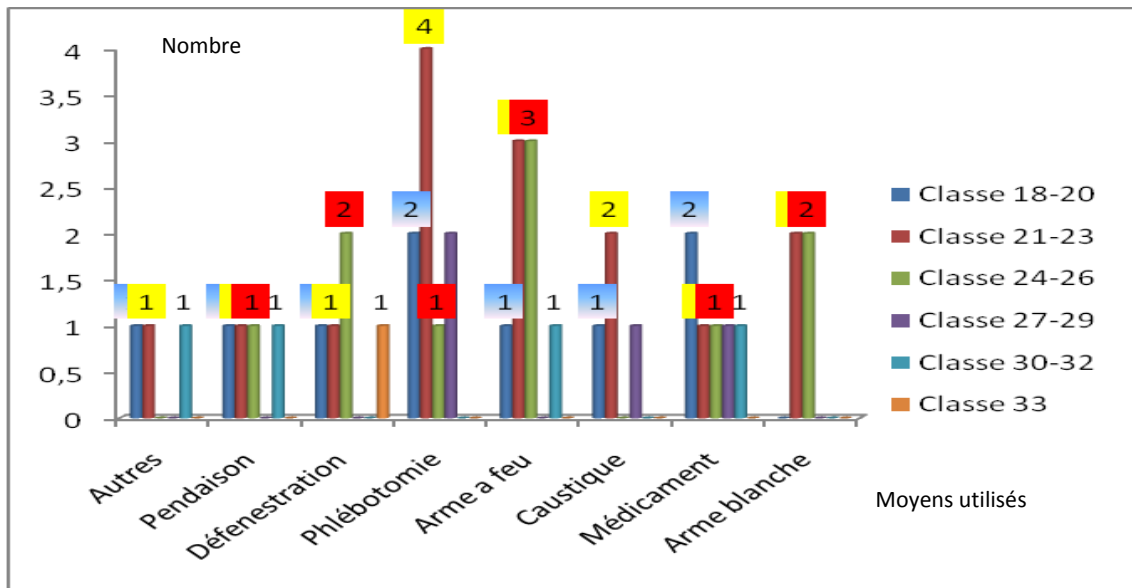


Fig.29.Répartition des patients selon les moyens utilisés et la tranche d'âge

En ce qui concerne les liens entre la tranche d'âge et les moyens utilisés. Notre étude révèle que des personnes ayant tenté de se suicider par phlébotomie avaient l'âge compris entre 21-23 ans (N-4) suivi par 18-20 (N-2) et 27-29 (N-2) et enfin 24-26 (N-1).

De plus, les sujets ayant tenté de se suicider par arme à feu sont représentés par la même proportion selon les tranches d'âges 21-23 et 24-26 (N-3) et la 18-20 (N-1).

Pour les autres moyens, les tranches d'âges sont pratiquement identiques.

A noter que l'intoxication médicamenteuse touche toutes les tranches d'âges.

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

1. d. Les moyens utilisés et le sexe :

Moyens utilisés	M	F
Autres	3	0
Pendaison	4	0
Défenestration	5	0
Phlébotomie	9	0
Arme à feu	8	0
Caustique	4	0
Médicament	5	1
Arme blanche	4	0
Total	42	1

Tab.30.Répartition des patients selon les moyens utilisés et le sexe.

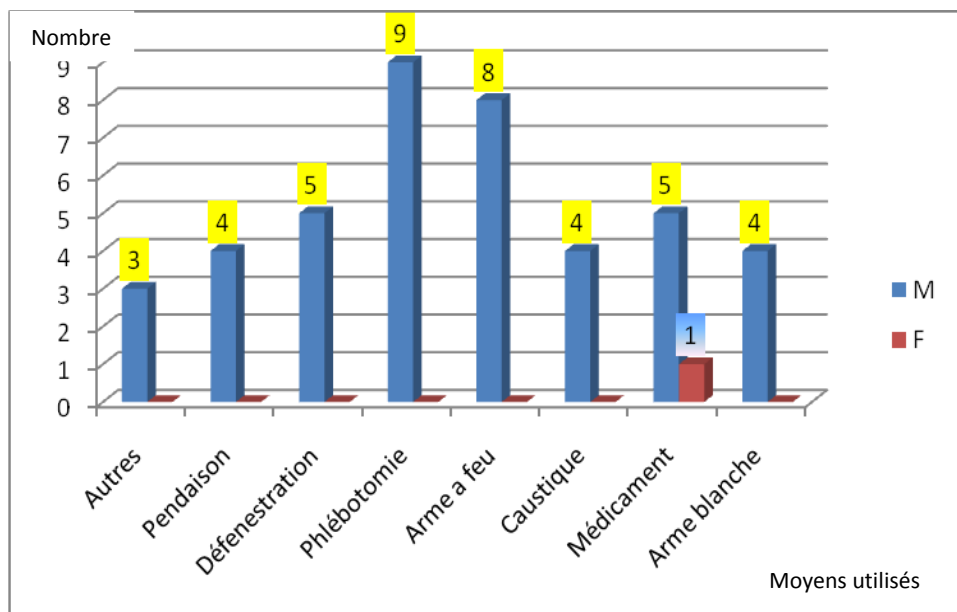


Fig.30.Répartition des patients selon les moyens utilisés et le sexe

La répartition du sexe des patients inclus dans l'étude en fonction des moyens utilisés est de 97,7 % d'hommes et 2,3 % de femme. (Ce cas féminin ayant procédé par ingestion des médicaments).

1. e. Les moyens utilisés et l'ancienneté au service :

ancienneté	autres	pendaison	défenestration	phlébotomie	arme à feu	caustique	médicament	arme blanche
0- 3 m	0	0	1	1	0	1	0	3
3 - 6 m	0	1	1	2	3	0	2	1
6- 12 m	1	2	0	2	0	1	1	0
12 - 18 m	0	0	0	0	1	0	0	0
18- 24 m	0	0	0	0	1	1	0	0
24 - 48 m	1	0	1	3	0	0	1	0
48 - 96 m	0	0	1	0	2	1	2	0
96 -168 m	1	1	0	1	1	0	0	0
sup 168m	0	0	1	0	0	0	0	0
Total	3	4	5	9	8	4	6	4

Tab.31.Répartition des patients selon les moyens utilisés et l'ancienneté au service.

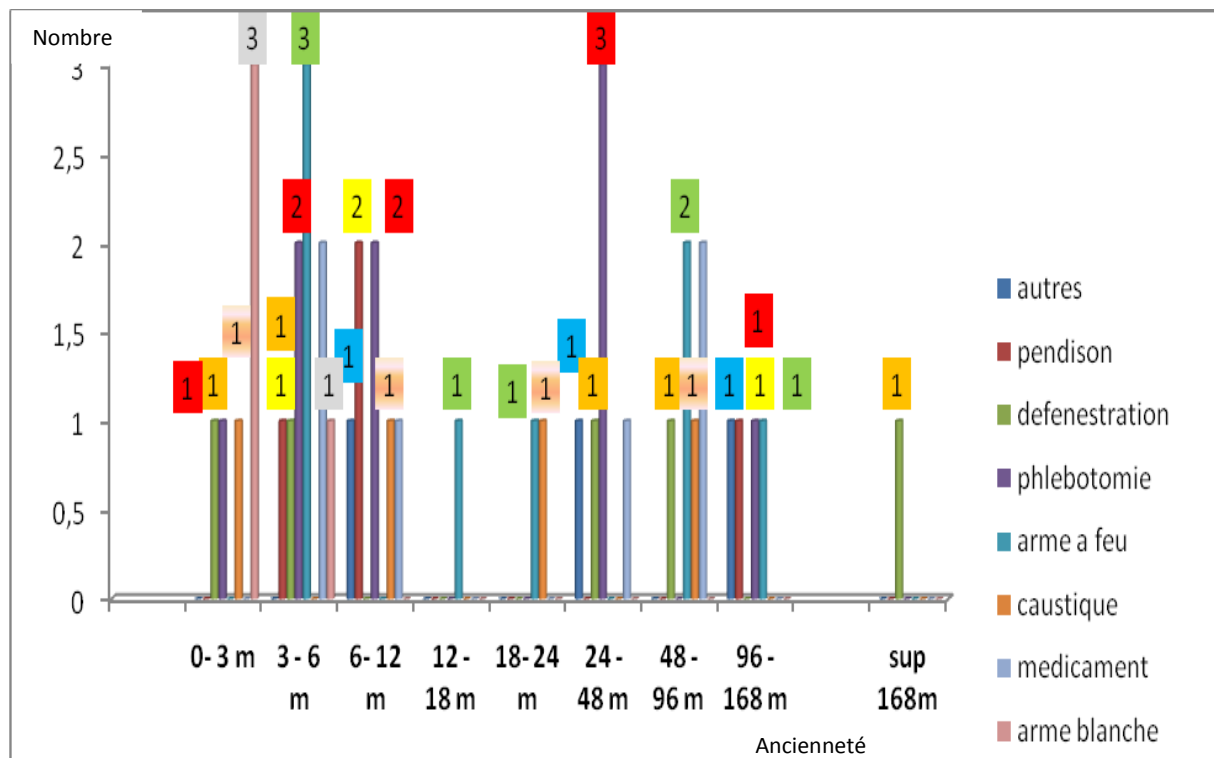


Fig.31.Répartition des patients selon les moyens utilisés et l'ancienneté au service.

La répartition des moyens de la TS en fonction de l'ancienneté au service armé nous amène à constater que le premier pic apparaît entre 0-3 mois (N-6), un second pic est situé entre 3-6 mois du recrutement (N-10), où presque tous les procédés de TS sont rencontrés ; Le dernier pic situé entre 6-12 mois (N-7). Avec les autres tranches il ya une disparité des résultats avec une dispersion presque égale dans les fourchettes étudiées.

L'ensemble de ces résultats met en évidence une forte concentration des TS dans la première année du recrutement des jeunes militaires.

1. f. Le détail des moyens utilisés :

Le moyen	phlébotomie	pendaison	Défénéstration	Arme à feu	Arme blanche	IMV	Autres	caustique
détail	Jugulaire 4 cas	Ceinture 1 cas	Pont et poteau 3 cas	Visage 1 cas	Abdomen 2 cas	ATD 2 cas	Strangulation 2 cas	Esprit de sel 1 cas
43	Main 5 cas	Corde 3 cas	Château d'eau et bateau 2 cas	Membre inférieur 5 cas	Thorax 2 cas	BDZ 3 cas	Immolation 1 cas	Eau de Javel 2 cas
				thorax 2 cas		ATB 1 cas		Tabac à chiquer 1 cas
	9	4	5	8	4	6	3	4

Tab.32.Répartition des patients selon les moyens utilisés en détail.

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

— La phlébotomie :

Par incision des veines des mains représente 5cas,

Par coupure de la jugulaire 5cas,

— L'arme à feu répartie comme suite :

La tire au niveau du membre inférieur (jambes, pied et cuisse) 5cas,

Le thorax 2cas,

Le visage 1cas,

— Intoxication médicamenteuse représentée par :

Les anxiolytiques 3cas,

Les antidépresseurs 2cas,

Les antibiotiques 1cas,

— La défenestration où la précipitation par des endroits élevés :

Le pont et poteau 3cas,

Le château d'eau et bateau 2cas,

— La pendaison :

3cas, par corde

1 cas, par ceinture,

— L'arme blanche :

Le thorax 2cas,

L'abdomen 2cas,

— Les produits caustiques :

L'eau de javel et le produit par excellence 2cas

L'esprit de sel 1 cas

1 cas d'ingestion de deux boites de tabac à chiquer

— Et enfin arrive en dernière position les autres procédés représentés par :

La strangulation 2 cas

Un seul cas de tentative d'immolation.

2. Le lieu de la TS :

Lieu de TS	Fréquence	Pourcentage
Domicile	12	27,90%
Extérieur	1	2,30%
Unité	30	69,80%
Total	43	100,00%

Tab.33.Répartition des patients selon le lieu de la TS.

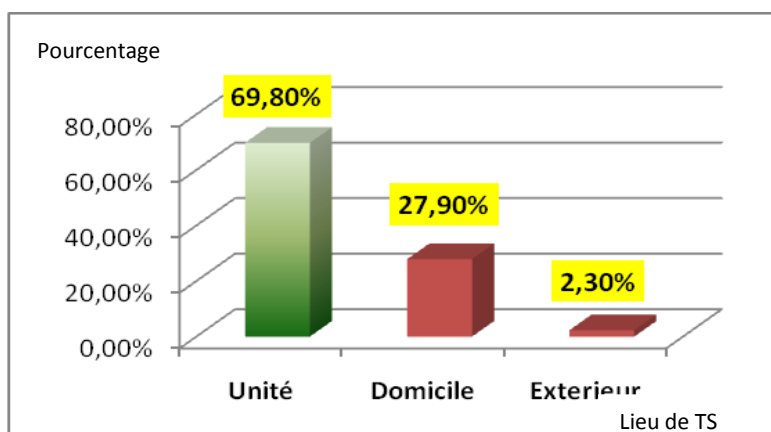


Fig.33.Répartition des patients selon le lieu de la TS.

Nous constatons que 70 % de suicidants ont effectué leur TS à l'unité, 28 % à domicile et seulement 2 % à l'extérieur.

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

à l'autre ou à une dimension relationnelle importante. Il serait intéressant, à ce titre, d'interroger les patients concernant le lieu précis du passage à l'acte.

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

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

3. L'heure de la TS :

Heure de TS	Fréquence	Pourcentage
1-0 a 8 H	7	16,30%
2-8 a 12 h	5	11,60%
3-12 a 20h	24	55,80%
4-20 a 00 h	7	16,30%
Total	43	100,00%

Tab.34.Répartition des patients selon l'heure de la TS.

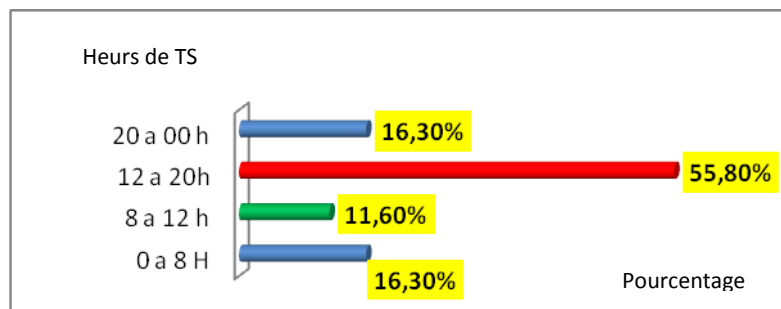


Fig.34.Répartition des patients selon l'heure de la TS.

Le déroulement de la tentative de suicide se répartit durant toute la journée comme suit :
 L'analyse du moment d'exécution de la TS, montre que le suicidant agit majoritairement de 12 h à 20 h représenté par 56 %, la période de 20 h à 0 h et 0 h à 8 h est représentée par 16 % chacune, la période dont le taux le plus faible des TS est située entre 8 h à 12 h, qui est représentée par 12 %.

4. L'heure exacte de la TS :

Heure exacte	Fréquence	Pourcentage
2	1	2,30%
3	2	4,70%
4	1	2,30%
6	3	7,00%
7	1	2,30%
9	2	4,70%
10	3	7,00%
11	2	4,70%
13	2	4,70%
15	4	9,30%
16	5	11,60%
17	5	11,60%
18	1	2,30%
19	4	9,30%
21	2	4,70%
22	5	11,60%
Total	43	100,00%

Tab.35.Répartition des patients selon l'heure de la TS.

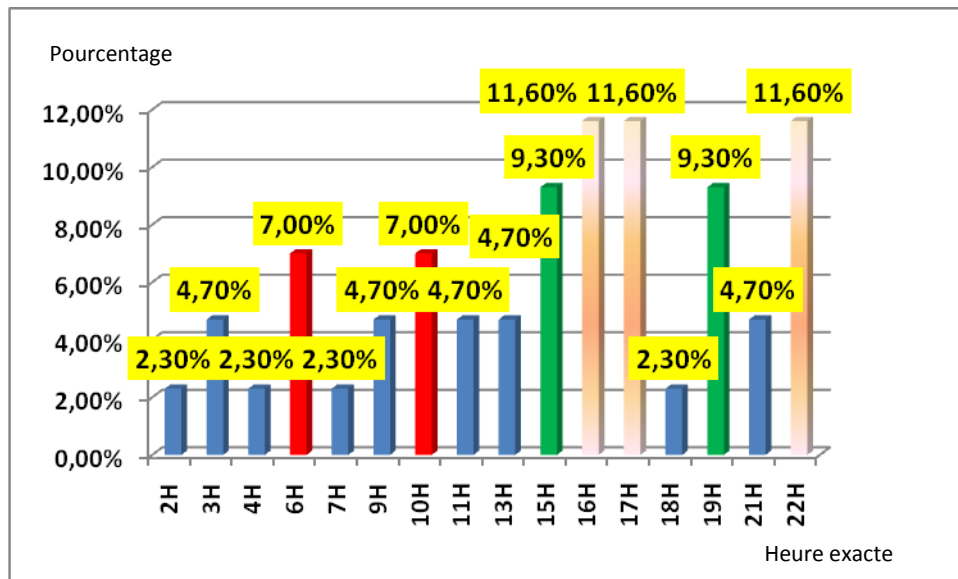


Fig.35.Répartition des patients selon l'heure de la TS.

Affinant le critère « moment », par le critère « heure exacte », nous constatons que :

33 % des TS surviennent entre 15 h à 17 h c'est-à-dire un tiers des cas.

L'heure moyenne de survenue de la TS est de 14heure +/- 5.8 avec un minimum de 2 heures et un maximum de 22 heures. La médiane est 16 heures.

5. Le jour de la TS :

Jour de TS	Fréquence	Pourcentage
1-LU	8	18,60%
2-MA	5	11,60%
3-MER	12	27,90%
4-JEU	3	7,00%
5-VEN	1	2,30%
6-SAM	7	16,30%
7-DIM	7	16,30%
Total	43	100,00%

Tab.36.Répartition des patients selon le jour de la TS.

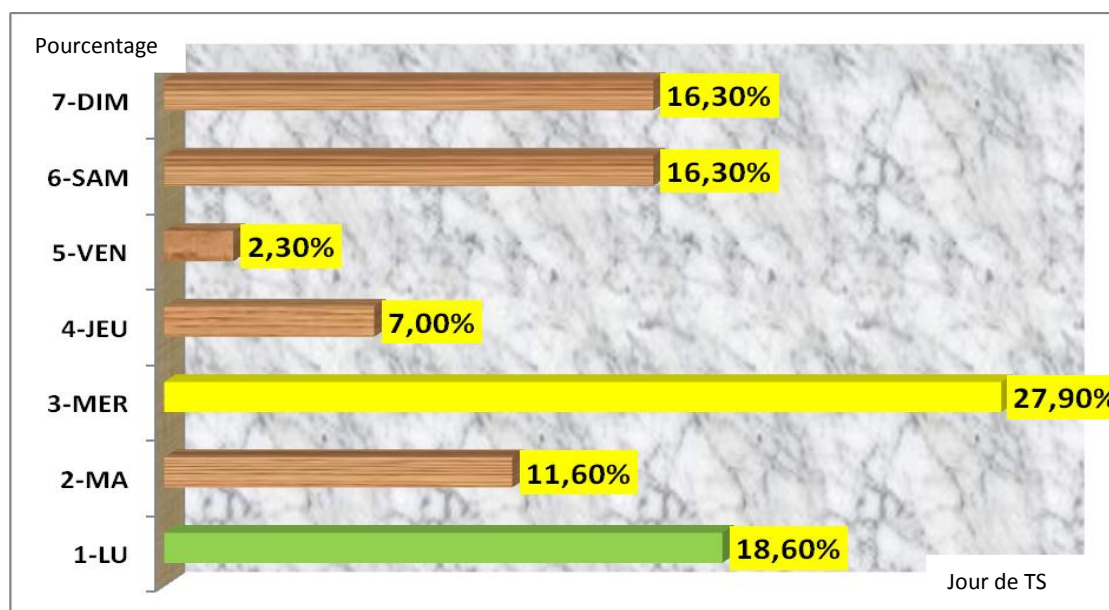


Fig.36.Répartition des patients selon le jour de la TS.

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

Le mercredi est surreprésenté à 28 %. Nous notons qu'une différence a été retrouvée en ce qui concerne le jour du passage à l'acte.

Le vendredi est sous représenté avec un très faible taux 7 %. A ce propos, le vendredi représente un jour porteur d'une symbolique très forte, celle de la religion, en effet, il représente une journée sacrée qui termine la semaine chez les musulmans.

6. Le déroulement de l'acte :

DEROULEMENT DE L' ACTE	Fréquence	Pourcentage
Impulsif	24	55,80%
Prémédité	3	7,00%
Angoisse	1	2,30%
Angoisse et impulsivité	15	34,90%
Total	43	100,00%

Tab.37.Répartition des patients selon le déroulement de l'acte.

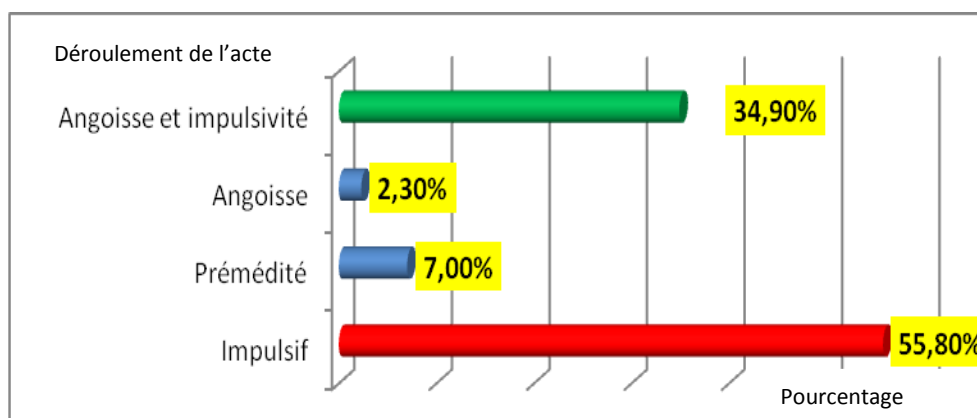


Fig.37.Répartition des patients selon le déroulement de l'acte.

Le passage à l'acte était qualifié d'impulsif, ce qui représentait 56 % des cas. Suivi par le couple angoisse impulsivité par 35 %.

Par ailleurs, une préméditation du geste suicidaire était notée pour 7 %.

En revanche l'angoisse seule est représentée par 2 %.

7. La demande de l'aide a l'entourage :

Demande de l'aide Entourage	Fréquence	Pourcentage
oui	11	26,20%
Non	31	73,80%
Total	42	100,00%

Tab.38.Répartition des patients selon la demande de l'aide.

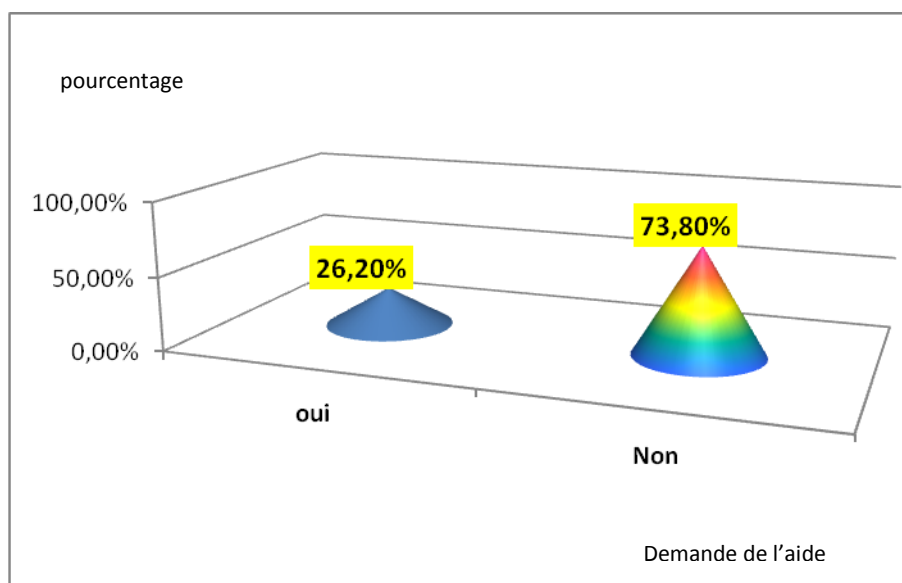


Fig.38.Répartition des patients selon la demande de l'aide.

Un suicidant sur quatre ne demande pas d'aide avant le passage à l'acte. C'est à dire 74 %, contre 26 % qui avaient prévenu une personne de leur entourage, du geste qu'il allait accomplir.

8. L'idéation suicidaire avant l'acte :

Idéation suicidaire avant l'acte	Fréquence	Pourcentage
oui	5	11,60%
Non	38	88,40%
Total	43	100,00%

Tab.39.Répartition des patients selon l'idéation suicidaire avant l'acte.

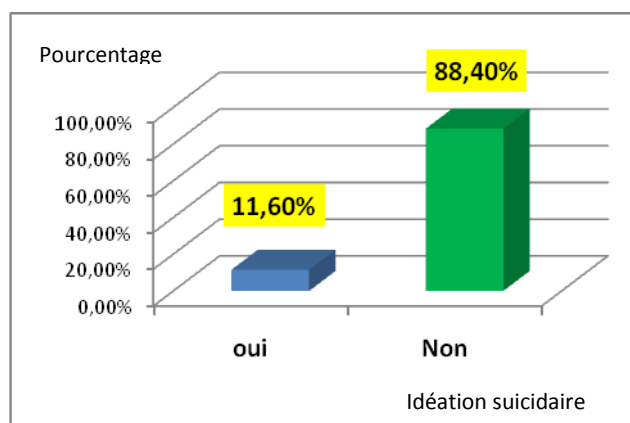


Fig.39.Répartition des patients selon l'idéation suicidaire avant l'acte.

Nous avons observé que 88 % n'ont pas d'idéations suicidaires, cela veut dire que le passage à l'acte est considéré impulsif. Les idées suicidaires ont été retrouvées chez 12 %.

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

DIVULGATION de l'intention Suicidaire a un proche	Fréquence	Pourcentage
oui	7	16,30%
Non	36	83,70%
Total	43	100,00%

Tab.40.Répartition des patients selon la divulgation de l'intention suicidaire.

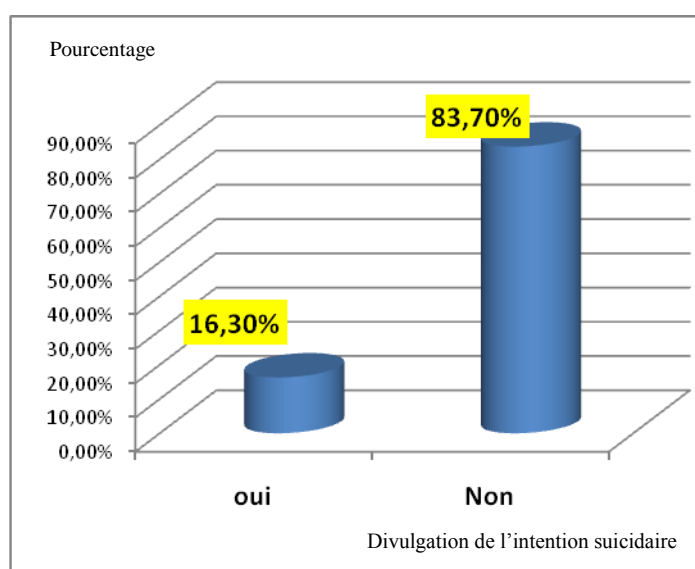


Fig.40.Répartition des patients selon la divulgation de l'intention suicidaire.

84 % n'ont pas divulgué leurs intentions suicidaires.

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

10. Les motifs invoqués :

Motif invoqués	Fréquence	Pourcentage
conflits familiaux	26	60,50%
Difficultés professionnelles	9	20,90%
Financières	1	2,30%
Déception affective	4	9,30%
Autres	3	7,00%
Total	43	100,00%

Tab.41.Répartition des patients selon le motif invoqué.

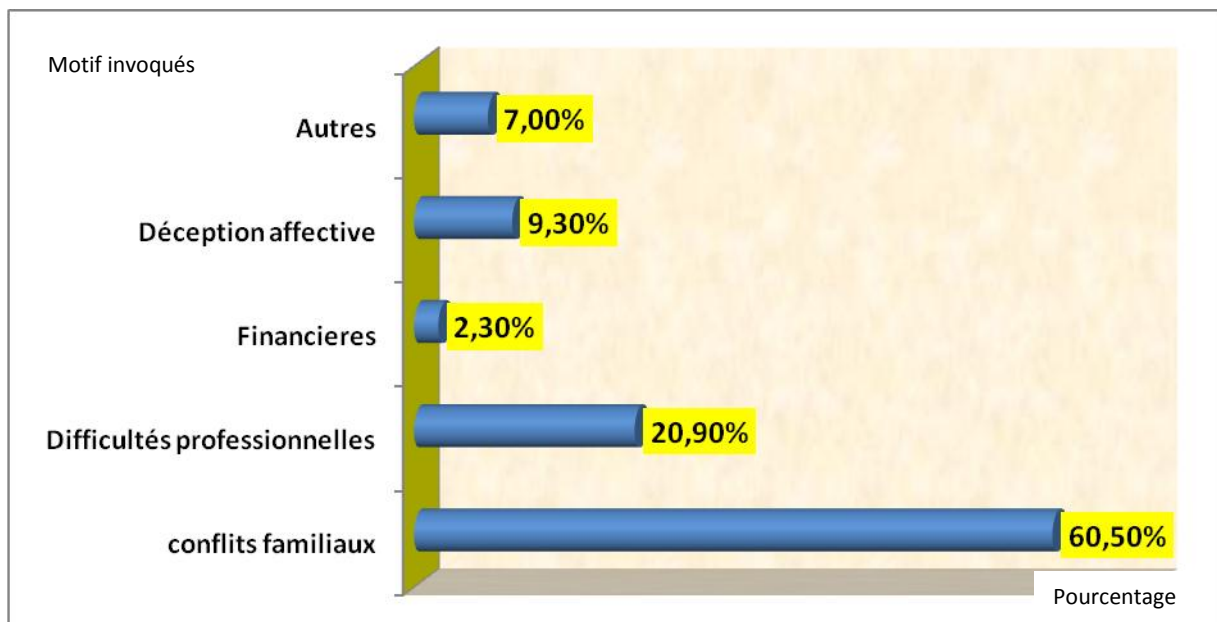


Fig.41.Répartition des patients selon le motif invoqué.

Parmi les facteurs déclencheurs du geste suicidaire, on retrouve le plus souvent des conflits familiaux (60 %, tel que le montre le diagramme). 21 % sont des difficultés professionnelles. Il s'agit généralement d'un événement récent qui fragilise le sujet et le rend incapable d'accepter un échec et de trouver une réponse à sa souffrance.

Notre étude a pu également montrer que dans la majorité des cas, on trouve un conflit au sein de la famille ou une difficulté professionnelle.

11. Les regrets par rapport au geste :

Regrets par rapport au geste	Fréquence	Pourcentage
oui	33	76,70%
Non	10	23,30%
Total	43	100,00%

Tab.42.Répartition des patients selon le regret par rapport au geste.

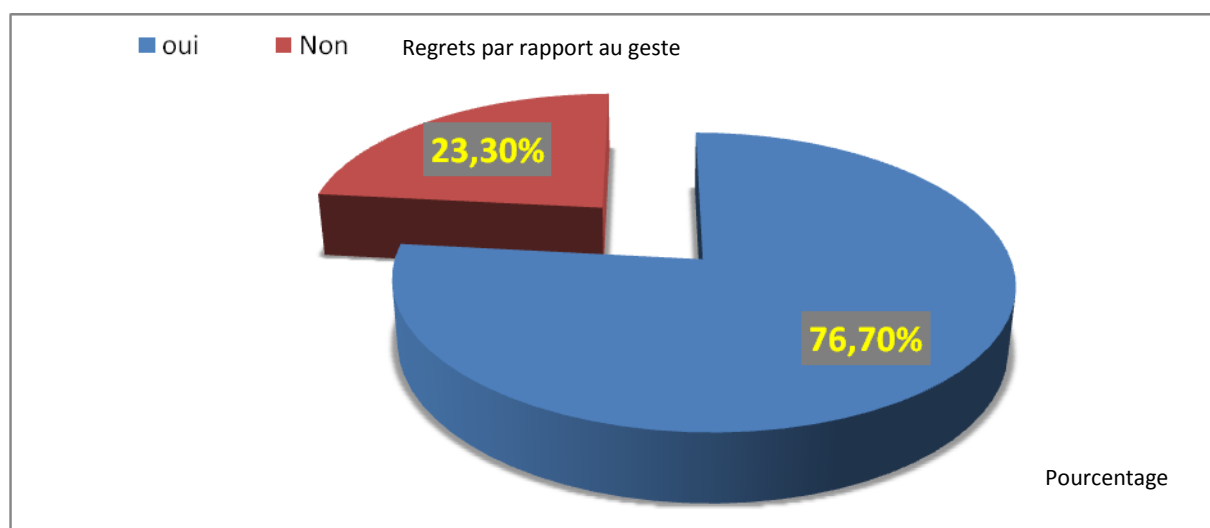


Fig.42.Répartition des patients selon le regret par rapport au geste.

Prés de 77 % des suicidants regrettent leur geste.

12. Le désir de reproduire le geste :

Veut refaire une autre TS	Fréquence	Pourcentage
oui	8	18,60%
Non	35	81,40%
Total	43	100,00%

Tab.43.Répartition des patients selon la reprise de la TS.

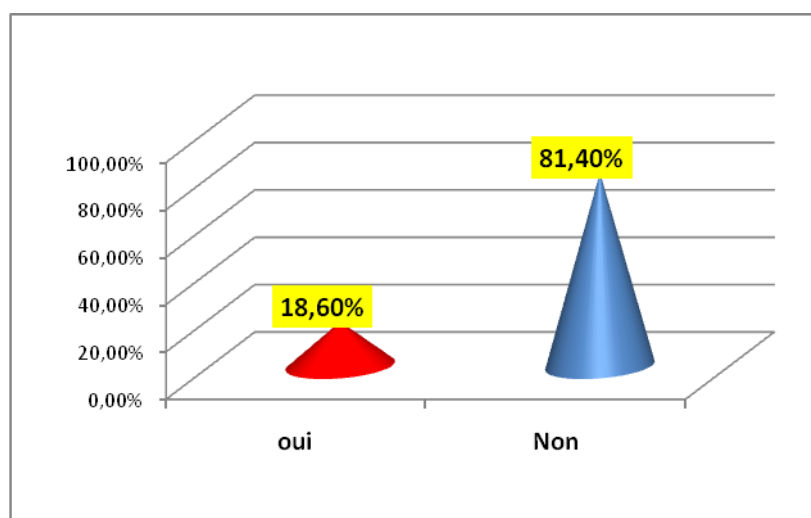


Fig.43.Répartition des patients selon la reprise de la TS.

Environ 81 % ne veulent pas refaire de TS. Contre 19 % qui insistent a le répété.

13. Hospitalisation :

Hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
Hospitalisation	34	79,10%
Consultation	9	20,90%
Total	43	100,00%

Tab.44.Répartition des patients selon l'hospitalisation.

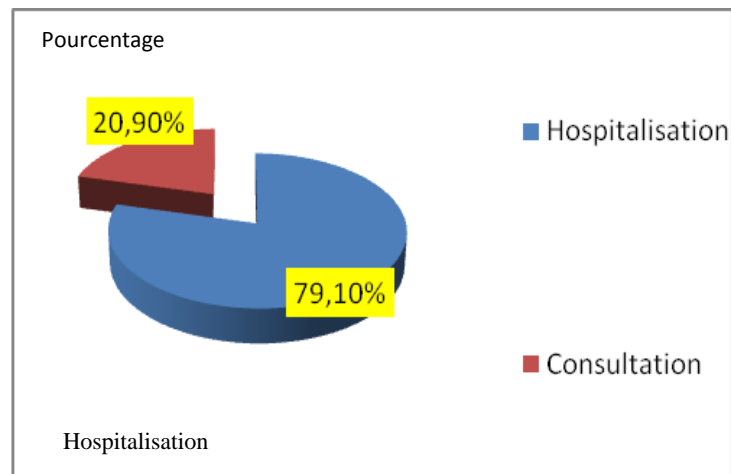


Fig.44.Répartition des patients selon l'hospitalisation.

4 malades sur cinq sont hospitalisés à l'issue de la TS en psychiatrie c'est-à-dire 79 % contre 21 % non hospitalisés.

14. DMM :

DMM	Fréquence	Pourcentage
convalescence	5	11,60%
réforme	38	88,40%
Total	43	100,00%

Tab.45.Répartition des patients selon la DMM.

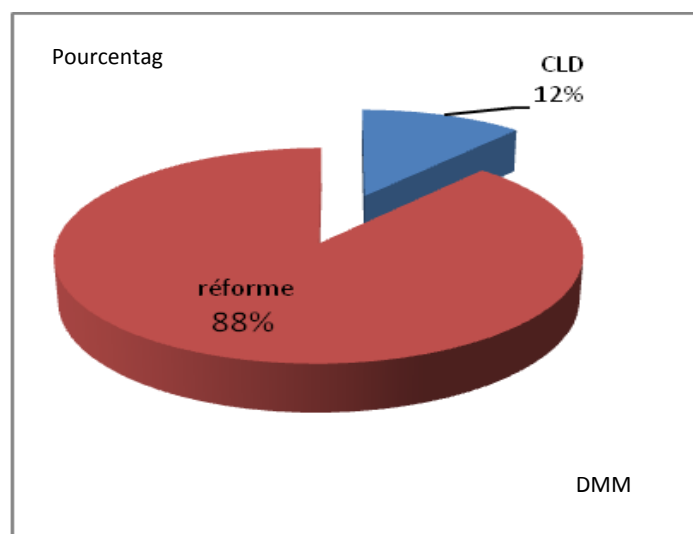


Fig.45.Répartition des patients selon la DMM.

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

Environ neuf dixième des patients suicidants ont été considérés comme inaptes à la reprise du service, et présentés devant la commission de réforme des militaires.

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

Une décision médico-militaire a été prononcée faite comme suite 88 % de réforme est 12 % de congés long durée.

14. a. DMM et grade :

DMM	HDT	Sous officier	Officier
convalescence	2	2	1
réforme	29	9	0
Total	31	11	1

Tab.46.Répartition des patients selon la DMM et grade.

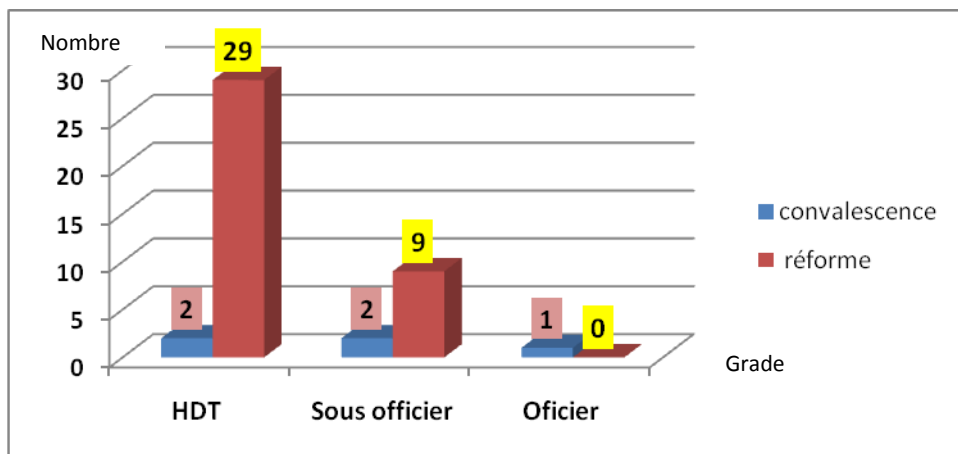


Fig.46.Répartition des patients selon la DMM et grade.

On voit que la DMM de réforme chez les HDT est beaucoup plus fréquente que dans les autres catégories de grades. Or, tout au contraire, le penchant à la mise en convalescence y est très faible et avec des proportions égales dans les différents grades.

On retrouve une grande majorité de militaires (HDT) (N-29) 67%, peut être du fait du jeune âge de cette population. De plus, les « mailles » du filtre de la sélection chez les HDT sont beaucoup plus larges que chez les sous-officiers. Près de 21% (N-9) sont des sous-officiers

14. b. DMM et catégorie militaire :

DMM	Reserve	Contractuel	Active
convalescence	0	3	2
réforme	17	20	1
Total	17	23	3

Tab.47.Répartition des patients selon la DMM et la catégorie militaire.

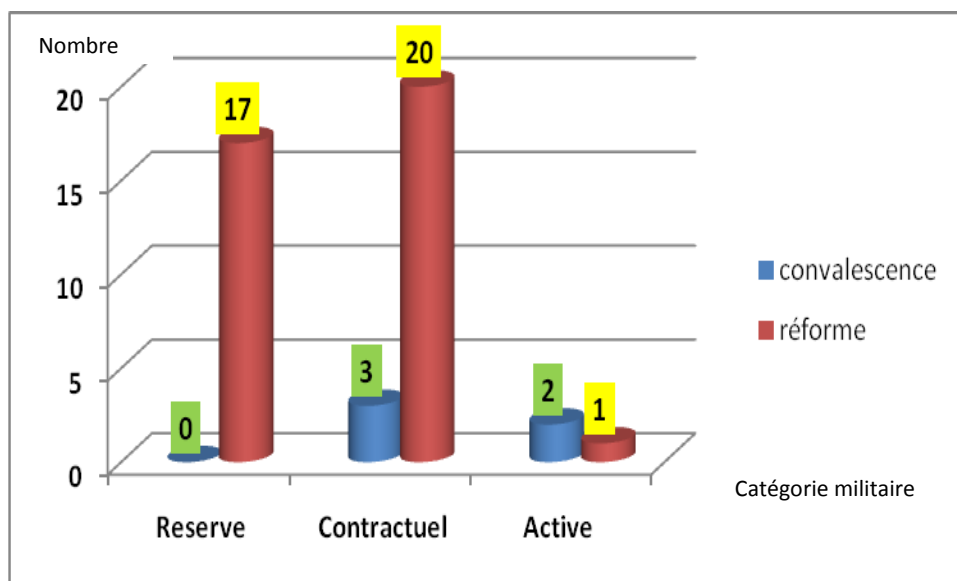


Fig.47.Répartition des patients selon la DMM et la catégorie militaire.

Une inaptitude définitive était décidée chez (N-20) 47% les individus de la catégorie des contractuels, puis la catégorie des réservistes (N-17) 40%, pour les actives (N-1) 2%, par contre la mis en congé long durée les contractuels sont représentés par (N-3) 7%, et les actives par (N-2) 5%, avec une absence totale de congé long durée chez les réservistes car la réglementation ne le permet pas.

14. c. DMM et la tranche d'âge :

DMM	18-20	21-23	24-26	27-29	30-32	Sup 33
convalescence	0	1	0	1	2	1
réforme	9	14	10	3	2	0
Total	9	15	10	4	4	1

Tab.48.Répartition des patients selon la DMM et la tranche d'âge.

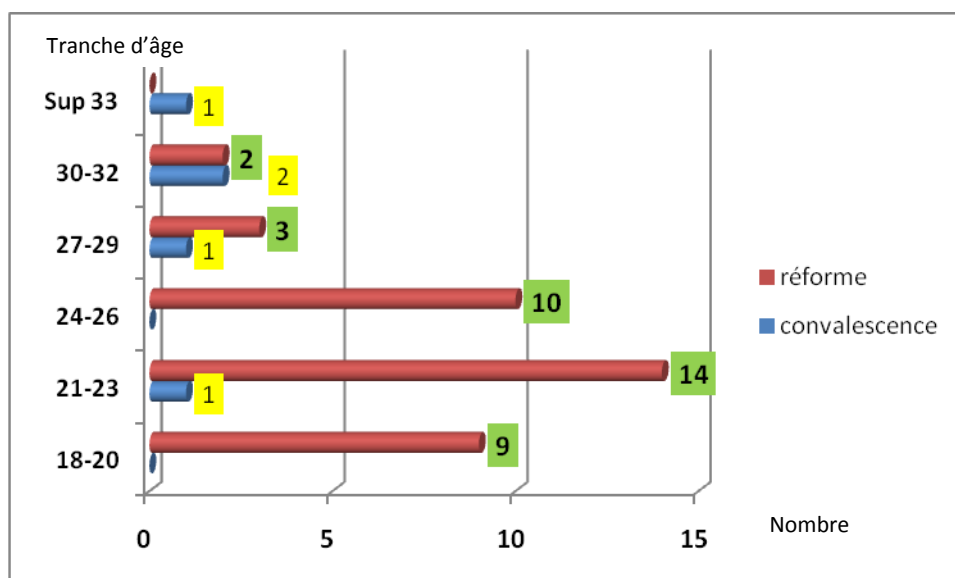


Fig.48.Répartition des patients selon la DMM et la tranche d'âge.

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

La majorité des sujets proposés à la réforme est représentée par la tranche d'âge des 21-23 ans (N-14) 33%, ce qui correspond en général au temps du premier contrat (1^{er} contrat est de 4 ans avec un âge maximum d'engagement de 23 ans), suivi par la tranche 24-26 (N-10) 23%, et enfin la 18-20 (N-9) 21%.

14. d. DMM et arme :

DMM	Intendance	génie	infanterie	aviation	marine	santé	matériel	Gend
convalescence	0	0	1	0	0	2	1	1
réforme	2	4	20	1	3	1	5	2
Total	2	4	21	1	3	3	6	3

Tab.49.Répartition des patients selon la DMM et l'arme.

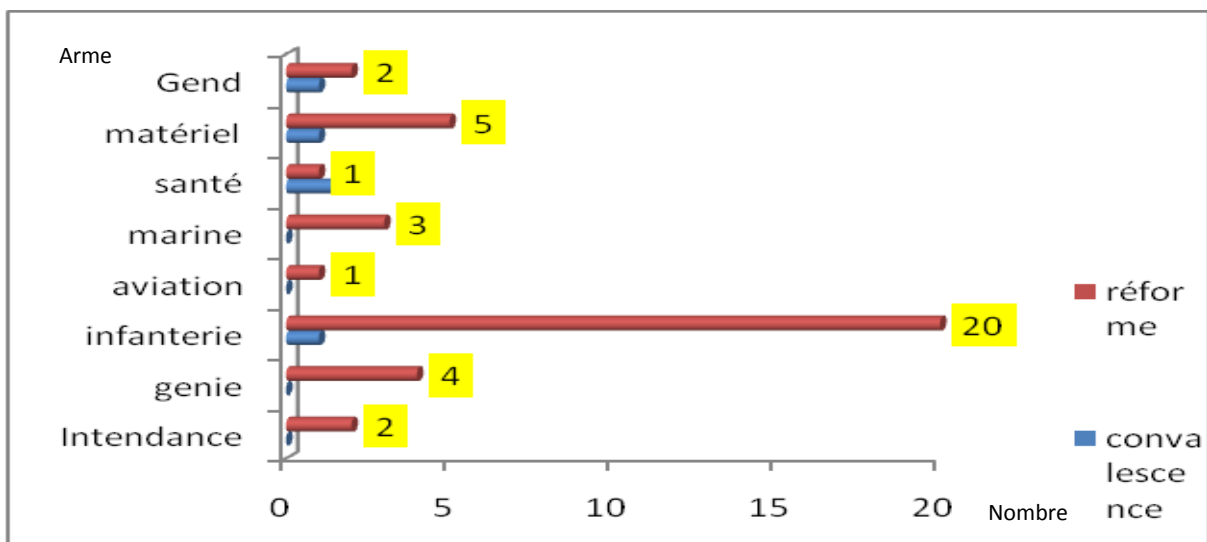


Fig.49.Répartition des patients selon la DMM et l'arme.

La majorité des patients réformés proviennent de l'arme infanterie (N-20) 47%, suivi par le matériel (N-5) 12%, et génie (N-4) 9%, les autres armes sont pratiquement identiques.

14. e. DMM et catégorie d'unité :

DMM	Centre	Ecole	Etablissement	Unité opérationnelle
convalescence	0	0	3	2
réforme	8	12	2	16
Total	8	12	5	18

Tab.50.Répartition des patients selon la DMM et la catégorie d'unité.

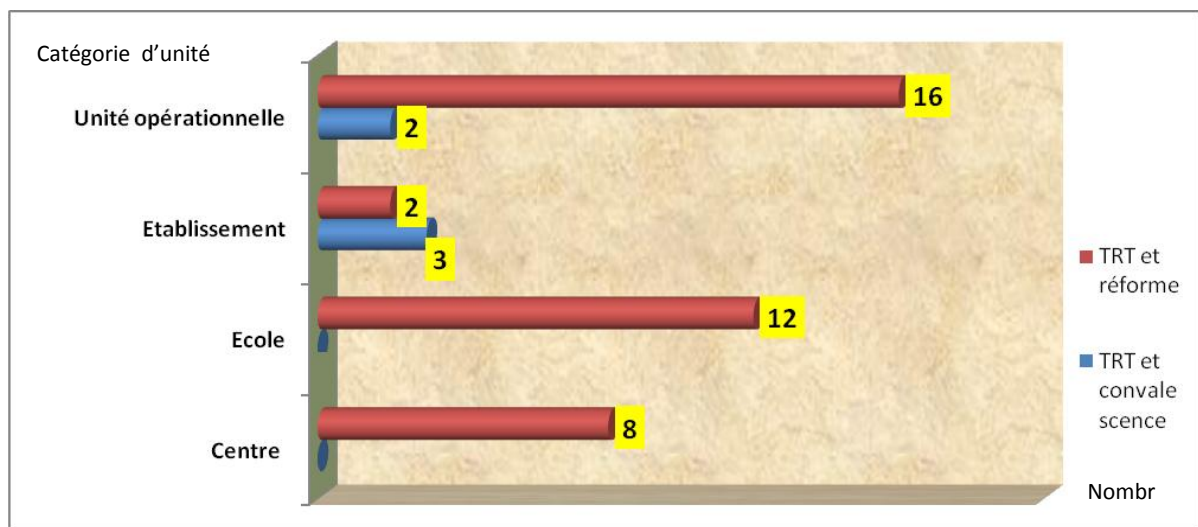


Fig.50.Répartition des patients selon la DMM et la catégorie d'unité.

Comme on peut le constater sur le diagramme la catégorie d'unité la plus représentée a été celle des unités opérationnelles (N-16) 37%, suivie par celle des écoles (N-12) 28%, les centres (N-8) 19%, et enfin, on remarque que les établissements (N-2) 5%, ont le plus faible taux de reformes.par contre le fort taux de convalescences (N-3) 7%.

15. Le score de la SIS :

Score	Fréquence	Pourcentage
Faible	16	37,20%
Moyen	19	44,20%
Fort	8	18,60%
Total	43	100,00%

Tab.51.Répartition des patients selon le score de la SIS.

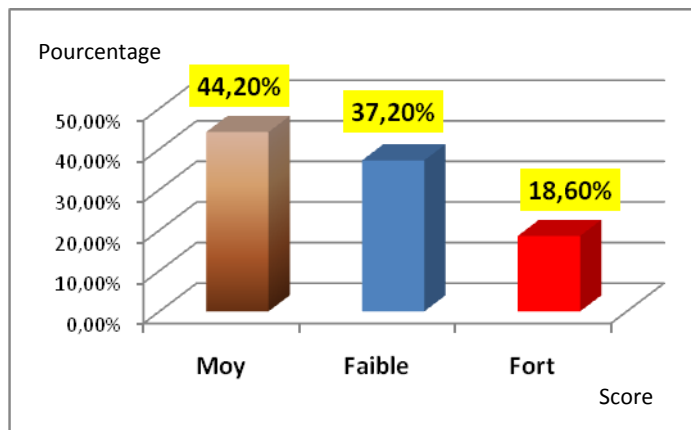


Fig.51.Répartition des patients selon le score de la SIS.

En ce qui concerne les scores constatés de la SIS 44 % ont eu un score moyen ,37 % un score faible et 19 % un fort score.

Le score moyen est de 10.6 +/-5.9 avec une min de 2 et max de 24 ; et une médiane de 10.

16. La nature de la maladie :

Nature de maladie	Fréquence	Pourcentage
Trouble anxieux	5	11,60%
Trouble humeur	3	7,00%
Schizophrénie	2	4,70%
Psychose aigue	4	9,30%
Autres	3	7,00%
Personnalité psychopathique	5	11,60%
Pas ANTCD	9	20,90%
Trouble adaptation	12	27,90%
Total	43	100,00%

Tab.52.Répartition des patients selon la nature de la maladie.

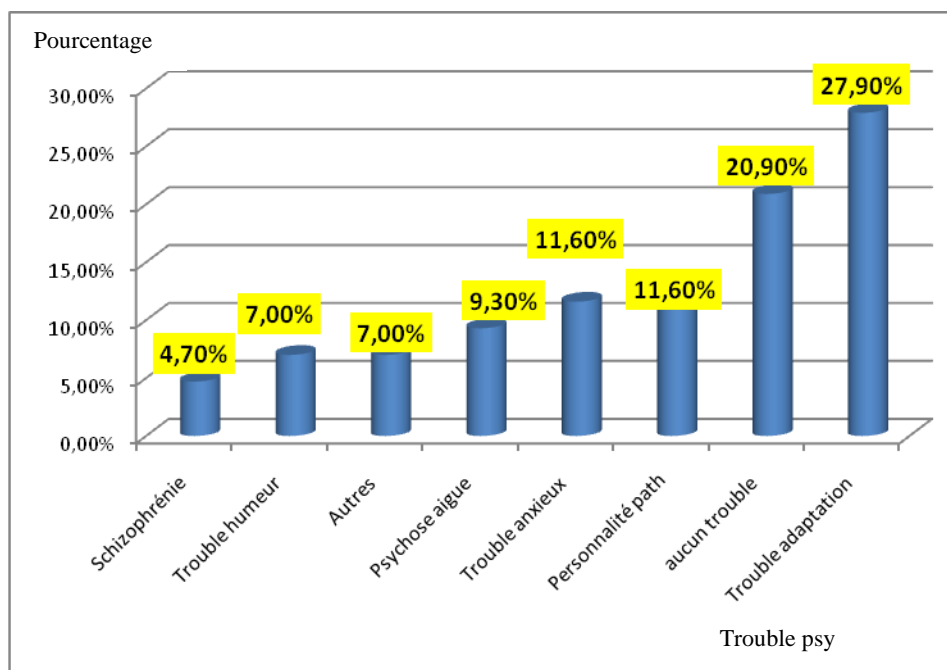


Fig.52.Répartition des patients selon la nature de la maladie.

Diagnostic psychiatrique au sens du DSM-IV-TR [Annexe : 5], la majorité des patients présentent un trouble psychiatrique caractérisé au moment de la prise en charge. Les troubles d'adaptation sont les plus souvent retrouvés avec une prégnance particulière du trouble de l'adaptation au milieu militaire. Suivi par Les troubles anxieux.

Un diagnostic de trouble psychiatrique a été posé dans près de 79 % des cas dont 28 % de trouble d'adaptation, 12 % de troubles anxieux avec aussi la même proportion de 12 % pour la personnalité pathologique (évitante, psychopathique et dépendante), 9 % de psychoses aiguës, 7 % des troubles de l'humeur avec la catégorie autres occupée par l'immaturation affective, et enfin 5 % de schizophrénie.

Les troubles de l'humeur, essentiellement dépression, étaient donc de loin les troubles les plus fréquemment rencontrés.

Les individus qui présentaient des troubles adaptatifs dans leur milieu professionnel, ce diagnostic explique simplement la souffrance des patients vis-à-vis d'un milieu contraignant. Le trouble de l'adaptation ne constitue pas toujours le diagnostic principal au terme d'une consultation, mais peut coexister avec une autre trouble dans un cortège de symptômes confondus, notamment dans les registres anxieux et dépressifs.

B. DISCUSSIONS :

1. Justification de l'étude :

Avant d'aborder la discussion des résultats, nous allons exposer les limites de notre travail et les difficultés rencontrées.

Pour commencer, les données extraites sont parfois incomplètes, du fait de la réticence et la peur d'une sanction judiciaire. De plus, notre étude, essentiellement descriptive, a pour but de faire un état des lieux. Elle se propose d'analyser la place de la TS dans l'armée.

La comparaison de nos résultats avec ceux des séries de la littérature est parfois délicate, car peu d'études portent sur les TS chez les patients militaires.

Ces études réalisées sur les tentatives de suicide en milieu militaire sont également peu fréquentes et, elles n'incluent généralement qu'un nombre limité de patients.

L'objectif ultime que nous poursuivons à travers cette étude est d'apporter des éléments qui nous seraient précieux pour une meilleure prévention de ces passages à l'acte bien souvent autant destructeurs sur le plan physique que sur le plan psychologique.

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

2. Représentativité de notre population :

Notre échantillon est de taille relativement modeste, ce qui limite la généralisation des résultats. Il faudrait un échantillon plus large pour resserrer les intervalles. En effet, l'hôpital militaire régional universitaire de Constantine est situé dans le « Nord-Est » de l'Algérie où une grande partie des effectifs de l'armée sont présents et dépendent au niveau de la prise en charge médicale de l'HMRUC/5^o RM (qui assure la couverture médicale de 15 Wilayas).

Il aurait été intéressant d'avoir, dans notre échantillon, des personnels féminins. Ce qui n'a pas été possible, car ces personnels ne sont pas hospitalisés au niveau du service de psychiatrie de l'HMRUC/5^o RM. Comme ce dernier n'assure que l'hospitalisation des hommes uniquement.

3. Atteinte des objectifs :

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

La population à risque de conduites suicidaires s'est révélée correspondre aux engagés volontaires contractuels 53 % et aux réservistes 39 % de l'armée de terre appartenant à des unités opérationnelles à 42 %.

L'exploration de la psychopathologie sous-jacente éventuellement présentée révèle qu'aucun trouble psychiatrique caractérisé n'est retenu dans la majorité des cas.

Les passages à l'acte sont la plupart du temps impulsifs, sans pour autant correspondre à l'ensemble des critères diagnostiques des troubles de la personnalité au sens du DSM IV-TR.

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

4. Biais :

4.1. Biais de sélection :

Choix de la population

Un militaire basé dans la 5° RM peut tout à fait consulter dans un autre hôpital militaire que celui dévoué à son unité de rattachement. La population de notre étude n'est ainsi pas représentative de la population militaire.

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

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

Biais de survie sélective

Certains patients ont pu réaliser une tentative de suicide pendant un congé maladie passé dans une autre région que celle de la 5° RM.

En conséquence, ces données épidémiologiques sont manquantes.

Biais de « perdu de vue »

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

Ces données échappent donc à notre étude.

4.2. Biais d'information :

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

Biais de prévarication

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

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

Biais de mémorisation

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

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

Biais d'enquêteur

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

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

4.3. Biais de mesure :

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

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

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

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

5. L'originalité du sujet :

√ Le sujet peut être considéré comme original, non pas, en raison du thème qu'est la TS mais du fait de son application à la population militaire. Très peu d'études et de très rares recherches ont été effectuées sur ce thème. Et à notre connaissance, en Algérie, aucune étude n'a été faite sur les TS en milieu militaire.

√ La fonction préventive de l'étude.

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

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

6. Les éléments sociodémographiques :

1— nous observons un pic de fréquence pour les 21-23 ans (35 % des cas).

On constate que la moyenne d'âge est de 23.7 +/- 3.9 avec un minimum de 19 ans et un maximum de 34 ans.

Les moyennes d'âge sont identiques à celles de la littérature, avec la tranche d'âge la plus représentée des 18-26 ans regroupant les trois quarts des patients.

2— En ce qui concerne le sexe des patients, nous retrouvons une surreprésentation masculine. Les résultats de notre étude concordent donc avec ceux de la littérature qui mettent en évidence une nette prédominance du sexe masculin parmi les suicidants. Nous ne sommes d'ailleurs pas surpris par ces conclusions.

3— Une étude faite aux Etats-Unis sur une population de suicidés retrouvait fréquemment des évènements de vie stressants pouvant avoir précipité le passage à l'acte par exemple un conflit conjugal, une rupture conjugale ou sentimentale, des difficultés financières, une maladie physique ou encore un problème judiciaire. Les facteurs précipitants étaient plus souvent une pathologie mentale chez les plus âgés et très âgés, tandis que chez les plus jeunes, il s'agissait plus souvent d'une rupture sentimentale (WEINBERGER et al, 2000).

La tentative de suicide peut être dans de nombreux cas considérée comme le symptôme d'une crise suicidaire dont la conceptualisation a récemment été établie à l'occasion d'une conférence de consensus (2000). Cette crise constituerait «un moment de rupture dans l'existence de l'être vivant» (MORON, 2000).

Le geste suicidaire s'inscrirait, selon VEDRINNE et WEBER (2000), dans le déroulement de la crise comme « une tentative de réduction des tensions internes auxquelles le sujet est en proie».

Ce concept de crise suicidaire repose sur une approche cognitive et pourrait valider l'existence d'un syndrome pré-suicidaire défini par RINGEL et constitué d'une triade faite de «constriction de la personnalité, d'inhibition de l'agressivité et de fuite vers les fantasmes de suicide». Ce concept rappelle la dimension transnosographique de la suicidalité avec des notions telles que l'impulsivité ou le désespoir. Les étapes de la crise suicidaire, définies par VEDRINNE et WEBER (2000), sont constitués, de manière chronologique, par les idées de suicide ou idéations suicidaires, l'intention suicidaire, puis le geste suicidaire lui-même et éventuellement la répétition du geste suicidaire.

Enfin, la sémiologie s'enrichit non seulement des raisons invoquées par le suicidant à l'origine du passage à l'acte, ce que l'école canadienne de TOUSSIGNANT nomme les «événements de vie» stressants et précipitant le passage à l'acte, mais également d'une «sémiologie psychopathologique» voire psychiatrique.

4— classiquement, les personnes vivant seuls ont un risque suicidaire plus important que celles vivant en milieu familial, du fait de l'isolement social.

Le fait d'être, célibataire, sans enfant ou de manière générale l'isolement socio-affectif semble être un facteur de risque de suicide chez les jeunes militaires.

5— Pour notre étude, nous observons la fréquence relativement importante du niveau moyen soit 56 % des cas. On peut évoquer une explication à cela, car ces jeunes militaires ont été renvoyés de l'école en général après l'échec au BEM.

A partir de cette date, l'intérêt porté à la vie militaire s'est manifestement accru d'une part, d'autre part ces jeunes adolescents n'en pas de qualifications professionnelles.

6— Pour PHILIPPE, le rôle des personnalités pathologiques, notamment les personnalités borderline dont l'instabilité et la tendance aux passages à l'acte ne facilitent pas leur insertion professionnelle, serait prépondérant, Dans notre étude, pour évaluer l'impact éventuel de la personnalité sur la conduite suicidaire, il aurait été intéressant de connaître la traits de caractère de la personnalité au moment du geste suicidaire. Malheureusement, cette donnée n'est pas systématiquement renseignée dans notre enquête.

7— La situation matrimoniale représente un indicateur peu précis du degré de solitude du patient. Néanmoins, le fait de vivre seul (séparé, divorcé, veuf ou célibataire) constitue en soi un facteur de risque de conduite suicidaire.

Dans notre étude, nous retrouvons une part importante de patients vivant seuls (91 %),

8— La situation des parents est, somme toute, assez rarement étudiée dans les travaux portant sur les suicidants. Dans notre étude, dans 84 % cas. Les deux parents étaient en vie.

7. Des antécédents psychiatriques fréquents :

Dans la littérature française et américaine, l'existence d'antécédents psychiatriques personnels est variable, mais la rareté est souvent mentionnée,

1— La notion d'une hospitalisation antérieure nous a permis d'évaluer la proportion de patients ayant été pris en charge dans une structure spécialisée. Nous constatons que cette proportion est faible (2,3 % des cas).

2— Notre étude met en évidence une forte proportion de sujets suivis par un spécialiste avant le passage à l'acte. En effet, près de 21 % des suicidants avaient un suivi psychiatrique ou psychologique avant le geste.

En ce qui concerne les antécédents de consultation en psychiatrie des patients, les résultats obtenus ne diffèrent pas de ceux de la littérature ; ces données de la littérature qui rapportent 20 à 30 % de patients qui ont des antécédents psychiatriques

L'existence d'antécédents de tentatives de suicide multiplierait le risque de suicide par 40

Ces antécédents sont retrouvés à des fréquences variables selon les études : ils sont retrouvés dans 16-17 % des cas chez les adolescents, adultes jeunes et personnes. D'autres études retrouvent des antécédents de tentative de suicide chez les suicidés allant jusqu'à 75 %.

3— Dans notre étude, nous constatons une faible proportion de sujets dépendants à l'alcool seul, par rapport à la consommation d'alcool avec d'autres substances.

4— Une majorité des suicidants n'avaient pas d'antécédent sociologique personnel. Toutefois, une proportion non négligeable, et suffisamment importante pour que nous en tenions compte,

avait déjà effectué un geste suicidaire antérieurement (21 %) Or, il est actuellement montré que le facteur de risque le plus puissant de suicide abouti est la présence, dans les antécédents, d'une ou plusieurs tentatives de suicide.

Cette donnée montre, toute l'importance de la prise en charge des suicidants pour ce qui est de la prévention secondaire, prévention qui passe, selon nous, par la connaissance par les soignants des moyens potentiellement létaux dont peut disposer ultérieurement le sujet suicidant.

Les études de cohorte montrent que la récurrence de tentatives de suicide est très importante au cours de l'année qui suit une tentative de suicide et peut varier de 9% à 32% dans une période d'un an. Dans notre travail 16% ont présenté une tentative suicidaire dans l'année écoulée.

Cedereke et Ojehagen (2005) ont montré que sur un échantillon de 216 personnes ayant fait une tentative de suicide, 30 ont refait une tentative de suicide entre 1 et 12 mois après la tentative de suicide.

Wenzel et al. ont analysé, dans une étude longitudinale prospective sur 30 ans, le décès de personnes hospitalisées pour tentative de suicide ou idées suicidaires. Sur 706 patients hospitalisés pour ces deux motifs, 297 étaient décédés à la fin de l'étude, dont 55 par suicide, soit 18,5 % de l'ensemble des patients décédés. 49 % des suicides avaient eu lieu dans les 5 ans suivant l'admission à l'hôpital.

Les antécédents de tentative de suicide sont retrouvés à des taux variables dans la littérature, en fonction de la population étudiée. Nos résultats semblent cohérents avec les données de la littérature.

Cette donnée montre, toute l'importance de la prise en charge des suicidants pour ce qui est de la prévention secondaire, prévention qui passe, selon nous, par la connaissance par les soignants des moyens potentiellement létaux dont peut disposer ultérieurement le sujet suicidant.

8. Une clinique du passage :

1— Le jour du geste suicidaire était reporté à 28 % au mercredi.

2—le moment de la journée (matin, après-midi, soir, etc.) au cours duquel la tentative de suicide s'était produite était précisé dans 56 % entre 12 h-20h.

3— L'heure du passage à l'acte était transcrite dans près de 33 % dans l'intervalle 15 h-17h. Il nous paraît important que ces données puissent être retravaillées pour la prévention secondaire, à distance de l'acte.

4— Le diagnostic d'une pathologie psychiatrique au niveau de l'axe I (trouble d'adaptation 28 %, et trouble anxieux 12 %) était significativement associé à un diagnostic de trouble de personnalité au niveau de l'axe II (12 %).

Nous rappelons que les relations humaines verticales et horizontales sont des piliers du fonctionnement de l'institution militaire. Or les jeunes militaires rencontrent des difficultés dans leur relation à l'autre. Le rapport avec les autres devient un phénomène d'autant plus prégnant et anxiogène qu'il est inévitable. Cela peut expliquer en partie le passage à l'acte des jeunes recrues dans les premiers mois de leur arrivée dans leur unité.

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

La dimension d'impulsivité serait souvent associée aux conduites suicidaires chez les sujets jeunes.

Les idées suicidaires ont été retrouvées chez 12 %. Cela ne correspond pas aux résultats trouvés dans la littérature. Cela peut s'expliquer par le fait que la population en question est particulière, car la population militaire est déjà présélectionnée. Nous retrouvons un pourcentage d'idées suicidaires exprimées plus faible que ce qui est décrit dans la littérature. Cette observation peut s'expliquer par le nombre important de données manquantes.

Il importe notamment de rechercher la présence d'un projet suicidaire, et de préciser la fréquence, l'intensité, la durée des idées suicidaires, ainsi que leur caractère éventuellement envahissant.

5— En ce qui concerne les modes opératoires utilisés par les candidats au suicide ,dans notre échantillon la phlébotomie occupe le haut du podium cela peut s'expliquer par l'accès facile a se procurer des bris de verres ,ou des couvercles de boites de conserve ,d'une part et d'autres parts la facilité de passage à l'acte, au regard des autres modes opératoires auxquels ont recours les suicidés, l'arme à feu vient en second position ce qui peut s'expliquer par les difficultés à avoir une arme de service en dehors des heures de permanence.

Le mode de suicide le plus fréquent dans notre série est la phlébotomie avec 21 %. En revanche, l'importance de l'intoxication médicamenteuse et de l'utilisation des armes à feu est beaucoup plus variable. Comme le soulignent Scripcaru et al. la littérature spécialisée révèle des variations considérables en ce qui concerne les modalités de suicide en fonction du milieu géographique, sociologique, de la profession ou des troubles psychiques.

Guarner et Hanzlick y ajoutent des variables comme l'ethnie et la religion.

En dehors des hypothèses psychopathologiques, certains auteurs ont tenté d'identifier différents facteurs pouvant déterminer le choix du moyen.

SEIDEN a en effet proposé trois facteurs qui, selon lui, se combinent pour orienter le choix du moyen : l'accessibilité ou la disponibilité du moyen ; la suggestion ou la contamination du choix du moyen ; la valeur symbolique et psychologique du moyen.

6— Nous suggérons l'existence d'une possible relation entre les traits impulsifs et le choix du moyen chez les HDT. Le passage à l'acte suicidaire par arme à feu aurait donc une dimension impulsive particulièrement importante par rapport à d'autres moyens tels que les médicaments.

7— Dans notre échantillon, nous constatons un fort pourcentage de phlébotomie 21 %. Et arme à feu 18 %. Chacune chez les contractuels, ceci peut être le fait d'une crise existentielle, notamment lorsque les liens du sujet avec l'institution sont rompus. Avec une connotation de la classe d'âge de moins de 23 ans, cela peut s'expliquer par une forte vulnérabilité de ses jeunes militaires et non expérimentés.

8— La décision de réforme concerne les HDT exclusivement réservistes, âgés de moins de 23 ans, provenant majoritairement de l'armée de terre, et appartenant à une unité opérationnelle.

9. Comparaison nos résultats avec les données de la littérature :

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

Nos résultats sociodémographiques sont proches des résultats d'une enquête menée en France en 2010 intitulée : tentatives de suicide chez les militaires français : épidémiologie, facteurs de risque et psychopathologie. A propos de 39 observations cliniques. Et aussi aux résultats des données de la surveillance épidémiologique des armées En 2007, où ; quelques 132 tentatives de suicide ont été déclarées à la surveillance épidémiologique, soit un taux d'incidence de 38,4 pour 100 000.

Dans notre étude il s'agit majoritairement 79 % de primo-suicidants, nos résultats sont comparables à celle de l'étude française faite en 2007 et qui concerne un homme dans 78 % des cas, cette donnée est unanimement retrouvée dans la littérature militaire.

On retrouve une prédominance masculine à 98 % (celle de la étude française 82 %), la tranche d'âge 21-23 ans représente 35 %, suivi de près par les 24-26 ans par 23 %, avant 26 ans les TS représentent 79 %.(l'étude française retrouve 75 % entre tranche d'âge 20-24).

Près de 91 % des sujets de notre étude sont célibataires. (La même étude française retrouve 87 %) ,79 % avaient un niveau scolaire inférieur au baccalauréat avec respectivement 56 % un niveau moyen et 23 % un niveau secondaire.

Le statut militaire retrouvé est celui des contractuels représentés par 53 % suivi des réserves par 40 % avec un total de 93 %

Dans notre étude 49 % des militaires appartenant à l'arme infanterie,

Pour les grades concernés 72% sont des HDT suivi de 26 % des sous-officiers. (Dans l'étude française le militaire du rang 78 %, Sous-officier 18 %, officier 2 %)

En ce qui concerne les moyens de tentative de suicide dans notre échantillon, la phlébotomie occupe le premier rang 20 %, les armes à feu 18 % viennent en seconde position, suivi par les intoxications médicamenteuses 14 %. (Les moyens utilisés entre 2002-2007 sont dominés par l'ingestion médicamenteuse volontaire (61,2 %) suivie par la phlébotomie (17,6 %) dans l'étude susnommée).

Les antécédents de tentative de suicide sont retrouvés à des taux variables dans la littérature, en fonction de la population étudiée. Nos résultats semblent cohérents avec les données de la littérature. Et ceux des études avec 79 % sans antécédents psychiatriques. Dans le rapport Épidémiologique, 24,2% des suicidants avaient déjà réalisé un geste suicidaire, Dans notre étude on retrouve, 21%.

La majorité des suicidants ont effectué leur TS à l'unité environ 70 %.

Les conflits familiaux est le motif le plus retrouve représenté par 60 %

Près de 88 % des patients suicidants ont été déclarés inaptes au service armé et 12 % ont bénéficié de congés de longue durée.

Les difficultés d'adaptation au milieu militaire sont fréquentes sans pour autant constituer systématiquement un trouble de l'adaptation au sens du DSM IV-TR. Ainsi dans notre étude, on remarque 28 % de trouble de l'adaptation au milieu militaire.

QUATRIEME

PARTIE

CONCLUSION

&

RECOMMANDATIONS

I. CONCLUSION :

Toutes les données, de différentes natures, que nous avons traitées dans notre étude montrent bien que les tentatives de suicide représentent un problème de santé publique sérieux et, encore plus grave, en expansion au plan national. Ce devrait donc être un sujet de préoccupation.

Notre étude a mis en évidence la nécessité d'une recherche clinique visant à mettre à jour les mécanismes psychopathologiques propres à ces gestes suicidaires. Une meilleure prise en compte des mécanismes psychopathologiques qui sous-tendent le choix du mode de suicide pourrait participer à l'amélioration de la prévention des conduites suicidaires.

Il est nécessaire de s'engager dans la poursuite d'une stratégie de prévention des conduites suicidaires.

Notre étude représente une étape préliminaire à l'identification de facteurs de risque plus spécifiques en fonction de certaines caractéristiques cliniques de patients suicidants, en milieu militaire. Le dépistage systématique de pathologies psychiatriques, dans le milieu militaire très sensible à tout ce qui vient mettre en doute la fiabilité du soldat, n'est pas chose aisée. Il ne saurait être envisagé sans une politique globale, notamment d'information. Cela conduit à considérer la difficulté de repérage des patients suicidaires et l'importance d'une attention très personnalisée à ses individus. Les médecins militaires sont indiscutablement sensibilisés à l'hygiène mentale des soldats. Le rôle du médecin d'unité sera de connaître les facteurs de risque prédictifs et précipitants d'une conduite suicidaire dont nous citerons essentiellement :

- Facteurs de stress durables et aigus : conflits conjugaux et familiaux, maladie grave... etc.
- Présence de troubles dépressifs et psychotiques.
- Intentionnalité suicidaire exprimée.
- Présence d'idées suicidaires et les moyens violents disponibles.
- Antécédents de tentative de suicide en particulier et également des antécédents de suicide ou tentative de suicide dans la famille.
- Usage des substances : surtout le cannabis et l'alcool.

Le repérage précoce des conduites suicidaires pourrait permettre de cibler les patients pour lesquels on va proposer un suivi psychologique en priorité. Des outils d'évaluation pourraient être développés pour repérer précocement les conduites suicidaires et être utilisables par les médecins d'unité.

Ainsi, l'amélioration des connaissances des facteurs prédisant la détresse émotionnelle des patients suicidaires pourrait permettre non seulement un dépistage plus précoce du suicide, mais aussi une prise en charge la plus adaptée possible afin d'améliorer au maximum la qualité de vie de ses patients. Une vigilance particulière des équipes soignantes, avec un repérage des personnes en difficulté, pourrait être bénéfique pour la prise en charge de ces patients en souffrance.

Notre étude, de nature prospective et descriptive, a été réalisée sur un échantillon de 43 patients, presque exclusivement de sexe masculin, majoritairement des primo-suicidants ,célibataires, d'un niveau inférieur au baccalauréat , contractuels ou réservistes ,relevant de l'arme infanterie, de statut militaire contractuel ou sous officiers, sans antécédents psychiatriques, déclarés inaptes au service armé ,et chez lesquels, la phlébotomie occupe le premier rang .

L'analyse des données et des pratiques que nous avons réalisée met à jour des points importants de la TS. Tout sur le plan de la compréhension du phénomène que de sa gestion en termes de prévention, et de mesures à prendre débouchant sur des recommandations pratiques. Il est bien évident que des études ultérieures sont nécessaires afin d'affiner la caractérisation clinique et psychopathologique de suicidants initiée dans notre étude. Les recherches futures nous fourniront des indications très pertinentes pour mieux identifier les victimes du suicide.

II. RECOMMANDATIONS

Des recommandations et surtout des mesures d'intervention et de prévention peuvent être envisagées.

Sur le plan général:

- Les risques de passage à l'acte autoagressif doivent être anticipés autant que possible, afin de protéger le patient lui-même.
- Il est recommandé de repérer systématiquement les consommations des substances psychoactives (SPA) par un examen clinique minutieux et, si besoin, des examens complémentaires sur signes d'appel.
- La recherche de maladies mentales graves (troubles schizophréniques, autres Psychoses et troubles de l'humeur) sont recommandées devant des symptomatologies atypiques comportant notamment des « troubles des conduites » antisociales.
- Identification des facteurs de risque sachant qu'aucun n'est déterminant seul.

Sur le plan militaire :

Mesures préventives envisageables

1. Mesure de prévention primaire

- Instaurer des programmes d'éducation et de sensibilisation sur la santé mentale surtout sur le suicide destiné aux personnels, aux commandements et aux cliniciens.
- Le programme de formation sur la santé mentale vise à fournir aux militaires une formation continue sur des questions en lien avec la santé. Ce dernier va permettre de reconnaître les tendances suicidaires et d'intervenir efficacement. Le but de ce programme est d'améliorer l'éducation sur la santé mentale. Il enseigne les points suivants aux militaires :
 - ask (interroger) les personnes afin de savoir si elles ont des pensées suicidaires.
 - care (s'occuper) des personnes qui déclarent avoir des pensées suicidaires.
 - escort (accompagner) les patients suicidaires pour qu'ils reçoivent des soins.

- sensibiliser le commandement peut améliorer les connaissances sur le suicide et la santé mentale.
- Le dépistage et l'évaluation des pensées suicidaires au cours des examens médicaux périodiques habituels, l'évaluation des risques de suicide chez les patients présentant des symptômes de problèmes de santé mentale.
- Reformer les personnes qui ont des antécédents de troubles mentaux graves, parmi lesquels la schizophrénie, la dépression grave récurrente et le trouble bipolaire sont déclarés inaptes à servir sous les drapeaux.
- Améliorer la qualité de vie des militaires.
- Le respect de la réglementation et de la discipline.
- La rotation des permissions et des affectations.
- Débriefing après les opérations
 - L'augmentation du nombre de professionnels de la santé mentale au sein des unités.
 - Le renforcement du dépistage des problèmes de santé mentale au cours des examens médicaux périodiques.
 - La disposition d'un système de surveillance destiné au contrôle de soins de santé mentale en garnison.
 - Le suivi systématique des patients à risque élevé permet de réduire le risque de comportements suicidaires.
- Améliorer les attitudes et les actions après la survenance d'un suicide (la postvention) pour limiter au mieux le phénomène du suicide par imitation. Actions auprès de l'entourage de la personne décédée.
- L'amélioration de l'efficacité de la sélection psychologique des nouveaux recrues. Une plus grande place accordée à l'approche psychologique et psychiatrique afin de détecter les failles internes.

Le dépistage des consommations de substances psychoactives, un outil vraisemblablement filtrant une part des troubles liés à des substances.

La prolongation de la période probatoire (qui est d'une durée de trois mois), qui succède à l'incorporation, car la nouvelle recrue enfin plongée dans son milieu professionnel dissimule difficilement un trouble adaptatif ou une psychopathologie quelconque.

La recherche d'antécédents de troubles psychiques (troubles anxieux, épisodes dépressifs) et de troubles de la personnalité.

La sensibilisation du commandement par le médecin d'unité au retentissement des contraintes de la vie militaire sur le vécu individuel et la proposition des mesures permettant d'adapter le fonctionnement du groupe par une meilleure prise en compte du facteur humain. Ces mesures restent de la responsabilité du commandement.

2. Mesures de prévention secondaire

L'amélioration des conditions de travail

L'aménagement d'un poste de travail si cela est nécessaire.

Evaluation régulière des politiques de santé afin de s'assurer qu'elles correspondent aux besoins actuels.

Les politiques qui atténuent de manière efficace le stress lié au travail constituent vraisemblablement des outils plus utiles que les politiques de prévention des suicides.

L'atténuation du stress et ses conséquences au travail par l'intermédiaire de mesures organisationnelles comme la formation et la mise en œuvre de politiques et de programmes peuvent avoir des effets positifs en matière de prévention des suicides.

Les mesures disciplinaires ou les problèmes d'ordre juridique constituent un facteur courant de suicides chez les militaires et représentent également un point d'intervention. Je recommande que le placement d'un détenu au quartier disciplinaire soit précédé d'une

vérification par un médecin pour éviter qu'il ne s'agisse pas d'une crise suicidaire à manifestation agressive.

- L'aménagement de cellules sécuritaires et l'étude de leur disposition afin qu'il soit possible d'exercer une surveillance.
- Un changement de service, parfois une mutation, peut être conseillé au commandement lorsqu'un sujet semble fragilisé.
- Le commandement, les cliniciens et le personnel subalterne devraient partager la responsabilité en matière de prévention du suicide au sein des unités.

Sur le plan de la recherche :

Il convient de développer les activités de recherche sur les plans :

- Clinique ;
- Epidémiologique ;
- Des sciences humaines et sociales ;
- Neurobiologique ;
- Criminologique.

Sur le plan de l'Enseignement, formation, information :

Il convient d'informer, grâce à des campagnes nationales, le grand public sur :

— Les troubles psychiatriques ;

— Le caractère exceptionnel des comportements autoagressifs.

Il convient de mettre en place pour les patients et les proches des actions d'information, de formation et d'éducation thérapeutiques.

Il convient de former les professionnels de santé à la prise en charge coordonnée des troubles psychiatriques et des conduites addictives.

Il convient de mettre en place une véritable formation en psychologie clinique pour que les psychologues bénéficient de stages et de formations adaptées.

- Il convient de contribuer à la formation du personnel de la justice et de la gendarmerie sur les troubles mentaux.
- Il convient de contribuer à la mise en place d'un enseignement pluridisciplinaire de criminologie clinique.
- Il convient d'inclure dans les études de médecine l'enseignement de la sémiologie et des facteurs de risque de comportement autoagressif.

Sur le plan de la législation :

- Il convient d'informer et former sur les évolutions de la loi concernant la protection des biens, mais aussi la protection de la personne.
- L'évolution du cadre législatif permettant, l'organisation du dispositif de soins et de prévention en psychiatrie et santé mentale.
- La mise en place d'une législation plus stricte en matière du suicide.
- La mise en place d'une loi plus stricte, dans un but préventif, pour réduire l'accès au moyen du suicide.

Sur le plan des perspectives :

- La création et l'élaboration d'un centre national d'épidémiologie sur les causes médicales du décès.
- La création d'un réseau informatique entre les différents instituts médicolégaux et éventuellement le centre épidémiologique, et le département de la justice.
- L'autopsie psychologique apparaît comme un outil de choix.
- La création d'un observatoire des suicides et des conduites suicidaires en Algérie. Le but de cet observatoire serait d'établir une base de données commune sur les tentatives de suicide et les suicides aboutis, issus de la collaboration des différents acteurs ayant affaire aux suicidants pour mieux appréhender le phénomène suicidaire sous divers angles et permettre une prévention du passage à l'acte.

CINQUIEME

PARTIE

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

Annexe : 1

Nomenclature chiffrée des maladies Par le Dr. AMIR. 1968.

<i>code</i>	<i>Analyses</i>
688/4	— SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE-HOMICIDE ET BLESSURES PROVOQUEES
688/40	— SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE PAR ANAGESIQUES OU SPORIFIQUE.
688/400	— <i>morphine et dérivés de l'opium.</i>
688/401	— <i>aspirine, salicylates.</i>
688/403	— <i>bromures.</i>
688/409	— <i>autres substances analgésiques ou soporifiques.</i>
688/41	— SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE PAR D'AUTRES SUBSTANCES SOLIDES LIQUIDES.
688/410	— <i>Strychnine.</i>
688/411	— <i>arsenic.</i>
688/412	— <i>autres substances.</i>
688/42	— SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE PAR GAZ.
688/420	— <i>suicide par gaz à usage domestique.</i>
688/421	— <i>tentative de suicide par gaz à usage domestique.</i>
688/422	— <i>suicide et tentative de suicide par d'autres gaz.</i>
688/423	— <i>par gaz d'échappement de moteur.</i>
688/43	— SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE PAR ASPHYXIE OU CHUTE.
688/430	— <i>suicide par pendaison.</i>
688/431	— <i>suicide et tentative de suicide par strangulation.</i>
688/432	— <i>suicide et tentative de suicide par submersion.</i>
688/432	— <i>suicide et tentative de suicide par noyade.</i>

688/433	— suicide par précipitation d'un lieu élevé.
688/434	— tentative de suicide par précipitation d'un lieu élevé.
688/435	— suicide et tentative de suicide par d'autres procédés.
688/436	
	— SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE PAR ARME.
688/44	
	— suicide et tentative de suicide par arme à feu.
688/440	— suicide et tentative de suicide par explosif.
688/441	— suicide par instruments tranchants ou piquants.
688/442	— Tentative de suicide par instruments tranchants ou piquants.
688/443	
	— SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE PAR PROCEDES AUTRES OU NON SPECIFIES.
688/45	

Annexe : 2

Lésion auto-infligée

(X60-X84)

Comprend : Intoxication ou lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu
Suicide (tentative de)

Utiliser un code supplémentaire appartenant à la catégorie U98.- pour identifier le lieu de l'événement.

X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux Non opiacés, et exposition à ces produits

Comprend : Anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]

Dérivés du 4 — aminophénol

Dérivés pyrazolés

Salicylés

X61 Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, Antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs

Comprend : Antidépresseurs

Barbituriques

Composés de la méthaqualone

Dérivés de l'hydantoïne

Iminostilbènes

Neuroleptiques

Psychostimulants

Succinimides et oxazolidine-diones

Tranquillisants

X62 Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs

Comprend : Cannabis (dérivés)

Cocaïne

Codéine

Héroïne

Lysergide [LSD]

Mescaline

Méthadone

Morphine

Opium (alcaloïdes)

X63 Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits

Comprend : Parasympatholytiques [anticholinergiques et antimuscariniques] et spasmolytiques

Parasympathomimétiques [cholinergiques]

Sympatholytiques [anti-adrénergiques]

Sympathomimétiques [adrénergiques]

X64 Auto-intoxication par des drogues, médicaments et substances biologiques, et exposition à ces produits, autres et sans précision

Comprend : Anesthésiques (généraux) (locaux)

Antibiotiques systémiques et autres anti-infectieux

Gaz thérapeutiques

Hormones et leurs substituts synthétiques

Médicaments agissant sur :

- appareil cardiovasculaire
- tractus gastro-intestinal

Médicaments intervenant dans le métabolisme de l'eau, des sels minéraux et de l'acide urique

Médicaments systémiques et hématologiques

Préparations topiques

Substances agissant essentiellement sur les muscles lisses et striés, et sur l'appareil respiratoire

Vaccins

X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool

Comprend : Alcool :

- SAI
- butylique [1 — butanol]
- éthylique [éthanol]
- isopropylique [2 — propanol]
- méthylique [méthanol]

• propylique [1 — propanol]

Huile de fusel

X66 Auto-intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations, et exposition à ces produits

Comprend : Benzène et ses homologues

Chlorofluorocarbures

Pétrole (dérivés)

Tétrachlorure de carbone [tétrachlorométhane]

X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations, et exposition à ces produits

Comprend : Dioxyde de soufre

Gaz d'échappement d'un (véhicule à) moteur

Gaz d'utilitaires

Gaz lacrymogène

Hélium (non médicinal) NCA

Monoxyde de carbone

Oxydes d'azote

A l'exclusion de : métaux, y compris leurs fumées et vapeurs (X69.-)

X68 Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits *Comprend* : Fongicides

Fumigants

Herbicides

Insecticides

Produits de conservation du bois

Rodenticides

A l'exclusion de : engrais végétaux (X69.-)

X69 Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives, et exposition à ces produits, autres et sans précision

Comprend : Aliments toxiques et plantes vénéneuses

Colles et adhésifs

Corrosifs aromatiques, acides et bases caustiques

Engrais végétaux

Métaux, y compris leurs fumées et vapeurs

Peintures et teintures

Savons et détergents

X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation

X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion

X72 Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing

X73 Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille

X74 Lésion auto-infligée par décharge d'arme à feu, autre et sans précision

X74.00o Lésion auto-infligée par décharge d'un fusil à balles BB

X74.01o Lésion auto-infligée par décharge d'un fusil à air comprimé

X74.08o Lésion auto-infligée par décharge d'autre arme à feu précisée

X74.09o Lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu, sans précision

X75 Lésion auto-infligée par utilisation de matériel explosif

X76 Lésion auto-infligée par la fumée, le feu et les flammes

X77 Lésion auto-infligée par la vapeur d'eau, des gaz et des objets brûlants

X78 Lésion auto-infligée par objets tranchants

X79 Lésion auto-infligée par objets contondants

X80 Lésion auto-infligée en sautant d'un endroit élevé

Comprend : Chute intentionnelle d'un niveau à un autre

X81 Lésion auto-infligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement

X82 Lésion auto-infligée par collision d'un véhicule à moteur

Comprend : Collision intentionnelle avec :

• train

• tramway

• véhicule à moteur

A l'exclusion de : écrasement d'aéronef (X83)

X83 Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés

Comprend : Lésion auto-infligée par :

• écrasement d'aéronef

• électrocution

• substances caustiques, sauf intoxication

X84 Lésion auto-infligée par un moyen non précisé

Annexe : 3

QUESTIONNAIRE

A/ DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES :

• N° du cas

— Age : —

SEXE :

• Situation maritale :

Célibataire marié divorcé veuf

• FACTEURS DE STRESS PSYCHO SOCIAUX

Oui non

• Perte des parents :

Les deux un parent non

• Perte de conjoint :

Oui non

• Nombre d'enfant :

Pas d'enfants 1 à 2 enfants 3 à 4 enfants > à 4

• Nombre de fratrie : rang de fratrie :

• Niveau d'instruction :

Non scolarisés primaire secondaire supérieur

• catégorie militaire

Réserviste contractuel d'active

• Grade :

Djoundi sous-officier officier off sup

B/ ANTECEDENTS :

• Antécédents personnels T.S :

Oui non

• Si oui :

Combien de fois :....

Délai de dernière de T.S :....

• Antécédent personnel d'hospitalisation psychiatrique :

Oui non

*si oui combien de fois :....

• Antécédents personnels de consultation psychiatrique :

Oui non

• Nature de la maladie si Antécédent psychiatrique :

— trouble anxieux

— Trouble de l'humeur — schizophrénie — paranoïa

— psychose aiguë — Personnalité psychopathique —

— autres

• Usage de substances :

Oui non

Abus dépendance occasionnels

*si oui les quels :

Cannabis psychotropes solvants

Alcool autres

• Antécédents familiaux de consultation psychiatrique :

Oui non

• Antécédents familiaux de suivi psychiatrique :

Oui non

• Antécédents familiaux de TS :

Oui non

• Antécédents familiaux de suicide :

Oui non

C/LA TENTATIVE DE SUICIDE :

• Moyens utilisés :

Pendaison défenestration phlébotomie Arme :

Gaz Insecticide caustique médicament autres

*si médicament :

Benzodiazépines antidépresseurs neuroleptique

Autres

• Lieu de TS :

Domicile extérieur unité

• Heure de TS :

0à 8 h 08à12h 12à20h 20à0h

• Jour de la TS :

LU MA MER JEU VEN SAM

DIM

• Déroulement de l'acte :

Impulsif prémédité confusion angoisse

• Demande de l'aide de l'entourage :

Oui non

• Idéation suicidaire avant l'acte :

Présent *absente*

• *Divulgateion de l'intention suicidaire à un proche ou collègue :*

Oui *non*

• *Soins médicaux :*

Pas nécessaire *soins ambulatoires* *hospitalisation*

Réanimation *chirurgie* *autre*

• *Motifs invoqués :*

Conflits familiaux *difficultés professionnelles* *financières*

Perte d'un bien *Échec* *deuil* *Maladie grave*

Déception affective *autres*

• *Regrets par rapport au geste :*

Oui *non*

• *Veut refaire une autre TS*

Oui *non*

• *Réponse du service :*

Hospitalisation

Traitement et rejoint son unité

Traitement et mise en convalescence

Traitement et réforme

Annexe : 4

ECHELLE D'INTENTIONNALITE SUICIDAIRE DE BECK

A/ CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES À LA TENTATIVE DE SUICIDE :

1/ Isolement

- 0 — Quelqu'un de présent
- 1 — Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple)
- 2 — Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal)

2/ Moment choisi

- 0 — Intervention probable
- 1 — Intervention improbable
- 2 — Intervention très improbable

3/ Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui

- 0 — Aucune précaution ne prise
- 1 — Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : seul dans sa chambre, porte non fermée à clef)
- 2 — Précautions actives (porte fermée à clef...)

4/ Appel à l'aide pendant ou après la tentative

- 0 — A averti de son geste une personne pouvant le secourir
- 1 — A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste
- 2 — N'a contacté ou averti personne

5/ Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : testament, cadeaux, assurance vie...)

- 0 — Aucune
- 1 — A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre
- 2 — A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs

6— préparation active de la tentative

- 0— aucune
- 1— minime a modéré
- 2— extensive

7/ Lettre d'adieu

- 0 — Pas de lettre
- 1 — Lettre écrite, mais déchirée ou jetée
- 2 — Présence d'une lettre

8/communication expresse de l'intention avant le suicide

- 0— aucune
- 1— communication équivoque
- 2— communication sans équivoque

B /RAPPORT DU SUJET :

9/But invoqué de la tentative

- 0— pour manipuler l'environnement, attirer l'intention, se venger
- 1— mélange de « 0 » et « 2 »
- 2— pour s'échapper, différer, résoudre les problèmes

10/Estimation d'une issue fatale

- 0— a pensée que la mort était improbable
- 1— a pensée que la mort était possible, mais non probable
- 2— a pensée que la mort était probable ou certaine

11/Estimation de la létalité de la méthode employée

- 0— a fait moins que ce qu'il estimait léthal
- 1— n'était pas sur que ce qu'il s'était fait serait fatal
- 2— a égalé ou excédé ce qu'il croyait être fatal

12/Gravité de la tentative

- 0— n'a pas sérieusement tenté de mettre fin à sa vie
- 1— incertain de gravité mortelle
- 2— a sérieusement tenté de mettre fin à sa vie

13— Attitude envers vivre/mourir

- 0— ne ne voulait pas mourir
- 1— mélange de « 0 » et « 2 »
- 2— voulait mourir

14— Estimation de l'efficacité d'une intervention médicale

- 0— pensait que la mort serait improbable s'il (elle) recevait une intervention médicale
- 1 — était incertain que la mort pouvait être visée après l'intervention médicale
- 2— était sur de mourir même en cas d'intervention médicale

15— Degré de préméditation

- 0— aucune, impulsive
- 1— suicide envisagé moins 3 heures avant la tentative
- 2— suicide envisagé plus de 3 heures avant la tentative

C / AUTRES ASPECTS (non inclus dans le total de calcul de score)

16— réaction à la tentative

- 0— regrette de l'avoir fait ; se sent idiot (t), honteux (se) — encercler la bonne réponse
- 1 — accepte à la fois la tentative et le fait d'avoir échoué
- 2— regrette d'avoir échoué

17— vision de la mort

0—vie au-delà, réunion avec les morts

1— sommeil sans fin, obscurité, la fin de tout

2— aucune idée aucune pensée concernant la mort

18— nombre de tentatives antérieures

0— aucune

1—une ou deux

2— trois ou plus

19— Relation entre consommation alcoolique et tentative

0— consommation avant la tentative, mais sans rapport à la tentative, en quantité insuffisante selon la victime pour altérer le jugement l'évaluation de la réalité

1— suffisamment d'alcool pour altérer le jugement l'évaluation de la réalité et diminuer la responsabilité

2— consommation délibérer d'alcool pour faciliter le passage à l'acte

20— Relation entre la prise de drogue et la tentative (narcotique, hallucinogènes,... quand la drogue n'est pas la méthode employée pour le suicide

0 — prise de drogue préalable, insuffisante pour altérer le jugement et l'évaluation de la réalité

1— prise de drogue pour suffisant pour altérer le jugement, l'évaluation de la réalité et diminuer la responsabilité

2— prise de drogue délibérée pour faciliter le passage à l'acte.

Annexe 5

CRITERES DIAGNOSTIQUES ET STATISTIQUES D'APRES LE DSM.IV.

American Psychiatry Association (APA) — 1993

F20.xx [295.xx] SCHIZOPHRENIE
F20.8 [295.40] TROUBLE SCHIZOPHRENIFORME
F32.X [296.XX] TROUBLE DERESSIF MAJEUR
F31.X [296.XX] TROUBLE BIPOLAIRE
F23.8X [298.8] TROUBLE PSYCHOTIQUE BREF
F41.XX [300.XX] TROUBLES ANXIEUX
F43.X X [309.XX] TROUBLE DE L'ADAPTATION
F60.0 [301.XX] TROUBLE DE LA PERSONNALITE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Ansseau M, Pitchot W.** *Aspects biologiques du suicide.* In : Lemperiere T, directrice du comité scientifique. *Dépression et suicide.* Paris : Masson / Acanthe; 2000. p. 23-48.
- [2] **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e édition).* Paris : Masson, 1996, 1065 p.
- [3] **Asberg, M., Träskman, L., Thorén, P.** (1976). 5 — HIAA in the cerebrospinal fluid. *Abiochemical suicide predictor?* *Archives of general psychiatry*, 33(10) : 1193-7.
- [4] **Arango, V., Ernsberger, P., Marzuk, P.M., Chen, J.S., Tierney, H., Stanley, M., Reis, D.J., Mann, J.J.** (1990). *Autoradiographic demonstration of increased serotonin 5-HT₂ and betaadrenergic receptor binding sites in the brain of suicide victims.* *Archives of general psychiatry*, 47(11) : 1038-47.
- [5] **Altamura, A. C., Bassetti, R., Bignotti, S., Pioli, R., Mundo, E.** (2003). *Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study.* *Schizophrenia Research*, 60(1) : 47-55.
- [6] **Bowden C, Cheetham SC, Lowther S et al.** *Reduced dopamine turnover in the basal ganglia of depressed suicides.* *Brain Res.* 1997 Sep 19; 769(1) : 135-40.
- [7] **Brian-L Mishana, Michel Tousignant.** *Comprendre le suicide.* Les Presses de l'Université de Montréal, 2004/ISBN 2 760 618 722, 9 782 760 618 725, 172 pages.
- [8] **BATT A, TRON I, DEPOIVRE C, TREHONY A.** *Suicide attempts in Brittany (France). Distribution at the regional level.* *L'Encéphale* 1993 ; 19 (6) : 619-625.
- [9] **BECK AT.** *Suicide intent scale (1978)* In Blumenthal SJ, Kupfer, eds. *Suicide over the life cycle. Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients.* Washington : American psychiatric Press Inc, 1990 : 769-73.
- [10] **BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT, FERGUSSON DM, DEAVOLL BJ, NIGHTINGALE SK.** *Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts : a case-control study.* *The American Journal of Psychiatry* 1996 ; 153 (8) : 1009-1014.
- [11] **BECK AT, STEER RA, KOVACS M, GARRISON B.** *Hopelness and eventual suicide : a ten year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation.* *The American Journal of Psychiatry* 1985 ; 142 (5) : 559-563.
- [12] **BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A, DE LEO D, BOLHARI J, BOTEGA N, DE SILVA D, TRAN THI THANH H, PHILLIPS M, SCHLEBUSCH L, VARNIK A, VIJAYAKUMAR L, WASSERMAN D.** *Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites : the WHO SUPRE-MISS community survey.* *Psychological Medicine* 2005 ; 35 (10) : 1457-1465.

[13]BOURGEOIS ML, VERDOUX H. *Risque suicidaire dans les troubles bipolaires.* *L'Encéphale* 1997 ; 23 (1) : 35-41.

[14] BRENT DA, PERPER JA, ALLMAN CJ, MORITZ GM, WARTELLA ME, ZELENAK JP. *The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study.* *The Journal of the American Medical Association* 1991 ; 266 (21) : 2989-2995.

[15]BRENT DA, PERPER JA, GOLDSTEIN CE, KOLKO DJ, ALLAN MJ, ALLAN CJ, ZELENAK JP. *Risk factors in adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients.* *Archives of General Psychiatry* 1988 ; 45 (6) : 581-588.

[16]BRODSKY BS, MALONE KM, ELLIS SP, DULIT RA, MANN JJ. *Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior.* *The American Journal of Psychiatry* 1997 ; 154 (12) : 1715-1719.

[17] BEAUTRAIS, A.L., GIBB, S.J., FAULKNER, A., FERGUSSON, D.M., MULDER, R.T. (2010). *Postcard intervention for repeat self-harm: randomised controlled trial.* *The British Journal of Psychiatry*, 197(1) : 55-60.

[18]BATT A. (1994). *Les politiques de prévention du phénomène suicidaire en Europe : quelques exemples en médecine générale.* Paris, INSERM.

[19] BAUDELLOT, C., ESTABLET, R. (1984). *Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social.* *Economie et statistique*, 168, 59-70.

[20]BADEYAN, G., PARAYRE, C., MOUQUET, M.C., TELLIER, S., DRAGOS, S., ELLENBERG, E. (2001). *Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique.* *Etudes et Résultats N° 109 ; Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).*

[21]BOLTON, J. M., BELIK, S. L., ENNS, M. W., COX, B. J., SAREEN, J. (2008). *Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions.* *The Journal of clinical Psychiatry*, 69(7) : 1139-49.

[22] BAKKEN, K, VAGLUM, P. (2007). *Predictors of suicide attempters in substance-dependent patients: a six-year prospective follow-up.* *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10(3) : 20.

[23]BORGES, G., ANGST, J., NOCK, M.K., RUSCIO, A.M., WALTERS, E.E., KESSLER, R.C. (2006). *A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCSR).* *Psychological Medicine*, 36:1747–1757.

[24]BEDI, S., NELSON, E.C., LYNKEY, M.T., MC CUTCHEON, V.V., HEATH, A.C., MADDEN, P.A., MARTIN, N.G. (2011). *Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men.* *Suicide & life-threatening behaviour*, 41(4) : 406-15.

[25] BROWN, G.K., TEN HAVE, T.R., HENRIQUES, G.R., XIE, S.X., HOLLANDER, J.E., BECK, A.T. (2005). *Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial.* JAMA, 294:563 — 570.

[26] BEAUTRAIS, A.L., GIBB, S.J., FAULKNER, A., MULDER, R.T. (2008). *A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce repeat presentations to the emergency department for suicide attempt.* Annals of Emergency Medicine, 51:474.

[27] BATT A, CAMPEON A, LEGUAY D, LECORPS P. *Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention.* Paris : Masson, Encyclopédie Médico — Chirurgicale, 37-500 — A-20 : 1-8.

[28] Caillard V, Chastang F. *Le geste suicidaire.* Paris : Masson, « Les ages de la vie »; 2010.

[29] CIM 10/ICD 10. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.* OMS/Masson, 1993.

[30] CONFERENCE DE CONSENSUS. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.* Texte long. Fédération Française de Psychiatrie ,19-20 octobre 2000.

[30bis] C. MCCLAIN-JACOBSON, M.A. BARRY ROSENFELD, PH.D., ANNE KOSINSKI, B.S., HAYLEY PESSIN, PH.D., JAMES E. CIMINO, M.D., WILLIAM BREITBART, M.D. *Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer.* General Hospital Psychiatry 26 [2004] 484– 486.

[31] CASADEBAIG F, PHILIPPE A. *Mortalité chez les patients schizophrènes, trois ans de suivi d'une cohorte.* L'Encéphale 1999 ; 25 (4) : 329-337.

[32] CHASTANG F, RIOUX P, DUPONT I, KOVESS V, ZARIFIAN E. *Enquête prospective sur les tentatives de suicide.* L'Encéphale 1997 ; 23 (2) : 100-104.

[33] CHRISTOFFERSEN MN, POULSEN HD, NIELSEN A. *Attempted suicide among young people : risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966.* Acta Psychiatrica Scandinavica 2003 ; 108 (5) : 350-8.

[34] COLIN A, REGGERS J, CASTRONOVO V, ANSSEAU M. *Lipides, dépression et suicide.* L'Encéphale 2003 ; 29 (1) : 49-58. [34] COLIN A, REGGERS J, CASTRONOVO V, ANSSEAU M. *Lipides, dépression et suicide.* L'Encéphale 2003 ; 29 (1) : 49-58.

[35] CORYELL W, SCHLESSER M. *The dexamethasone suppression test and suicide prediction.* The American Journal of Psychiatry 2001 ; 158 (5) : 748-753.

[36] CHEN, H., LIU, XX., ZHENG, ML. (2011). *Study on the long-term trend of suicidal deaths in Macheng of Hubei province, 1984 – 2008.* Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, 32(2) : 151-154.

[37] CEDEREKE, M. ET OJEHAGEN, A. (2005). *Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months.* European Psychiatry, 20, 101-109.

[38] COOPER, J., KAPUR, N., WEBB, R., LAWLOR, M., GUTHRIE, E., MACKWAY-JONES, K., APPLEBY L. (2005). *Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. American Journal of Psychiatry, 162(2), 297-303.*

[39] CHANG, S.S., GUNNELL, D., STERNE, J.A., LU, T.H., CHENG, A.T. (2009). *Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. Social Sciences & Medicine, 68(7) : 1322-31.*

[40] CHARLES S, DUCHER JL, RENOUX M. *Echelle d'évaluation de Ducher (RSD). Actualités Psychiatriques 1990 ; 20 (7) : p59.*

[41] CLERVOY P, SIMON DE KERGUNIC T, FERRATY C. *Décès dans une unité, principes de la prise en charge psychologique au niveau du groupe et de la famille. Médecine et Armées 2005 ; 33 (2) : 157-160.*

[42] DURKHEIM E. *Le Suicide. Paris [France], Alcan, 1897.*

[43] DANIEL T. RASIC, S.L. BELIK, B. ELIAS, L. Y. KATZ, M. ENNS, J. SAREEN. *Spirituality, religion and suicidal behaviour in a nationally representative sample. J. Affect. Disord. 2008.*

[44] DUCROCQ F, COTTENCIN O, BOSS V, JARDON V, DEMARTY AL, DUHEM S, LIBERSA C, GOUEMAND M, VAIVA G. *Séquelles psychotraumatiques après tentative de suicide. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2007 ; 7 (2) : 79-88.*

[45] DUCROCQ F, VAIVA G. *Dépression et état de stress post-traumatique. In : Guay S, Marchand A. Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitement. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2006, 372 p.*

[46] DAVIDSON, R.J., PUTNAM, K.M., LARSON, CL. (2000). *Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence. Science, 289(5479) : 591N4.*

[47] D'ERAMO, K.S., PRINSTEIN, M.J., FREEMAN, J., GRAPENTINE, W.L., SPIRITO, A. (2004). *Psychiatric diagnoses and comorbidity in relation to suicidal behavior among psychiatrically hospitalized adolescents. Child Psychiatry and Human development, 35(1) : 21-35.*

[48] DEJONG, T.M., OVERHOLSER, J.C., STOCKMEIER, C.A. (2010). *Apples to oranges ? : a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. Journal of affective disorders, 124(1-2) : 90-7.*

[49] Étienne Gilson, *Introduction à l'étude de Saint Augustin, Paris, Vrin, coll. « Études de philosophie médiévale » (n° 11), 1982 (réimpr. 4), 2^e éd., 370 p.*

[50] ESPOSITO, C., SPIRITO, A., BOERGERS, J., DONALDSON, D. (2003). *Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. Suicide life-Threatening behaviour, 33(4) : 389-99.*

- [51] **ESPOSITO, C., SPIRITO, A., BOERGER, J., DONALDSON, D. (2003).** *Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. Suicide life-Threatening behaviour, 33(4) : 389-99.*
- [52] **FREUD S.** *Deuil et Mélancolie.*In : *Métopsychole. Paris : Gallimard, 1968 : 147-174.*
- [53] **FAVRE JD, CHOQUET M, AZOULAY G.** *Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune. Actualité et Dossier en Santé Publique 1997 ; 19 : 14-16.*
- [54] **FEKETE S, VOROS V, OSVATH P.** *Gender differences in suicide attempters in Hungary : retrospective epidemiological study. Croatian Medical Journal 2005 ; 46 (2) : 288-293.*
- [55] **FERRADA-NOLI M, ASBERG M, ORMSTAD K.** *Suicidal behaviour after severe trauma.Part 2 : The association between methods of torture and of suicide ideation in posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 1998 ; 11 (1) : 113-124.*
- [56] **FIDELLE G, CABON D.** *Prise en charge des familles des victimes de l'attentat de Karachi. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2003 ; 3 (3) : 191-196.*
- [57] **FIDELLE G, SIMON DE KERGUNIC T, AUXEMERY Y.** *Addictions et trauma : données épidémiologiques et cliniques. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2009 ; 9 (1) : 45 — 54.*
- [58] **FLEISCHMANN A, BERTOLOTE JM, DE LEO D, BOTEAGA N, PHILLIPS M, SISASK M, VIJAYAKUMAR L, MALAKOUTI K, SCHLEBUSCH L, DE SILVA D, NGUYEN VT, WASSERMAN D. (2005).** *Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. Psychological Medicine, 35, 1467-74.*
- [59] **FAWCETT, J., SCHEFTNER, W., CLARK, D., HEDEKER, D., GIBBONS, R., CORYELL, W. (1987).** *Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. American Journal of Psychiatry, 144: 35-40.*
- [60] **FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE** avec la participation de l'ANAES et le soutien de la Direction générale de la santé : *conférence de consensus de la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : 19 et 20 octobre 2000 (texte long). Paris : ANAES, 2000, 31 p.*
- [61] **FIDELLE G.** *Expertises psychiatriques en dehors de l'aptitude. Médecine et Armées 2005 ; 33 (5) : 425-432.*
- [62] **FIDELLE G, PAYEN A, RONDIER JP.** *Les blessures psychiques, soins immédiats et post immédiats. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2005 ; 5 (1) : 9-14.*
- [63] **GAROUETTE, EM., GOLDBERG, J., BEALS J., HERRELL R., MANSON S.M. AISUPERPFP T.** *Spirituality and attempted suicide among American Indians. Soc. Sci. Med. 56, 1571-1579.2002.*

- [64] GALVAN A, HARE T, VOSS H, GLOVER G, CASEY BJ. Risk-taking and the adolescent brain: who is at risk ? *Developmental Science* 2007 ; 10 (2) : 8-14.
- [65] GAULT S, VIALLETON C, GODEY B, MILLET B, EUDIER F. Tentatives de suicide par arme à feu avec destruction du visage : étude clinique et psychopathologique. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 164 (4) : 304-312.
- [66] Golomb BA. Cholesterol and Violence : Is There a Connection ? *Ann Intern Med.* 1998Mar 15; 128(6) : 478-87.
- [67] GOLBERG M, LECLERC L, BONENFANT S, CHASTANG JF, SCHMAUS A, KANIEWSKI N, ZINS M. Cohort profile : the GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology* 2007 ; 36 (1) : 32-39.
- [68] GAGNE, M., LEGARE, G., PERRON, P.A., ST-LAURENT, D. (2011). La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009. Institut National de Santé Publique du Québec.
- [69] GOULD MS. Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2001 ; 932 : 200-224.
- [70] GRATTON F. Secret, deuil et suicide : recension d'écrits. Pour le Conseil québécois de la recherche sociale. Montréal : Université de Montréal, 1999, 105 p.
- [71] HANUS M. Le deuil après suicide. Paris : Maloine; 2004.
- [72] HALBWACHS M. Les causes du suicide. Paris : Alcan, 1930.
- [73] HUGUELET P, MOHR S, BORRAS L, GILLIERON C, BRANDT PY. Spirituality and religious practices in outpatients with schizophrenia or schizo affective disorders and their clinicians. *Psychiatr Serv* 2006;57:366-72.
- [74] HARKAVY-FRIEDMAN JM, NELSON EA, VENARDE DF, MANN JJ. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder : examinig the role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004 ; 34 (1) : 66-76.
- [75] HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders, a metaanalysis. *The British Journal of Psychiatry* 1997 ; 170 : 205-228.
- [76] HARWOOD D, HAWTON K, HOPE T, JACOBY R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people : a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001 ; 16 (2) : 155-165.
- [77] HAWTON K, HOUSTON K, HAW C, TOWNSEND E, HARRISS L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry* 2003 ; 160 (8) : 1494-1500.

[78] HAWTON K, ZAHL D, WEATHERALL R. *Suicide following deliberate self-harm : long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. The British Journal of Psychiatry* 2003 ; 182 : 537-542.

[79] HENDIN H, HAAS AP. *Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. The American Journal of Psychiatry* 1991 ; 148 (5) : 586-591.

[80] HOWLAND RH. *General health, health care utilization, and medical comorbidity in dysthymia. International Journal of Psychiatry in Medicine* 1993 ; 23 (3) : 211-238.

[81] HUMEAU M, SENON JL. *Conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu : étude clinique à partir de 161 cas. L'Encéphale* 2008 ; 34 (5) : 459-466.

[82] HAWTON, K., HARRIS, L., HALL, S., SIMKIN, S., BALE, E., BOND, A. (2003). *Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000 : a time of change in patient characteristics. Psychological Medicine*, 33(6) : 987-95.

[83] HARKAVY-FRIEDMAN, J. M., RESTIFO, K., MALASPINA, D., KAUFMANN, C. A., AMADOR, X. F., YALE, S. A., GORMAN, J. M. (1999). *Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. The American Journal of Psychiatry*, 156(8) : 1276-8.

[84] HAWTON K, SIMKIN S. *Helping people bereaved by suicide. British Medical Journal* 2003 ; 327 : 177-178.

[85] JOUGLA E, PEQUIGNOT F, CHAPPERT JL, ROSSOLLIN F, LE TOULLEC A, PAVILLON G. *La qualité des données de mortalité par le suicide. Revue Epidémiologique de Santé Publique* 2002 ; 50 (1) : 49-62.

[86] JAKALA, A., JOLLANT, F. (2010). *Modélisations cognitives des conduits suicidaires. Dans P. Courtet (dir.), Suicides et tentatives de suicide (p ; 81-84). France : Médecine-Sciences, Flammarion.*

[87] KOENIG H.G., GEORGE L.K., TITUS P. 2004. *Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. J. Am. Geriatr. Soc.* 52, 554-562.

[88] KESSLER RC, BORGES G, WALTERS EE. *Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity survey. Archives of General Psychiatry* 1999 ; 56 (7) : 617-626.

[89] KLOSE, R.J., BIRD, A.P. (2006). *Genomic DNA methylation: the mark and its mediators. Trends in biochemical sciences*, 31(2) : 89-97.

[90] KELLY, T.M., MANN, J.J. (1996). *"Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinical ante-mortem diagnosis" Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 337- 343.

[91] KÖLVES, K., VÄRNIK, A., TOODING, L.M., WASSERMAN, D. (2006). *The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. Psychological medicine*, 36(7) : 923-30.

- [92] **KAPLAN, M.S., HUGUET, N., MCFARLAND, B.H., NEWSOM, J.T. (2007).** *Suicide among male veterans: a prospective population-based study. Journal of epidemiology and community health, 61(7) : 619-24.*
- [93] **KELLY, C.M., JORM, A.F., KITCHENER, B.A., LANGLANDS, R.L. (2008).** *Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: a Delphi study. BMC psychiatry, (18) 8 h 17.*
- [94] **KAHN JP.** *Les médias peuvent-ils contribuer utilement à la prévention du suicide ? Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (8.0) 9/2004 ; Tome VII, n° 78.*
- [95] **LABONTE, B., TURECKI, G. (2010).** *The epigenetics of suicide: explaining the biological effects of early life environmental adversity. Archives of suicide research, 14(4) : 291-310.*
- [96] **LECRUBIER, Y. (2001).** *The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. European Psychiatry, 16(7) : 395-9.*
- [97] **LAVOIE M, CARDINAL L, CHAPDELAIN A, ST-LAURENT D.** *L'état d'entreposage des armes à feu au domicile au Québec. Chronic Diseases in Canada 2001 ; 22 (1) : 24 29.*
- [98] **McGirr A, Alda M, Seguin M et al.** *Familial Aggregation of Suicide Explained by Cluster B Traits : A Three-Group Family Study of Suicide Controlling for Major Depressive Disorder. Am J Psychiatr. 2009 Sep 15; 166 : 1124-34.*
- [99] **MORON P.** *Le suicide. Presse universitaire de France ; Paris ; 1979 (2ème édition) : 463.*
- [100] **MOFIDI M, DEVELLIS RF, DEVELLIS BM, BLAZER DG, PANTER AT, JORDAN JM.** *The relationship between spirituality and depressive symptoms: testing psychosocial mechanisms. J Nerv Ment Dis. 2007 Aug ; 195[8] : 681-8.*
- [101] **MALONE KM, HAAS GL, SWEENEY JA, MANN JJ.** *Major depression and the risk of attempted suicide. Journal of Affective Disorders 1995 ; 34 (3) : 173-185.*
- [102] **MANN JJ.** *A current perspective of suicide and attempted suicide. Annals of Internal Medicine 2002 ; 136 (4) : 302-311.*
- [103] **MARSHALL RD, OLFSON M, HELLMAN F, BLANCO C, GUARDINO M, STRUENING EL.** *Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. The American Journal of Psychiatry 2001 ; 158 (9) : 1467-1473.*
- [104] **MOUQUET MC, BELLAMY V, CARASCO V.** *Suicides et tentatives de suicide en France. Paris : DRESS, Etudes et Résultats n° 488, 2006, 1-8.*
- [105] **MCGOWAN, P.O., SASAKI, A., D'ALESSIO, A.C., DYMOV, S., LABONTÉ, B., SZYF, M., TURECKI, G., MEANEY, M.J. (2009).** *Epigenetic regulation of the*

glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, 12(3) : 342-8.

[106] MCGIRR, A., RENAUD, J., SEGUIN, M., ALDA, M., BENKELFAT, C., LESAGE, A., TURECKI, G. (2006). *An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. Journal of affective disorders*, 97(1 — 3) : 203-9.

[107] MALONE, K. M., HAAS, G. L., SWEENEY, J.A., MANN, J. J. (1995). *Major depression and the risk attempter suicide. Journal of Affect Disorder*, 34 : 173-185.

[108] MANN, J.J., APTER, A., BERTOLOTE, J., BEAUTRAIS, A., CURRIER, D., HAAS, A.,..., HENDIN H. (2005). *Suicide prevention strategies: a systematic review. Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-74.

[109] O.LOUGHLIN S, SHERWOOD J. *A 20-year review of trends in deliberate self-harm in a British town 1981-2000. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2005 ; 40 (6) : 446 — 453.*

[110] O'CONNOR, R.C., NOYCE, R. (2008). *Personality and cognitive processes: self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. Behaviour research and therapy*, 46(3) : 392-401.

[111] OSVATH, P., KELEMEN, G., ERDOS, M.B., VÖRÖS, V., FEKETE, S. (2003). *The main factors of repetition: review of some results of the Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Crisis*, 24, 151-154.

[112] PLATT. S ET COLL *The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Acta psychiatr scand 1992 : 87, 97-104.*

[113] PETTERI-SOKERO T, MELARTIN TK, RYTSALA HJ, LESKELA US, LESTELA-MIELONEN PS. *Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. British Journal of Psychiatry 2005 ; 18 (6) : 314-8.*

[114] PAGURA, J., COX, B.J., SAREEN, J., ENNS, M.W. (2008). *Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States national comorbidity surveys. The Journal of nervous and mental disease*, 196(11) : 806-13.

[115] PRICE, R. K., RISK, N. K., HADEN, A. H., LEWIS, C. E., SPITZNAGEL, E. L. (2004). *Post-traumatic stress disorder, drug dependence, and suicidality among male Vietnam veterans with a history of heavy drug use. Drug and Alcohol Dependence*, 76 Suppl : S31-43.

[116] PANAGIOTI, M., GOODING, P., TARRIER, N. (2011). *Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. Clinical psychology review*, 29(6) : 471-82.

[117] PHILLIPS DP. *The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. American Sociological Review 1974 ; 39 (3) : 340-354.*

- [118] **ROUAN G., PEDINIELLI JL., GIMENEZ G.** *Le suicide est-il le meurtre de soi-même ? La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Décembre 2000, Tome IV, n° 43 : 70-73.*
- [119] **ROGGENBACH J, MÜLLER-OERLINGHAUSEN B, FRANKE L.** *Suicidality, impulsivity and aggression -- is there a link to 5HIAA concentration in the cerebrospinal fluid ? Psychiatry Research 2002 ; 113 (1-2) : 193-206.*
- [120] **RUDD, M.D., JOINER, T.E. JR, RUMZEK, H. (2004).** *Childhood diagnoses and later risk for multiple suicide attempts. . Suicide life-Threatening behaviour, 34(2) : 113-25.*
- [121] **Roy A, Segal NL.** *Suicidal behavior in twins : a replication. J Affect Disord. 2001 Sep ; 66(1) : 71-4.*
- [122] **Rihmer Z. (1996).** *Strategies of suicide prevention : focus on health care. Journal of Affective Disorders, 39 : 83-91.*
- [123] **RIHMER, Z., (2007).** *Suicide risk in mood disorders. Curr Opin Psychiatry, 20: 17-22.*
- [124] **RUTZ W, VON KNORRING L, WALINDER J.** *Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatrica Scandinavica 1989;80 : 151.4.*
- [125] **STAIKOWSKY F, DESCRIMES N.** *Groupe d'étude sur les tentatives 392 de suicide dans les services d'urgences (Getssu) Les tentatives de suicide dans les services d'urgence. Résultats d'une étude multicentrique. Bull Epidemiol Hebd 1999;51:216-7.*
- [126] **SCHNEIDER B, WETTERLING T, SARGK D, SCHNEIDER F, SCHNABEL A, MAURER K, FRITZE J.** *Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2006 ; 256 (1) : 17-27.*
- [127] **SOKERO TP, MELARTIN TK, RYTSÄLÄ HJ, LESKELÄ US, LESTELÄ-MIELONEN PS, ISOMETÄ ET.** *Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. The British Journal of Psychiatry 2005 ; 186 : 314-318.*
- [128] **SPIEGEL A., VALLET D., HAUS-CHEYMOL R. ET COLL.** *Conduites auto-aggressives dans les armées : tentatives de suicides et suicides, Résultats de la surveillance épidémiologique 2002-2006. EVDG/DESP n° 457, 40 p.*
- [129] **STENGEL, E., COOK, N.G. (1958);** *Attempted suicide. Its social significance and effects. Oxford University Press, London.*
- [130] **SILEVRMAN, M.M., BERMAN, A.L., SANDDAL, N.D., O'CARROLL, P.W., JOINER, T.E. (2007).** *Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2 : Suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behaviors, 37: 248-263.*
- [131] **SÉGUIN, M., LESAGE, A., CHAWKY, N., GUY, A., DAIGLE, F., GIRARD, G., TURECKI, G. (2006).** *Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: the*

importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*. 51(9) : 581-6.

[132] **Sher, L. (2006).** *Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects*. *Scientific World Journal*, 6.

[133] **SOKERO, T.P., MELARTIN, T.K., RYTSÄLÄ, H.J., LESKELÄ, U.S., LESTELÄ-MIELONEN, P.S., ISOMETSÄ, E.T. (2005).** *The British journal of psychiatry*, 186:314-8.

[134] **SCHNEIDER, B., KÖLVES, K., BLETTNER, M., WETTERLING, T., SCHNABEL, A., VÄRNIK, A. (2007).** *Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main)*. *Psychiatry research*, 165(3) : 263-72.

[135] **SEGUIN, M., RENAUD, J., LESAGE, A., ROBERT, M., TURECKI, G. (2011).** *Youth and young adult suicide: A study of life trajectory*. *Journal of psychiatric research*, 45(7) : 863-70.

[136] **STACK S.** *Suicide in the media : a quantitative review of studies based on non-fictional stories*. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2005 ; 35 (2) : 121-133.

[137] **TEJEDOR, M.C., DIAZ, A., CASTILLON, J.J., PERICAY, J.M. (1999).** *Attempted suicide: repetition and survival-findings of a follow-up study*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 205-211.

[138] **Tripodianakis J, Markanios M, Sarantidis D et al.** *Biogenic amine turnover and serumcholesterol in suicide attempt*. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*. 2002; 252 : 38-43.

[139] **TALBOT, N.L., DUBERSTEIN, P.R., COX, C., DENNING, D., CONWELL, Y. (2004).** *Preliminary report on childhood sexual abuse, suicidal ideation, and suicide attempts among middle-aged and older depressed women*. *The American journal of geriatric psychiatry*, 12(5) : 536-8.

[140] **TONG, Y., PHILLIPS, M.R. (2010).** *Cohort-specific risk of suicide for different mental disorders in China*. *The British journal of psychiatry*, 196(6) : 467-73.

[141] **VEDERINE J.DOUBIER J.P.** *Signification et prévention de suicide*. *Rev.Prat.*1987 37 [13] 731-736.

[142] **VAN HEERINGEN K.** *The neurobiology of suicide and suicidality*. *Canadian Journal of Psychiatry* 2003 ; 48 (5) : 292-300.

[143] **VIRKKUNEN, M. (1974).** *Suicides in schizophrenia and paranoid psychoses*. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*,250:1–305.

[144] **VAIVA, G., JEHEL, L., COTTENCIN, O., DUCROCQ, F., DUCHET, C., OMNES, C.,..., ROELANDT, J.L. (2007).** *Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG)*. *Encephale*, 34(6) : 577-83.

[145] VAIVA, G., DUCROCQ, F. (2010). *Syndrome de stress post-traumatique et risque suicidaire*. Dans P.Courtet (dir), *Suicide et Tentatives de suicide* (p.151). Médecine-Science, Flammarion.

[146] VERGER, P., BRABIS, P.A., KOVESS, V., LOVELL, A., SEBBAH, R., VILLANI, P.,..., ROUILLON F. (2007). *Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice: a multilevel analysis*. *Journal of affective disorders*, 99(1-3) : 253-7.

[147]VAIVA, G., WALTER, M., AL ARAB, A.S., COURTET, P., BELLIVIER, F., DEMARTY, A.L., DUHEM, S., DUCROCQ, F., GOLDSTEIN, P., LIBERSA, C. (2011). *ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters*. *BMC Psychiatry*, (2) 11:1.

[148]WENZEL, A., BECK, A.T. (2008). *A cognitive model of suicidal behavior : Theory and treatment*. *Applied and Preventive Psychology*, 189-201.

[149] WALRATH, C.M., MANDELL, D.S., LIAO, Q., HOLDEN, E.W., DE CAROLIS, G., SANTIAGO, R.L., LEAF, P.J. (2001). *Suicide attempts in the "comprehensive community mental health services for children and their families" program*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(10) : 1197-205.

[150]WOLFERSDORF, M., STEINER, B., KELLER, F. (1990). *Depression and suicide. Is there a difference between suicidal and non-suicidal depressed inpatients?.* *European Journal of psychiatry*, 4: 235-252.

[151]YUR'YEV, A., VÄRNIK, A., VÄRNIK, P., SISASK, M., LEPPIK, L. (2010). *Employment status influences suicide mortality in Europe*. *The international Journal of Social Psychiatry*, 18.

[152]*Soins palliatifs et traditions islamiques*, Dr. Dalil BOUBAKEUR Recteur de l'Institut Musulman de la Mosquée de Paris.

[153] *Organisation Islamique des Sciences Médicales*, Koweït, 1981, p.65.

[154] *code de justice militaire section v article 273*

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

INTRODUCTION :

Le suicide est une des dix premières causes de mortalité dans le monde. L'objectif de cette étude était d'apprécier l'intérêt des données recueillies dans notre centre universitaire (**HMRUC**) pour une meilleure connaissance clinique et épidémiologique de ce phénomène.

MATÉRIEL ET MÉTHODES :

Nous nous sommes intéressés dans ce travail de recherche aux caractéristiques des TS chez les militaires en activité. Il s'agit d'une étude prospective ayant inclus tous les patients ayant fait une tentative de suicide, entre la période du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013.

RÉSULTATS :

Cette étude de 43 cas de TS a retrouvé, des hommes, contractuels ou réservistes, relevant de l'arme infanterie, et chez lesquels, la phlébotomie occupe le premier rang. Ces résultats nous permettent d'envisager une politique de prévention plus ciblée sur ce type de conduites dans le contexte actuel particulier.

DISCUSSION ET PERSPECTIVES :

Les résultats corroborent les données de la littérature pour certains critères. Il serait intéressant d'effectuer une étude comparative avec d'autres centres appartenant à d'autres régions pour mieux connaître la gravité et l'ampleur des conduites suicidaires en milieu militaire.

CONCLUSION :

Les TS qui sévissent dans l'armée sont comparables au milieu civil, avec des caractéristiques et spécificités propres au milieu militaire.

SUMMARY OF THE THESIS

INTRODUCTION:

Suicide is one of the top ten causes of death in the world. It is now a serious public health. The objective of this study was to evaluate the benefits of the data collected in our military hospital (**HMRUC**) for better epidemiological understanding of this phenomenon.

MATERIALS AND METHODS:

We were interested in this research the characteristics of suicide attempts in military activity. This is a prospective study included all patients who had attempted suicide between the first July 2012 to 30 June 2013.

RESULTS:

This study of 43 cases of suicide-attempts, were men, contractual or reserves, within of the earth Army, and in whom, phlebotomy ranks first. These results allow us to consider a more targeted prevention policy on such behavior in the present context particular.

DISCUSSION AND PERSPECTIVES:

The results support the literature data for some criteria. It would be interesting to do a comparative study with other centers belonging to other regions to better know the severity and extent of suicidal behavior in the military.

CONCLUSION:

Suicide-attempts plaguing the army are comparable to the civilian area with features and characteristics specific to the military.