



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N° 198

Les tentatives de suicide au niveau d'Agadir – Inzegane :
Etude transversale, descriptive et analytique

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 /05 /2024

PAR

Mlle. Fatima Ezzahra EZ-ZAHIR

Née Le 16/01/1997 à Beni Mellal

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Tentative de suicide – Intentionnalité suicidaire – Suicide – Religiosité –
Impulsivité – Facteurs de risque – Prévention

JURY

Mme. F. MANOUDI Professeur de Psychiatrie	PRESIDENTE
Mr. I. RAMMOUZ Professeur de Psychiatrie	RAPPORTEUR
Mme. I. ADALI Professeur de Psychiatrie	JUGE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

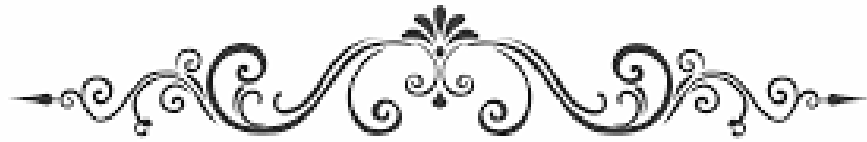
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD

**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Said ZOUHAIR
Vice doyen de la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen des Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen Chargé de la Pharmacie : Pr. Oualid ZIRAOUI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	ZOUHAIR Said (DOYEN)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie

10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophthalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique

34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne

58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophthalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
81	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie

82	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
83	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
84	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
85	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophthalmologie
86	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
87	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
88	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
89	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
90	BELKHOUS Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
91	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
92	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
93	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
94	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
95	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
96	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
97	BOURRAHOUEAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
98	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
99	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
101	TAZI Mohamed Ilias	P.E.S	Hématologie clinique
102	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
103	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
104	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
105	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie

106	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
107	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
108	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
112	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
113	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
114	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
115	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
116	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
117	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
118	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
119	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
120	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
121	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
122	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
123	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
124	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
125	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
126	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
127	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
128	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
129	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie

130	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
131	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
132	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
133	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
134	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
135	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
136	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
137	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
138	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
139	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
140	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
141	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
142	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
143	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
144	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
145	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
146	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
147	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
148	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
149	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
150	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
151	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
152	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation

153	ABDELFTTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
154	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
156	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
157	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
158	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
160	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
161	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
162	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
163	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
164	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
165	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
166	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
167	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
168	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
169	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
170	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
171	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
172	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
173	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
174	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
175	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie

176	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
178	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
179	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
180	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
181	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
182	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
183	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
188	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
189	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
190	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
191	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
192	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
193	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
194	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
195	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
196	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
197	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
198	CETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
199	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie

200	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
201	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
202	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
203	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
204	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ag	Pédiatrie
205	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
206	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
207	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
208	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
209	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
210	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
211	LAMRANI HANCI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
212	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
213	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
214	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
215	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
216	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
217	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
218	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
219	WARDA Karima	MC	Microbiologie
220	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organique
221	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
222	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
223	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique

224	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
225	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
226	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
227	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
228	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
229	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
230	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
231	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
232	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
233	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
234	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
235	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
236	SBAI Asma	MC	Informatique
237	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
238	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
239	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
240	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
241	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
242	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
243	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
244	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
245	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
246	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
247	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation

248	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
249	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
250	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
251	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
252	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
253	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
254	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
255	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
256	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
257	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
258	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
259	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
260	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
261	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
262	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
263	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
264	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
265	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
266	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
267	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
268	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
269	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
270	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
271	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique

272	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
273	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
274	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
275	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
276	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
277	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
278	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
279	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
280	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
281	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
282	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
283	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
284	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
285	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
286	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
287	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
288	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
289	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
290	BENDAOUUD Layla	Pr Ass	Dermatologie
291	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
292	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
293	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
294	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
295	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie

296	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
297	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
299	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
300	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
302	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
303	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
304	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
305	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
306	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
307	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
308	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
309	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
310	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
311	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
312	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
313	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
314	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
315	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
316	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
317	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
318	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
319	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique

320	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
321	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
322	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
323	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
324	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
325	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
326	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
327	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
328	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
329	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
330	JENDOUI Omar	Pr Ass	Urologie
331	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
332	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
333	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
334	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
335	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
336	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
337	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
338	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
339	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
340	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
341	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
342	GHARBI Khalid	Pr Ass	Gastro-entérologie
343	ATBIB Yassine	Pr Ass	Pharmacie clinique

LISTE ARRETEE LE 24/07/2024



DEDICACES



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



Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Le tout puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Incha'Allah. Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

À ma très chère mère ZAHRA AABID,

Aujourd'hui, je prends quelques instants pour t'exprimer ma profonde gratitude et reconnaissance. Les mots ne suffisent pas à exprimer l'ampleur de ma reconnaissance pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu as été plus qu'une mère pour moi, tu as été mon pilier, ma force et ma source d'inspiration. Je me rappelle des jours où nous avons dû affronter tant d'épreuves et de difficultés, où tu as assumé le rôle de deux parents. Tu as enduré tant de sacrifices et de nuits blanches pour veiller sur moi et m'offrir une vie meilleure. Tu t'es battue sans relâche pour notre survie et notre bien-être, et je suis extrêmement reconnaissant de tout ce que tu as accompli. Je me souviens des moments où tu as travaillé dur pour subvenir à nos besoins, et chaque victoire que j'ai remportée est aussi la tienne. Maintenant, je réalise à quel point tes sacrifices ont été précieux. Ton amour inconditionnel et ton soutien indéfectible m'ont permis de franchir chaque étape de ce parcours difficile. Puisse DIEU TOUT puissant, te préserver et t'accorder une bonne santé et longévité afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. J'espère que ce modeste travail te rendra fier et ne sera que le début de multiples accomplissements futurs.

À la mémoire de ma 2^{ème} maman AZIZA MOUAIID,

Il est difficile de croire que deux ans se sont écoulés depuis que tu nous as quittés. Les souvenirs de notre relation spéciale restent gravés dans mon cœur avec une gratitude profonde. Tu as été une présence aimante et réconfortante dans ma vie, et je suis reconnaissante pour chaque moment précieux que nous avons partagé. Il est difficile d'exprimer par des mots la reconnaissance que je ressens pour toi. Tu as été bien plus qu'une deuxième maman pour moi. Tu étais une source de réconfort, de soutien et de guidance dans les moments où j'en avais le plus besoin. Tu m'as montré un amour inconditionnel et une bienveillance infinie qui ont comblé un vide dans ma vie. Tu me manques énormément, mais ton héritage d'amour et de soutien restera à jamais gravé dans ma mémoire. J'aurai tant aimé que tu sois présente aujourd'hui. Je te dédie ce travail en témoignage de mes sentiments les plus sincères. Puisse ton âme repose en paix. Que Dieu, le tout puissant, te couvre de sa sainte miséricorde et t'accueille dans son éternelle Paradis.

A mon très cher oncle ABID AABID,

Je tiens à t'exprimer ma profonde gratitude pour le rôle paternel que tu as assumé dans ma vie. Depuis mon enfance, tu as été là pour moi, offrant ton amour, ton soutien et ta présence. Tu as été bien plus qu'un oncle pour moi, tu as été un pilier solide sur lequel je pouvais m'appuyer, un guide bienveillant et un modèle d'intégrité. Je suis reconnaissante de t'avoir dans ma vie et je suis honorée de pouvoir compter sur toi. Je te remercie du fond du cœur pour tout ce que tu as fait et continues de faire pour moi. Ta présence et ton amour ont rempli un vide dans ma vie, et je suis honorée d'avoir un tel oncle extraordinaire. Je suis profondément reconnaissante de t'avoir dans ma vie et je t'aime énormément.

A mon très cher frère YASSINE EZ-ZAHIR,

C'est avec toi que j'ai grandi et j'ai découvert l'univers. Tu as été mon allié ; tu m'as toujours écouté et soutenu. Je suis très chanceuse de t'avoir dans ma vie. Mille mercis pour ces bons souvenirs, cette responsabilité que tu assumes et pour tous ces sacrifices que tu fais pour nous. Tu es le pilier de notre petite famille et une source intarissable de sécurité et sureté. Que Dieu te garde pour moi, et te procure santé et bonheur.

A mes très chers cousin WALID AABID et OMAR AABID,

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude infinie pour notre lien familial. Vous avez été bien plus que des cousins, vous avez été mes frères, mes confidentes et mes amis les plus proches. Les souvenirs que nous avons créés ensemble ont illuminé ma vie et ont forgé des liens indestructibles. Je suis reconnaissante d'avoir grandi avec vous, car vous avez enrichi mon existence de manière inestimable. Votre amour, votre soutien et votre amitié sont des trésors que je chérirai toujours. Que Dieu veuille sur vous, vous préserve en bonne santé et vous comble de bonheur.

A la mémoire de mes grands-pères, MOHAMED AABID et OULAD EZ-ZAHIR, et ma grand-mère RABHA RAHALI,

Le destin ne m'a pas laissé le temps pour jouir de ce bonheur avec vous et pour cueillir vos bénédictions interminables. Puisse Dieu tout puissant vous accorder sa clémence, sa miséricorde et vous accueillir dans son saint paradis. Et sachiez que vous êtes toujours avec moi dans mes beaux et mauvais jours.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines,

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragement et affection. J'espère que vous trouverez à travers ce travail le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur. Puisse Dieu tout puissant vous protéger et vous garder.

A mon cher MAROUANE ZIDANI,

Je tiens à te dire combien je suis profondément reconnaissante pour ta générosité, ton soutien permanent et ta présence encourageant dans ma vie au cours de ces quatre dernières années. Tu as été à mes côtés dans les moments les plus difficiles, apportant une lumière d'espoir et de réconfort lorsque tout semblait sombre. Ta gentillesse, ton écoute attentive, ton soutien et ton aide précieuse ont été des cadeaux inappréciables. Je ne pourrai jamais assez te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi, Je suis infiniment reconnaissante d'avoir une personne aussi merveilleuse que toi dans ma vie.

A Mes meilleures copines : chère SOUAD CHARFAOUI, chère IMANE AZMI, chère OUMAIMA ACHNINE, chère OUMAIMA AMRANI, chère LAILA CHAKIR,

Je tiens à prendre un moment pour vous exprimer toute ma gratitude pour votre présence inestimable dans ma vie, vous êtes mes meilleures amies, mes sœurs de cœur., et je suis incroyablement reconnaissante de vous avoir à mes côtés. Vous êtes l'incarnation des meilleures amies que tout le monde rêve d'avoir. Votre soutien inconditionnel, vos encouragements constants et votre amour véritable m'ont aidé à traverser les hauts et les bas de la vie. Chaque instant partagé avec vous est empreint de joie, de complicité et de sincérité. Merci d'être celles sur lesquelles je peux toujours compter. Merci d'être là pour mes bons moments aussi bien que dans les mauvais. Merci d'être les piliers sur lesquels je peux m'appuyer, les personnes sur qui je peux toujours compter. Merci pour tous les moments formidables, les fous rires et les conneries que nous avons partagé. Je suis bénie de vous avoir dans ma vie. JE VOUS AIME.

A ma chère NAJOUA ENNAKCHAOU,

En souvenir des instants de magie, de fous rires, des épreuves sans fins mais aussi des gardes et des longues nuits à l'hôpital, qui ne serait surement pas aussi merveilleux qu'ils étaient sans toi. Tu étais pour moi l'amie, la confidente, tu as toujours su me réconforter et m'apporter de l'aide au moment où j'avais besoin.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon grand amour, estime et mes souhaits de bonheur et de réussite.

A ma chère IMANE HADRI,

A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Merci d'avoir été là à tous les instants. Je suis honorée de vous avoir dans ma vie et je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez. Que notre amitié reste éternelle et que ce lien si spécial que nous avons tissé au fil du temps soit éternellement incassable.

A ma chère WIAM TIMSAHI,

Ton soutien inconditionnel et ton amitié précieuse ont été ma force. Nos conversations sincères, nos moments de détente et notre complicité ont été des échappées précieuses dans ce long parcours. Tu es bien plus qu'un ami, tu es mon confident et ma boussole. Merci d'être toujours là pour moi, peu importe les hauts et les bas de la vie.

A ma chère KHAOULA BOUREGUBA,

Je tenais à te remercier du fond du cœur pour notre passage de service et notre merveilleux voyage qui nous a permis de créer des souvenirs magnifiques. Ce fut une expérience inoubliable, remplie de moments précieux, ta présence a rendu chaque instant encore plus spécial. Les souvenirs que nous avons partagés resteront à jamais gravés dans mon cœur, merci d'être une amie si spéciale et de partager ces moments magiques avec moi.

A mes chères IHSSANE RAMMOUZ et IKRAM EDDAMINI,

Votre gentillesse, votre serviabilité et votre présence chaleureuse ont rendu mon passage avec vous inoubliable. Les moments passés ensemble étaient empreints de rires, de complicité et de solidarité, Vous avez su rendre notre parcours plus facile, en apportant toujours votre aide avec un sourire sincère. Je suis reconnaissante d'avoir des amies aussi incroyables que vous. Je vous souhaite le meilleur pour l'avenir, que tous tes projets se concrétisent et que le succès t'accompagne dans chaque nouvelle étape de votre carrière.

A ma chère HOUDA ABOUSSOUKAR,

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour ta précieuse présence à mes côtés. Tu es bien plus qu'une simple collègue, tu es une amie sincère et un soutien inestimable. Ta compétence, ton professionnalisme et ta dévotion envers tes patients sont une source d'inspiration constante. Ta générosité, ta bienveillance et ton soutien inconditionnel ont été une source d'inspiration pour moi. Je te souhaite le meilleur pour l'avenir.

*A l'équipe du service de psychiatrie d'Inzegane du CHU Souss-Massa,
Au sein de laquelle j'ai passé mon internat et continue de vivre mes présentes
années de résidanat. Une équipe avec qui je ne cesse d'apprendre dans la
convivialité et la bonne humeur. Merci pour votre soutien continu.*

*A NOTRE CHÈRE MAÎTRE ET PROFESSEUR Laïla LAHLOU,
Professeur en médecine communautaire préventive, santé publique et hygiène
au CHU Souss-Massa,*

*Permettez-moi de vous remercier grandement pour votre collaboration dans la
réalisation de ce travail. Votre disponibilité, votre bonté et votre générosité
imposent le respect. J'ai énormément appris à vos côtés et vous en suis
infiniment reconnaissante, en espérant apprendre et travailler davantage avec
vous.*

*A NOTRE CHÈRE MAÎTRE ET PROFESSEUR Jalal DOUFIK,
Professeur en psychiatrie au CHU Souss-Massa,*

*Permettez-moi de vous remercier sincèrement pour votre présence, votre
patience, et votre gentillesse depuis le début de mon passage d'internat et
durant mon résidanat. Vos enseignements nous sont d'une précieuse aide, votre
bienveillance, votre sens de pédagogie et votre générosité sont une motivation
pour nous tous. Veuillez accepter l'expression de mon respect le plus profond*

*A Dr. Omar EL OUMARY,
Résident en service de psychiatrie au CHU Souss-Massa,*

*Je tenais à vous adresser mes plus profonds remerciements pour votre précieuse
contribution à ma thèse et pour tout ce que vous m'avez appris pendant mon
passage avec vous. Votre expertise, votre dévouement et votre bienveillance ont
été d'une valeur inestimable pour moi, tant sur le plan professionnel que
personnel.*

*A tous ceux que j'ai omis de citer,
Que ce travail soit le témoignage des bons moments que nous avons passé
ensemble. J'espère pour vous une vie pleine de bonheur.*



REMERCIEMENTS



A NOTRE CHÈRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE
Professeur Fatîha MANOUDI,
Professeur de Psychiatrie au CHU Mohamed VI de Marrakech,

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider ce prestigieux jury de thèse. Je vous remercie de la confiance que vous avez bien voulu m'accorder. J'ai eu la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité ma profonde admiration. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux.

A NOTRE CHER MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
Professeur Ismaïl RAMMOUZ,
Professeur de Psychiatrie au CHU Souss-Massa d'Agadir,

Permettez-moi de vous remercier du fond du cœur d'avoir accepté de diriger ce travail, ainsi que pour la bienveillance, la bonté et la modestie dont vous avez fait preuve à mon égard depuis le premier jour. Travailler ces dernières années sous votre direction était un réel honneur. Vos qualités scientifiques, pédagogiques et votre intarissable humanité m'inspirent beaucoup d'admiration et de respect. Vous êtes un exemple à suivre. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et ma reconnaissance les plus sincères.

A NOTRE CHÈRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
Professeur Imane ADALI
Professeur de Psychiatrie au CHU MOHAMMED VI de Marrakech

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude. Veuillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux.



*LISTE FIGURES ET
TABLEAUX*



Liste des figures :

- Figure 1** : Répartition des patients selon l'âge.
- Figure 2** : Répartition des patients selon le sexe.
- Figure 3** : Répartition des patients selon le milieu de vie
- Figure 4** : Répartition des patients selon le statut marital
- Figure 5** : Répartition des patients selon le nombre d'enfants
- Figure 6** : Répartition des patients selon le niveau scolaire
- Figure 7** : Répartition des patients selon l'activité professionnelle
- Figure 8** : Répartition des patients selon le niveau socio-économique
- Figure 9** : Répartition des patients selon leur vie sociale
- Figure 10** : Répartition des patients selon la présence d'un événement stressant durant les derniers 6 mois
- Figure 11** : Répartition des patients selon l'antécédent de TS
- Figure 12** : Répartition des patients selon le nombre de TS
- Figure 13** : Répartition des patients selon l'antécédent de consultation psychiatrique
- Figure 14** : Répartition des patients selon l'antécédent d'hospitalisation en psychiatrie
- Figure 15** : Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisation
- Figure 16** : Répartition des patients selon les troubles psychiatriques.
- Figure 17** : Répartition des patients selon la durée du trouble psychiatrique
- Figure 18** : Répartition des patients selon la présence d'un antécédents d'EDM
- Figure 19** : Répartition des patients selon la présence d'EDM actuel
- Figure 20** : Répartition des patients selon la consommation de SPA
- Figure 21** : Répartition des patients selon l'antécédent médico-chirurgical.
- Figure 22** : Répartition des patients selon le trouble psychiatrique familial
- Figure 23** : Répartition des patients selon le motif évoqué de la TS
- Figure 24** : Répartition des patients selon le moyen utilisé dans la TS

- Figure 25** : Répartition des patients selon l'intimité lors de la TS
- Figure 26** : Répartition des patients selon le lieu de la TS
- Figure 27** : Répartition des patients selon l'heure de la TS
- Figure 28** : Répartition des patients selon la saison de la TS
- Figure 29** : Répartition des patients selon la demande de l'aide de l'entourage.
- Figure 30** : Répartition des patients selon la présence de l'idéation suicidaire avant l'acte.
- Figure 31** : Répartition des patients selon divulgation de l'intention suicidaire
- Figure 32** : Répartition des patients selon les soins médicaux à la suite de la TS
- Figure 33** : Répartition des patients selon le regret après la TS
- Figure 34** : Répartition des patients selon l'idée de refaire une autre TS.
- Figure 35** : Répartition des patients selon le MINI risque suicidaire
- Figure 36** : Répartition des patients selon l'intentionnalité suicidaire
- Figure 37** : Répartition des patients selon l'échelle de Barrat d'impulsivité

Liste des tableaux :

Tableau I	: Répartition des patients selon le respect des rendez-vous de la consultation et la prise de traitement.
Tableau II	: Répartition des patients selon la consommation des substances toxiques
Tableau III	: Répartition des patients selon les antécédents familiaux
Tableau IV	: Comparaison de l'âge et les moyens violents.
Tableau V	: Comparaison des moyens violents et le sexe.
Tableau VI	: Comparaison du niveau d'instruction et l'utilisation des moyens violents.
Tableau VII	: Comparaison de la violence des moyens utilisés et les troubles psychiatriques.
Tableau VIII	: Comparaison de la violence des moyens utilisés et l'intentionnalité suicidaire.
Tableau IX	: Comparaison de la violence des moyens utilisés en fonction de la planification du geste suicidaire.
Tableau X	: Comparaison du caractère récidiviste et l'âge
Tableau XI	: Comparaison du caractère récidiviste et le sexe.
Tableau XII	: Comparaison du caractère récidiviste et les troubles psychiatriques
Tableau XIII	: Comparaison des troubles psychiatriques des suicidants selon leur regret
Tableau XIV	: Comparaison des troubles psychiatriques des suicidants selon leur demande de l'aide
Tableau XV	: Comparaison des troubles psychiatriques des suicidants selon l'intimité lors du passage à l'acte
Tableau XVI	: L'intentionnalité suicidaire en fonction du sexe.
Tableau XVII	: L'intentionnalité suicidaire en fonction du trouble psychiatrique.
Tableau XVIII	: Comparaison de l'intentionnalité suicidaire et le MINI risque suicidaire.
Tableau XIX	: Comparaison de l'impulsivité et l'intentionnalité suicidaire.
Tableau XX	: Comparaison de l'impulsivité et le risque suicidaire.
Tableau XXI	: Comparaison de la religiosité et l'intentionnalité suicidaire.
Tableau XXII	: Comparaison de la religiosité et le risque suicidaire.
Tableau XXIII	: les 10 premiers pays du monde classés suivant le nombre moyen des suicides par rapport à la population générale : Statistiques de l'OMS 2019 (32)
Tableau XXIV	: Pourcentage des suicidants selon l'âge
Tableau XXV	: Pourcentage des suicidants selon le sexe

Tableau XXVI	: Pourcentage des suicidants selon le milieu de vie
Tableau XXVII	: Pourcentage des suicidants selon le statut marital
Tableau XXVIII	: Pourcentage des suicidants selon le nombre d'enfants
Tableau XXIX	: Pourcentage des suicidants selon le niveau scolaire
Tableau XXX	: Pourcentage des suicidants selon L'activité professionnelle
Tableau XXXI	: Pourcentage des suicidants selon le niveau socio-économique
Tableau XXXII	: Pourcentage des suicidants selon la vie sociale
Tableau XXXIII	: Pourcentage des suicidants selon les antécédents personnels psychiatrique
Tableau XXXIV	: Pourcentage des suicidants selon le trouble psychiatrique
Tableau XXXV	: Pourcentage des suicidants selon la substance toxique
Tableau XXXVI	: Pourcentage des suicidants selon les antécédents familiaux
Tableau XXXVII	: Pourcentage des suicidants selon le motif évoqué de la TS
Tableau XXXVIII	: Pourcentage des suicidants selon le moyen utilisé dans la TS
Tableau XXXIX	: Pourcentage des TS selon le lieu
Tableau XL	: Pourcentage des TS selon l'heure
Tableau XLI	: Pourcentage des TS selon la saison
Tableau XLII	: Pourcentage des suicidants selon d'autres caractéristiques des TS
Tableau XLIII	: Pourcentage des suicidants selon les soins médicaux suite à la TS
Tableau XLIV	: Pourcentage des suicidants selon l'intentionnalité suicidaire
Tableau XLV	: Pourcentage des suicidants selon le MINI risque suicidaire
Tableau XLVI	: Pourcentage des suicidants selon l'échelle de BIAC de religiosité
Tableau XLVII	: Pourcentage des suicidants selon l'impulsivité

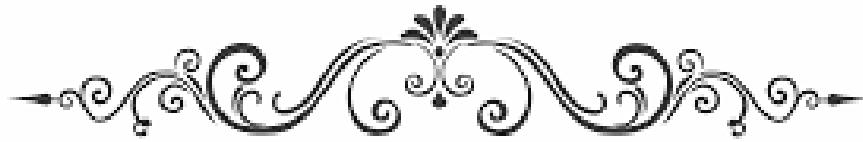


ABBREVIATIONS



Liste des abréviations :

5-HIAA	: Acide 5-hydroxy-indole acétique
CIM-10	: classification internationale des maladies, 10 ^e révision
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HAS	: Haute autorité de santé
INPES	: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en France
InVS	: Institut de veille sanitaire en France
MINI	: Mini- International Neuropsychiatric Interview
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ORS	: Observatoire Régional de la Santé la Réunion en France
SAMHSA	: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SIS	: Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (Suicidal Intent Scale)
TCC	: Thérapie cognitivo-comportementale
TS	: Tentative de suicide
TSPT	: Trouble de stress post-traumatique



PLAN



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET MÉTHODES	4
I. Schéma d'étude :	5
II. Population :	5
1. Population cible :	5
2. Critères d'inclusion :	5
3. Critères d'exclusion :	6
III. Fiche d'exploitation :	6
IV. Echelles utilisées :	6
1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck :	6
2. Echelle MINI-risque suicidaire :	8
3. Echelle de religiosité : Belief Into Action (BIAC)	9
4. Echelle d'impulsivité de Barratt :	10
V. Collecte des données :	10
VI. Méthodes statistiques :	10
VII. Considérations éthiques :	11
RÉSULTATS	12
I. Résultats descriptifs :	13
1. Données sociodémographiques :	13
2. Antécédents :	19
3. Caractéristiques des tentatives de suicide :	28
II. Résultats analytiques :	37
1. Utilisation des moyens violents :	37
2. Caractère récidiviste :	40
3. Troubles psychiatriques :	41
4. Intentionnalité suicidaire selon le score Beck :	43
5. Impulsivité :	44
6. Religiosité :	45
DISCUSSION	47
I. Généralités :	48
1. Terminologie spécifique aux comportements suicidaires :	48
2. Comportement suicidaire selon le DSM-5 :	53
3. Epidémiologie des tentatives de suicide :	53
4. Aspects historiques, socioculturels et religieux :	57
5. Neurobiologie des conduites suicidaires :	63
6. Approche génétique, environnement et réactivité au stress :	65
7. Psychopathologie des patients suicidaires :	67
8. Facteurs de risque des tentatives de suicide :	71

9. Prévention :	86
II. Discussion des résultats :	89
1. Données sociodémographiques :	89
2. Antécédents :	95
3. Caractéristiques des tentatives de suicide :	99
III. Limites de notre étude :	108
IV. Recommandations :	109
1. Volet « prise en charge » :	109
2. Volet « Famille » :	111
3. Volet « Société » :	111
4. Volet « Formation » :	112
CONCLUSION	113
ANNEXES	116
RESUMES	124
BIBLIOGRAPHIE	131



INTRODUCTION



Le suicide est une problématique ancienne, qui a pris une ampleur croissante de nos jours, il est devenu un véritable problème de santé publique, qui nécessite une intervention globale, adéquate et urgente.

Selon les dernières estimations de l'OMS en 2019, chaque année plus de 700 000 personnes mettent fin à leur vie, et 20 fois plus de sujets ont effectué au moins une tentative de suicide (1) , un décès sur 100 est un décès par suicide (2) .

Au Maroc, En 2019, l'OMS a signalé que le nombre de suicides est estimé à 1648 cas au Maroc, dont plus de 1430 hommes et 198 femmes. Et le taux de suicide brut pour tous les âges au royaume se situe à 7.2 pour 100 000 habitants. (3)

Le suicide peut survenir à tout moment de la vie, il touche l'ensemble de la population depuis l'adolescence jusqu'à un âge avancé, il constituait la quatrième principale cause de mortalité chez les sujets de 15 à 29 ans à l'échelle mondiale en 2019. (1)

La question du suicide est abordée dans de nombreuses études scientifiques. Cependant, les tentatives de suicide suscitent moins d'attention dans la recherche, bien que leur importance en tant que facteur de risque de suicide soit établie.

Ce phénomène complexe mérite d'être exploré à travers diverses recherches, non seulement dans le domaine médical, mais également dans d'autres domaines susceptibles d'apporter une valeur ajoutée en termes de compréhension, de prévention et de prise en charge. Cette approche multidisciplinaire englobe les aspects médicaux, psychologiques, biologiques, historiques, sociologiques, philosophiques, anthropologiques et religieux.

Depuis les débuts de la recherche sur le suicide (Durkheim 1897), la relation entre religiosité et risque de suicide a été une question cruciale, quelques études suggèrent que l'appartenance religieuse ne protège pas nécessairement contre les idées suicidaires, mais peut protéger contre les tentatives de suicide. Les facteurs sociaux et les mesures de soutien jouent également un rôle important dans cette relation(3).

Nous avons mené cette étude dont les objectifs étaient les suivants :

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des suicidants.
- ✓ Décrire les principales étiologies psychiatriques des tentatives de suicide.
- ✓ Etudier l'association des différents paramètres sociodémographiques avec le niveau de risque suicidaire.
- ✓ Déterminer les liens entre le comportement et l'intentionnalité suicidaires et la religiosité chez les patients.



*PATIENTS
ET
MÉTODES*



I. Schéma d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, chez les participants recrutés via la consultation ambulatoire, les urgences et le service hospitalier de psychiatrie à l'hôpital d'INZEGANE, au service des urgences au sein de l'hôpital HASSAN II d'AGADIR.

La durée de l'étude était de 14 mois ; allant du mois de septembre 2022 au mois de décembre 2023.

II. Population :

1. Population cible :

Nous avons inclus dans notre étude toute personne venant à l'hôpital psychiatrique INZEGANE et à l'hôpital régional d'AGADIR, dont le motif de consultation ou d'hospitalisation était une tentative de suicide, quelle que soit la nature de la maladie.

2. Critères d'inclusion :

- Avoir réalisé une tentative de suicide selon les critères définis par le National Institute of Mental Health (basés sur les travaux de Silverman et al. En 2007), Quel que soit le diagnostic psychiatrique retenu.
- Etre coopérant
- Agé au moins 16 ans.
- Accepter la participation à l'étude.
- Patients de nationalité marocaine.

3. Critères d'exclusion :

- Toute maladie neurologique ou autre d'ordre organique nécessitant une médication lourde.
- Refus de participation.
- Agé moins de 16 ans
- Autre nationalité.

III. Fiche d'exploitation :

Après une revue de la littérature à propos des tentatives de suicide et du suicide, nous avons élaboré une fiche d'exploitation constituée de 68 items. (Annexe1)

- ✓ La première partie renseigne sur les caractéristiques sociodémographiques des suicidants.
- ✓ La deuxième partie renseigne sur les antécédents personnels et familiaux des suicidants.
- ✓ La troisième partie renseigne sur les caractéristiques et les circonstances de la tentative de de suicide actuelle.

IV. Echelles utilisées :

1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck :

La Suicide Intent Scale (SIS) mise au point par A.T. BECK en 1974 est la seule échelle qui ne s'intéresse qu'à l'évaluation de la tentative de suicide qui vient d'avoir lieu.

C'est un hétéro-questionnaire permettant d'évaluer l'importance de l'intentionnalité suicidaire et le désir de mort après le passage à l'acte.(4)

Son objectif initial relevait essentiellement du domaine de la recherche : Beck proposait son utilisation comme variable dépendante afin de déterminer quelles caractéristiques chez les suicidants étaient significativement corrélées à l'intention suicidaire. Elle a secondairement été proposée dans la pratique clinique en tant que complément à l'évaluation clinique des suicidants, son utilisation ayant été recommandée lors de la Conférence de Consensus sur la Crise Suicidaire.(5)

Elle répond aux recommandations professionnelles de prise en charge hospitalière des sujets après une tentative de suicide. Elle a aussi une valeur prédictive du risque suicidaire après la TS actuelle ; par l'évaluation des sentiments après la TS et l'intention de la refaire. (6)

La version initiale a été élaborée par A.T. BECK en 1974 et comporte 20 questions, divisée en 3 sections. Elle a été revue par D. W. PIERCE en 1977, qui en a fait une version à 12 questions, divisée en 3 section : (7,8)

- ✓ Les circonstances de la tentative de suicide (6 questions)
- ✓ Les propos rapportés par le patient (self report) (4 questions)
- ✓ Deux questions sur la létalité évaluée par le médecin(7)

Le score total d'intentionnalité suicidaire est la somme des 12 questions. Il varie de 0 à 25 (7) :

- ✓ Intentionnalité faible 0 - 3
- ✓ Intentionnalité moyenne 4 - 10
- ✓ Intentionnalité élevée 11 -25

Cette échelle a également l'intérêt sémiologique de structurer l'entretien avec le suicidant.(7)

2. Echelle MINI–risque suicidaire :

Le MINI est un court entretien diagnostique structuré, développé conjointement par des psychiatres et des cliniciens aux Etats–Unis et en Europe, explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM–IV (American Psychiatric Association, 1994), avec un temps d'administration d'environ 15 minutes.

Il a été conçu pour répondre au besoin d'une entrevue psychiatrique structurée courte pour les essais cliniques multicentriques et les études épidémiologiques et pour être utilisé comme première étape dans le suivi des résultats dans des contextes cliniques et non de recherche.

Son module « risque suicidaire » très bref est parfois utilisé seul pour déterminer le niveau de risque suicidaire. Il est composé de 6 questions binaires.

Le niveau de risque est établi en fonction de quelle question et du nombre de questions ayant obtenu une réponse positive (9,10) (11) :

- **Au cours du mois écoulé avez–vous :**

- ✓ C1 : Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?
- ✓ C2 : Voulu vous faire du mal ?
- ✓ C3 : Pensé à vous suicider ?
- ✓ C4 : Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?
- ✓ C5 : Fait une tentative de suicide ?

- **Au cours de votre vie,**

- ✓ C6 : Avez–vous déjà fait une tentative de suicide ?

- **Y'a–t–il au moins un oui ci–dessus ?**

- **Si oui, spécifier le niveau du risque suicidaire actuel comme si dessous :**

- ✓ C1 ou C2 ou C6 = OUI : léger
- ✓ C3 ou (C2 + C6) = OUI : moyen
- ✓ C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : élevé

3. Echelle de religiosité : Belief Into Action (BIAC)

La Belief into Action Scale (BIAC) est une nouvelle échelle développée en réponse aux préoccupations selon lesquelles de nombreuses mesures religieuses n'évaluent que superficiellement le niveau de religiosité et ont souvent des effets plafonds dans les populations connues pour être hautement religieuses (Noirs, autres minorités ethniques, groupes du Moyen-Orient, etc...) (12) .

L'échelle BIAC a été conçue pour se concentrer spécifiquement sur la religiosité, y compris ses engagements cognitifs et comportementaux, ses activités organisationnelles avec les autres et ses activités de dévotion privée. Le BIAC détermine dans quelle mesure Dieu est au centre de la vie d'une personne au-dessus de tous les autres intérêts (13).

En raison de la nécessité d'un tel outil, le BIAC a été traduit en arabe et utilisé pour évaluer une population musulmane en Arabie Saoudite. Alakhdhaira et al. (2016) a modifié la version anglaise du BIAC pour les croyants musulmans avec des modifications mineures dans la formulation en remplaçant Dieu par Allah, la Bible par le Coran, l'église par la mosquée, etc (13) .

Le BIAC a été traduit en dialecte arabe marocain et testé les propriétés psychométriques afin de déterminer si cet outil pourrait être une mesure appropriée de la religiosité des musulmans marocains (13).

L'échelle Le BIAC se compose de 10 questions, chacune notée sur une échelle de 1 à 10 (sauf la première question, qui reçoit une valeur de 1 ou 10 selon la réponse). Le score total sur l'échelle varie donc de 10 à 100. Le temps d'achèvement est inférieur à deux minutes. Chaque question a été soigneusement choisie sur la base de questions similaires sur d'autres échelles couramment utilisées pour évaluer la religiosité (12) .

4. Echelle d'impulsivité de Barratt :

Sa version originale a été publiée en 1959. À mesure que ses recherches progressaient, Barratt a conclu qu'il existait trois dimensions théoriques de l'impulsivité. (11)

La dernière version de la BIS-11 est un auto-questionnaire fait de 30 questions portant sur la manière avec laquelle la personne agit et pense indépendamment du facteur temps. Il explore l'impulsivité comme un trait de personnalité. (11)

Les réponses sont qualitatives, fermées, cotées en quatre degrés. Elles sont cotées dans un ordre croissant sauf pour les items no 4, 5, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21 et 26. Le score total varie de 30 à 120. Un score supérieur à 72 signifie un degré élevé d'impulsivité. Les scores compris entre 52 et 71 traduisent un degré normal d'impulsivité. Les scores qui sont inférieurs à 52 révèlent un sujet qu'on peut facilement contrôler ou qui n'a pas répondu honnêtement au questionnaire. (11)

V. Collecte des données :

La passation du questionnaire a été faite par un seul enquêteur formé pour éviter tout biais d'information.

VI. Méthodes statistiques :

Le traitement des données a été effectué en utilisant le logiciel Jamovi version 2.4.11, en collaboration avec l'équipe du laboratoire Epidémiologie-Biostatistiques et traitement de l'information en santé d'Agadir.

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages puis comparés par test khi² et Fisher exact selon les condition d'application de chacun des tests

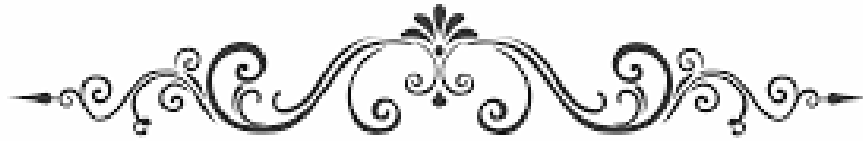
Les variables quantitatives de distribution gaussiennes ont été décrites en moyenne et écart type puis comparés par le test de student ou bien Anova, à un facteur selon le nombre de groupes à comparer.

Les variables quantitatives de distribution non gaussiennes ont été décrites en médiane et intervalle interquartile puis comparés par un test non paramétrique.

VII. Considérations éthiques :

La considération éthique a été respectée à savoir :

- ✓ L'anonymat et la confidentialité des informations des participants.
- ✓ Le consentement oral des participants.



RÉSULTATS



I. Résultats descriptifs :

Sur une période de 14 mois, allant du mois de septembre 2022 au mois de décembre 2023, nous avons recruté 147 patients qui ont consulté ou ont été hospitalisés à l'hôpital HASSAN II d'AGADIR et à l'hôpital psychiatrique d'INZEGANE.

1. Données sociodémographiques :

1.1 Age :

L'âge médian était de 26 [21–36] (moyenne d'âge était de 29,4). L'âge compris entre 20 et 40 ans était le plus prédominant : 59,9% (n=88). (Figure1)

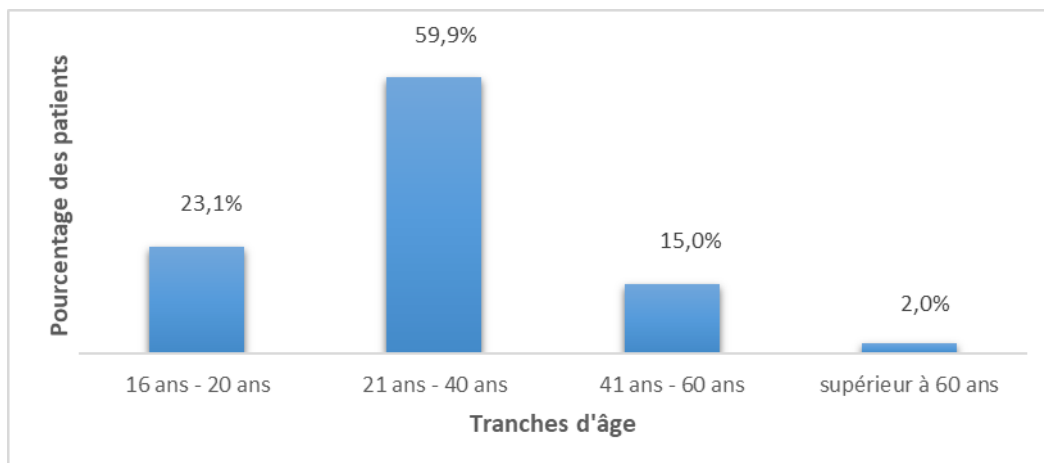


Figure 1: Répartition des patients selon l'âge.

1.2 Sexe :

Les deux tiers des patients 63,3% (n=96) étaient de sexe féminin. (Figure2)

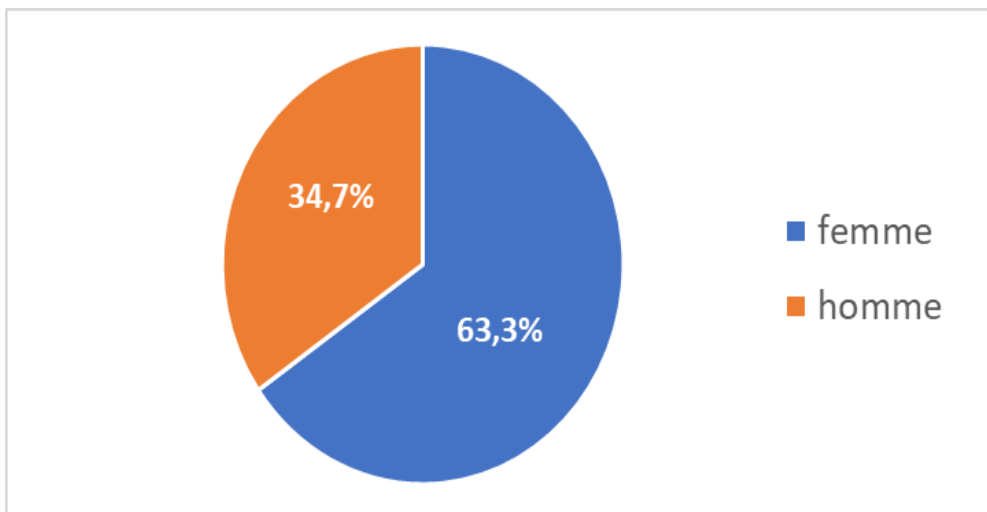


Figure 2: Répartition des patients selon le sexe.

1.3 Milieu de vie :

La majorité des patients 91,2% (n=134) résidait en milieu urbain. (Figure3)

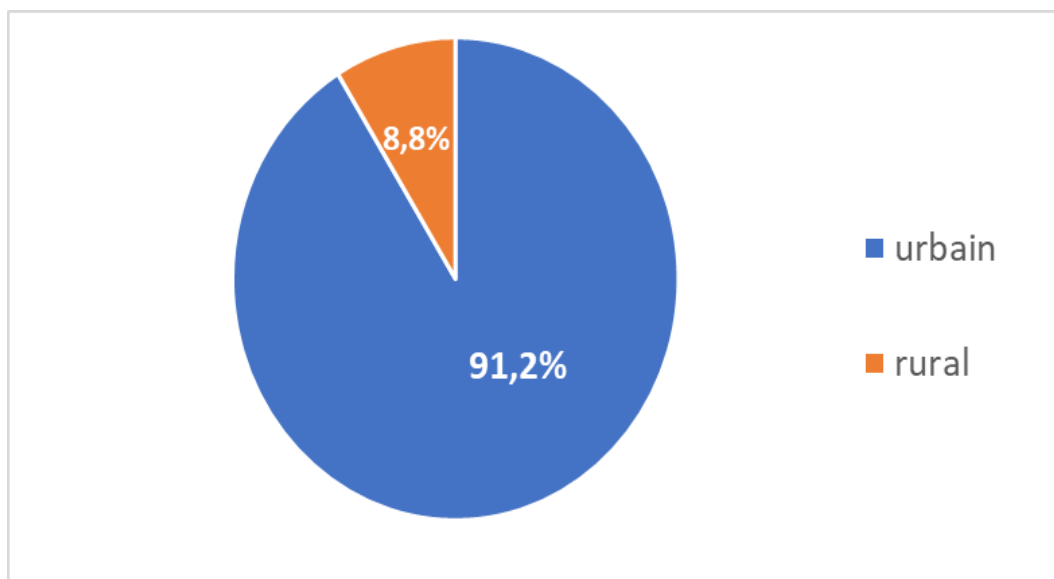


Figure 3: Répartition des patients selon le milieu de vie

1.4 Statut marital :

On note que 64,6% des patients (n=95) étaient des célibataires. (Figure4)

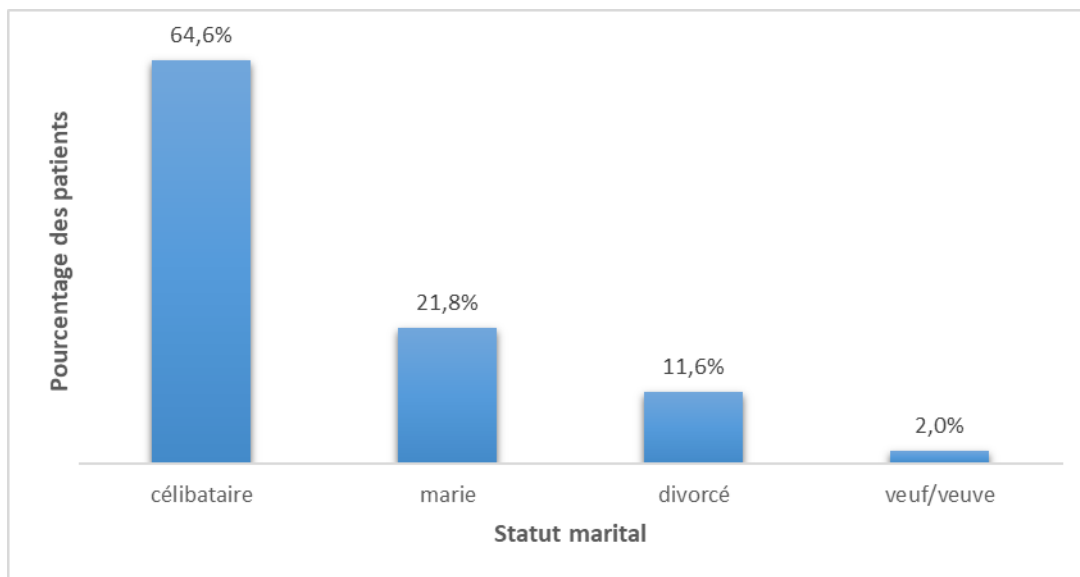


Figure 4: Répartition des patients selon le statut marital

1.5 Nombre d'enfants :

Plus de la moitié des suicidants (65,3%, n=96) n'avait pas d'enfants. (Figure5)

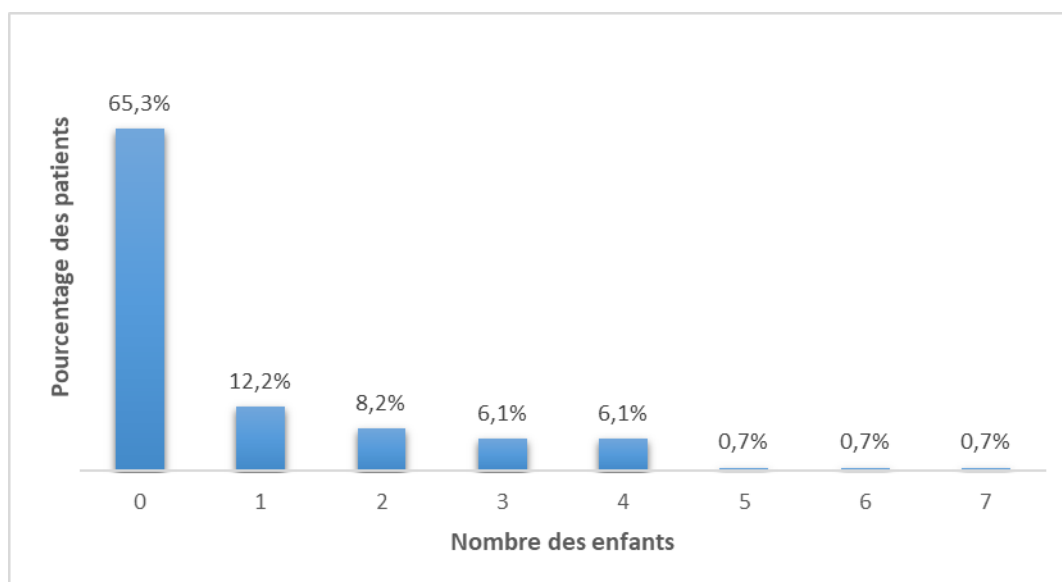


Figure 5: Répartition des patients selon le nombre d'enfants

1.6 Niveau scolaire :

Plus de la moitié des patients (n=69, soit 54,4%) avait un niveau d'instruction secondaire. (Figure 6)

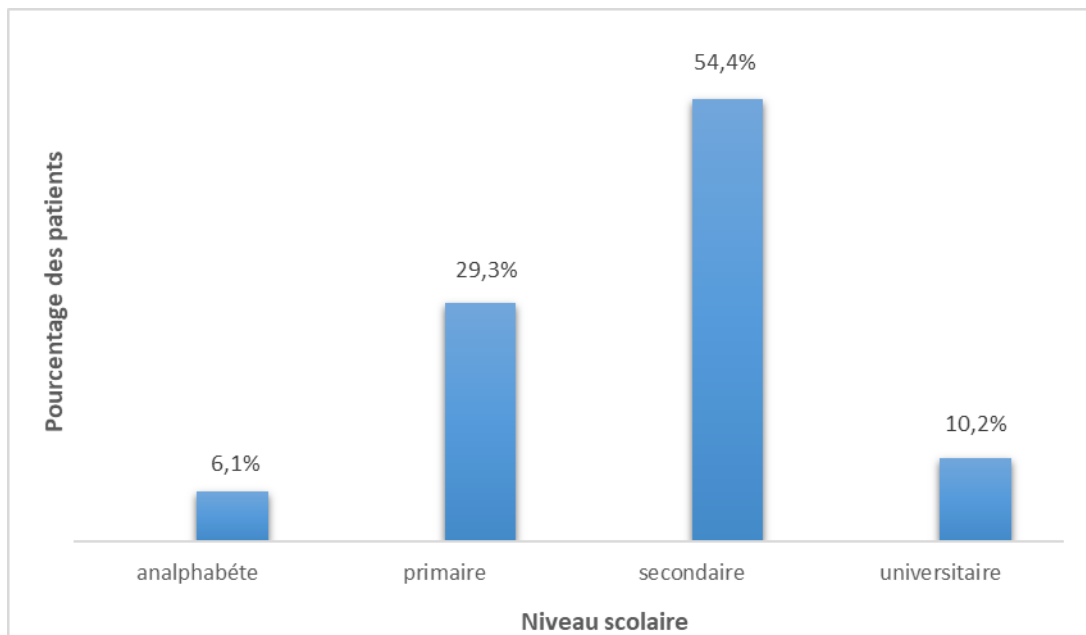


Figure 6: Répartition des patients selon le niveau scolaire

1.7 L'activité professionnelle :

Sur le plan professionnel, 39,5% des suicidants (n=58) étaient inactifs, et chez les patients ayant une profession, seulement 13,6% (n=20) avaient une activité professionnelle régulière (Figure7).

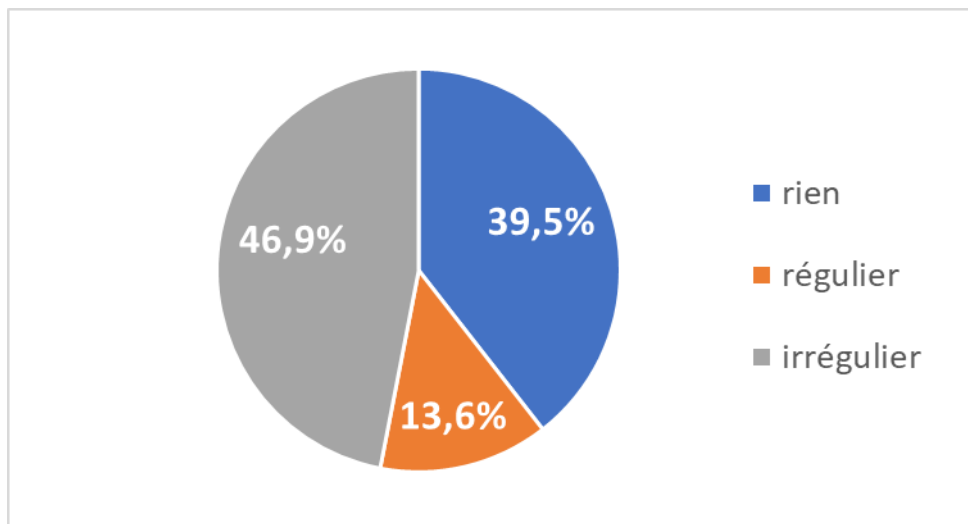


Figure 7: Répartition des patients selon l'activité professionnelle

1.8 Niveau socio-économique :

On note que 78,9% (n=116) des patients avaient un bas niveau socio-économique alors que 19% faisaient partie de la classe moyenne, le reste (2 %) avaient un haut niveau socio-économique. (Figure8)

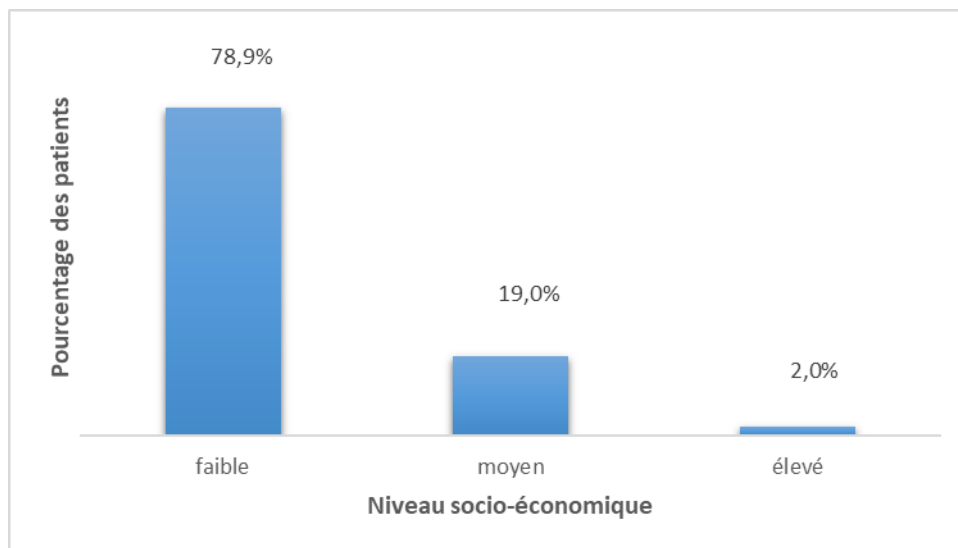


Figure 8: Répartition des patients selon le niveau socio-économique

1.9 La vie sociale :

Plus de la moitié des patients vivaient en famille 63,9% (n=94). (Figure 9)

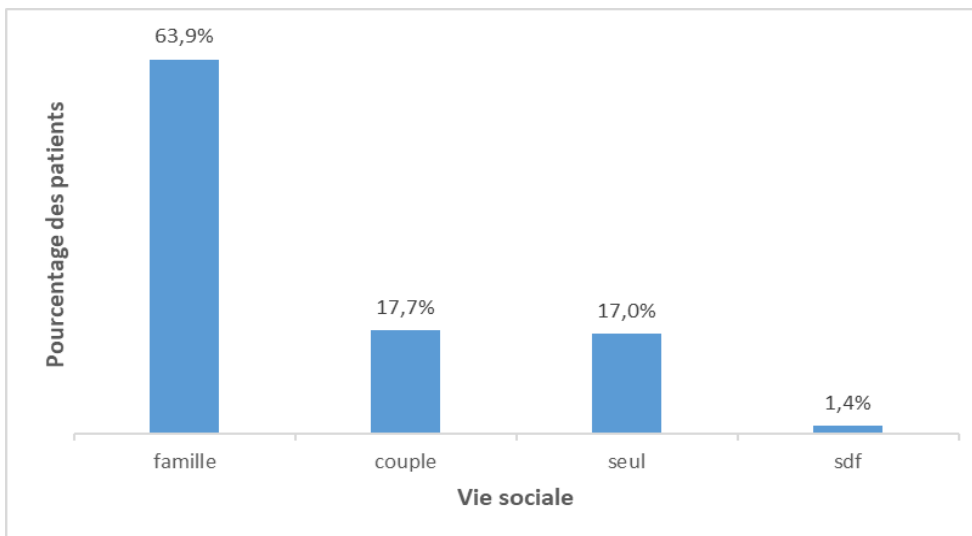


Figure 9: Répartition des patients selon leur vie sociale

1.10 Evènement stressant durant les derniers 6mois :

On note que plus de la moitié des patients 63,9% (n=94) avaient un évènement stressant durant les derniers 6mois (Figure 10).

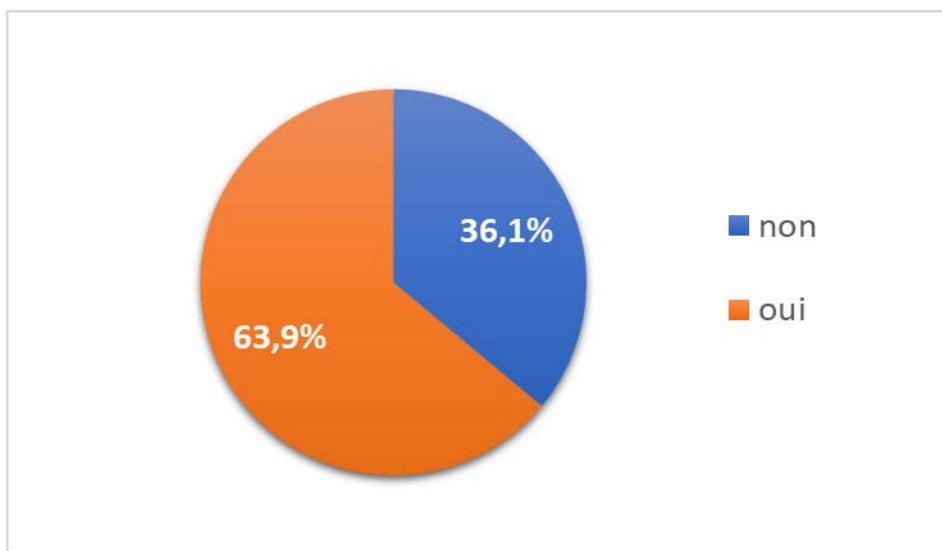


Figure 10: Répartition des patients selon la présence d'un évènement stressant durant les derniers 6 mois

2. Antécédents :

2.1. 1Antécédents personnels de tentatives de suicide :

Dans 41,5% (n=61) des cas, des antécédents personnels de tentative de suicide ont été objectivés.

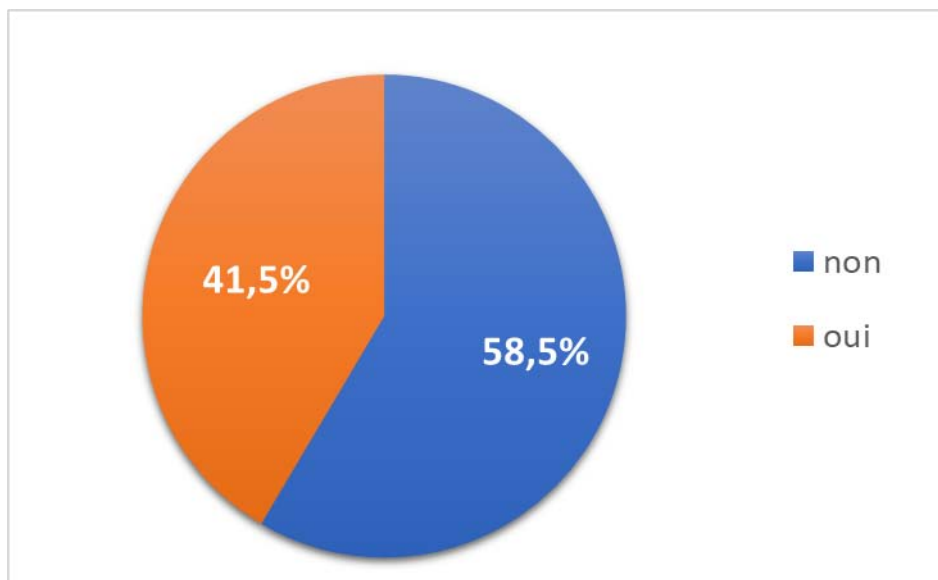


Figure 11 : Répartition des patients selon l'antécédent de TS

Chez les patients récidivistes, le nombre de TS était ≤ 3 dans la majorité des cas (n=52, soit 88,1%).

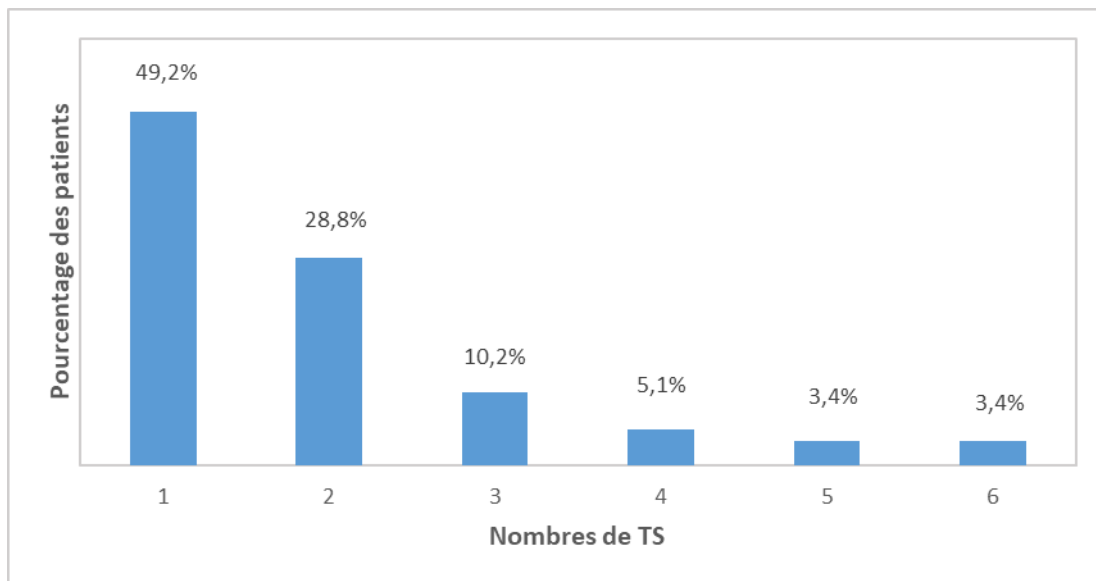


Figure 12: Répartition des patients selon le nombre de TS

2.2. Antécédents personnels de consultation :

On note que plus de la moitié (n=85, soit 57,2%) des patients avaient déjà consulté un psychiatre.

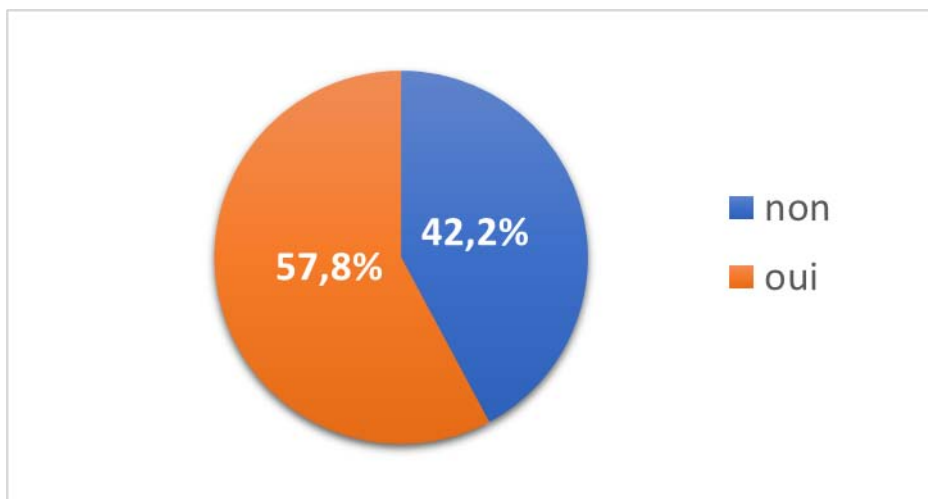


Figure 13: Répartition des patients selon l'antécédent de consultation psychiatrique

Parmi les patients qui avaient déjà consulté un psychiatre, on a trouvé 43,0% qui avaient respecté leurs rendez-vous et juste 22,1% qui avaient respecté la prise de traitement

Tableau I: Répartition des patients selon le respect des rendez-vous de la consultation et la prise de traitement.

Les patients avaient déjà consulté	Effectif	Pourcentage %
Respect des rendez-vous de la consultation	37	43,0
Respect la prise de traitement	19	22,10

2.3. Antécédents personnels d'hospitalisation psychiatrique :

On note que (n=32, soit 21,8%) des patients avaient au moins une hospitalisation en psychiatrie. (Figure 14)

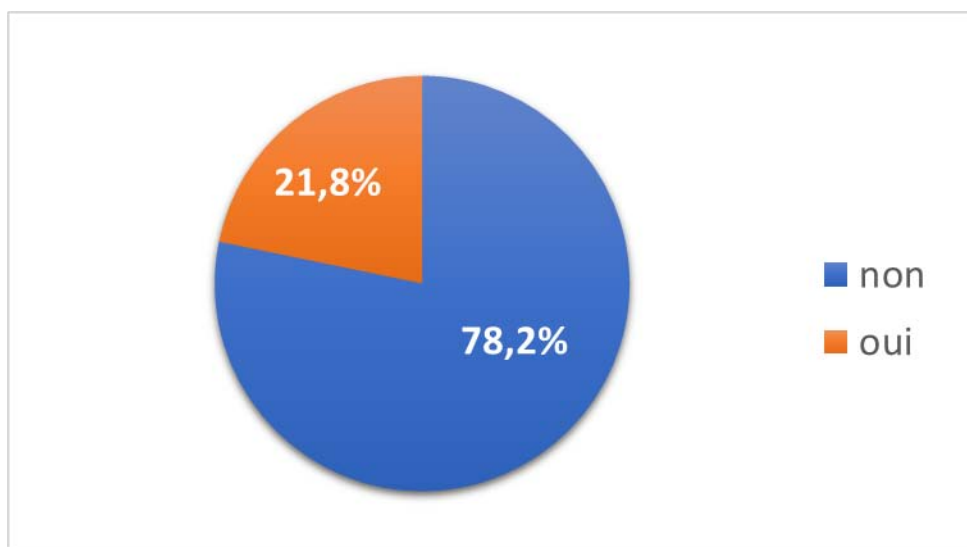


Figure 14: Répartition des patients selon l'antécédent d'hospitalisation en psychiatrie
A savoir que le nombre d'hospitalisation chez ces patients était ≤ 3 fois dans 51,7% des cas.

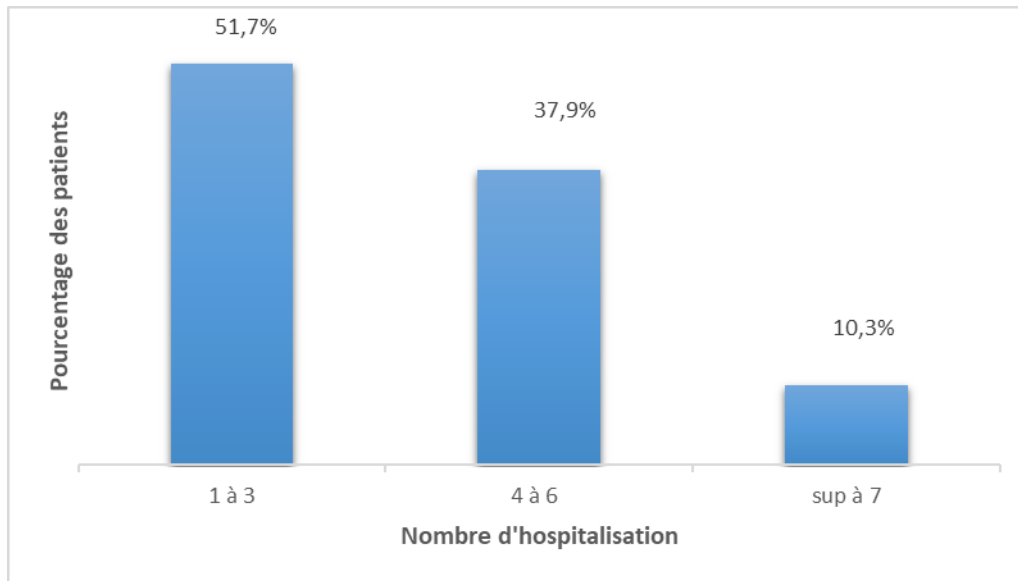


Figure 15: Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisation

2.4. Troubles psychiatriques :

Selon la classification DSM IV Les diagnostics des troubles psychiatriques sont répartis en ordre décroissant :

- **Troubles de l'humeur :** 41,5% (n =61)
 - 38,8 % avaient une dépression (n= 57)
 - 2,7 % avaient un trouble bipolaire (n= 4)
- **Troubles de la personnalité :** 33,4% (n=49)
 - 18 ,4% avaient une personnalité borderline,
 - 13,6% avaient une personnalité histrionique
 - 1,4% avaient une personnalité antisociale
- **Troubles Psychotiques :** 22,4% (n= 33)
 - Schizophrénie : 19,7 % (n= 29)
 - Bouffée délirante aigue : 2,7% (n= 4)
- **Troubles anxieux :** 2,7% (n=4)
 - TOC : 1,36% (n= 2)

- TAG : 0,68% (n= 1)
- Etat de stress post traumatique : 0,68% (n= 1)

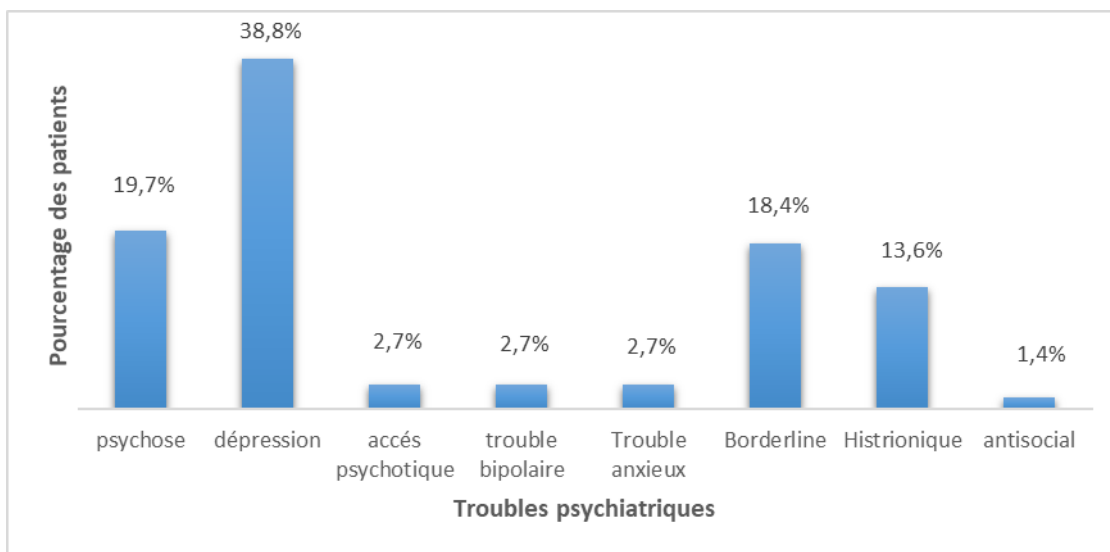


Figure 16: Répartition des patients selon les troubles psychiatriques.

2.5. Le début de trouble psychiatrique :

La majorité des suicidants, suivis pour un trouble psychiatrique, ont un trouble psychiatrique chronique (56,8% (n=54) avec plus de 2 ans d'évolution et 28,4 % (n=27) entre 6 mois et 1an d'évolution).

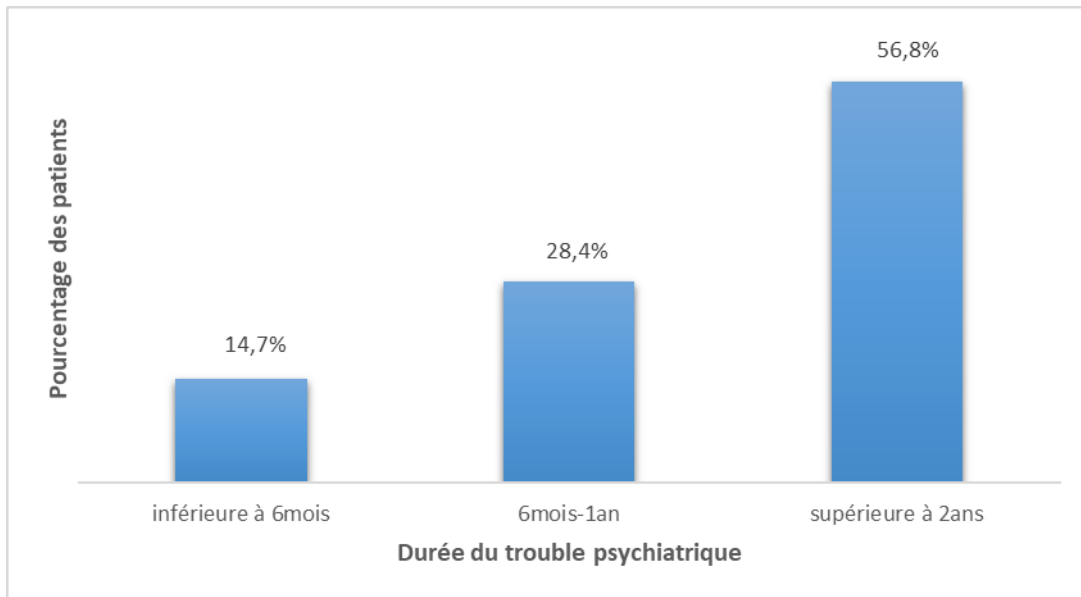


Figure 17: Répartition des patients selon la durée du trouble psychiatrique

2.6. Etat dépressif majeur passé :

On note que 46,3% (n= 68) des patients avaient un état dépressif majeur (EDM) passé.

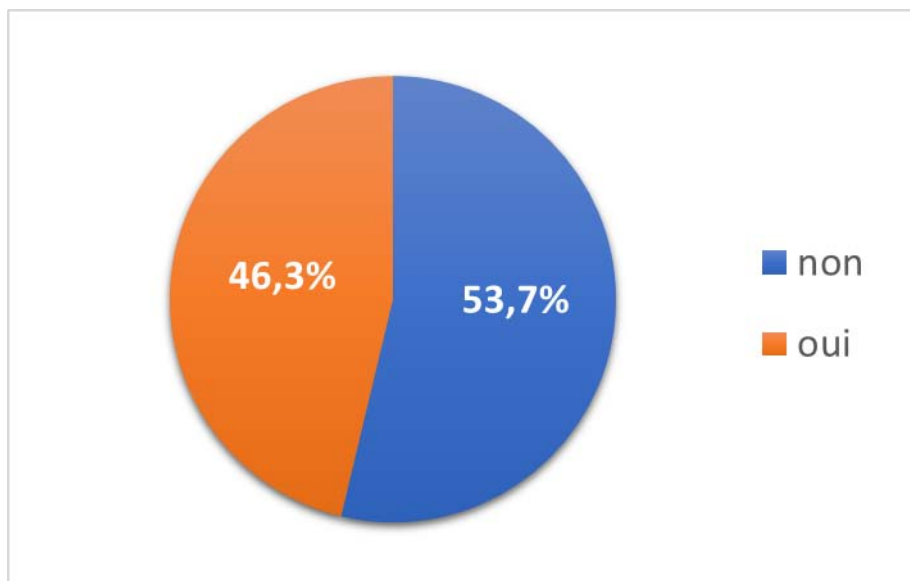


Figure 18: Répartition des patients selon la présence d'un antécédents d'EDM .

2.7. Etat dépressif majeur actuel :

On note que 48,3% (n=68) qui avaient présenté un état dépressif majeur (EDM) lors de l'entretien.

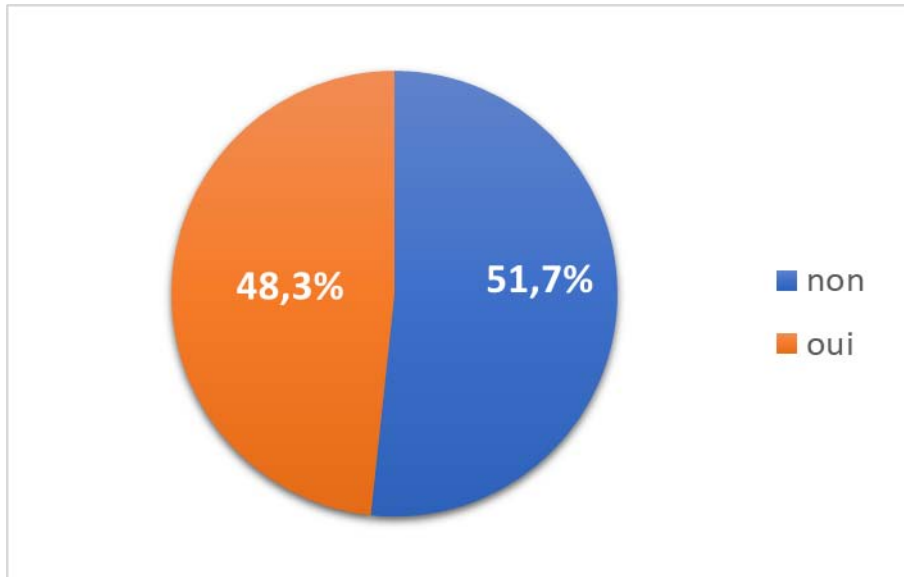


Figure 19: Répartition des patients selon la présence d'EDM actuel

2.8. Consommation de substances psychoactives (SPA) :

a. Usage de SPA :

On note que 52,4% (n=77) des patients consommaient au moins une SPA.

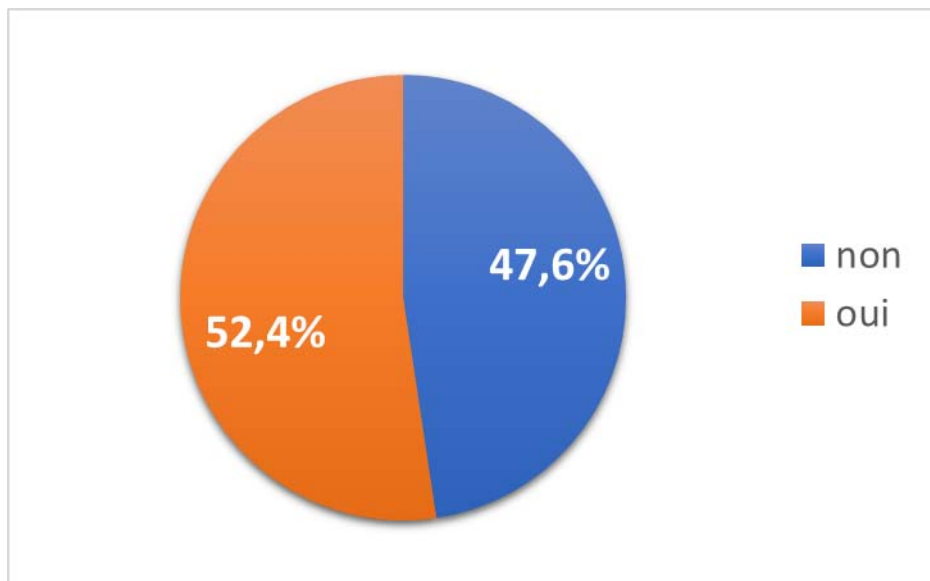


Figure 20: Répartition des patients selon la consommation de SPA

b. Types de substances psychoactives :

Les substances psychoactives les plus utilisés étaient le tabac (n=77, soit 52,4%), Cannabis (n=56, soit 38%) et l'alcool (n=29, soit 19,7%).

Tableau II: Répartition des patients selon la consommation des substances toxiques

Substances psychoactives	% au niveau des usagers	% au niveau de l'échantillon
Tabac	97,4%	52,4%
Cannabis	72,7%	38 %
Alcool	37%	19,7%

2.9. Antécédents médico-chirurgicaux :

On note que 11,6% (n=17) des patients avaient des antécédents médico-chirurgicaux.

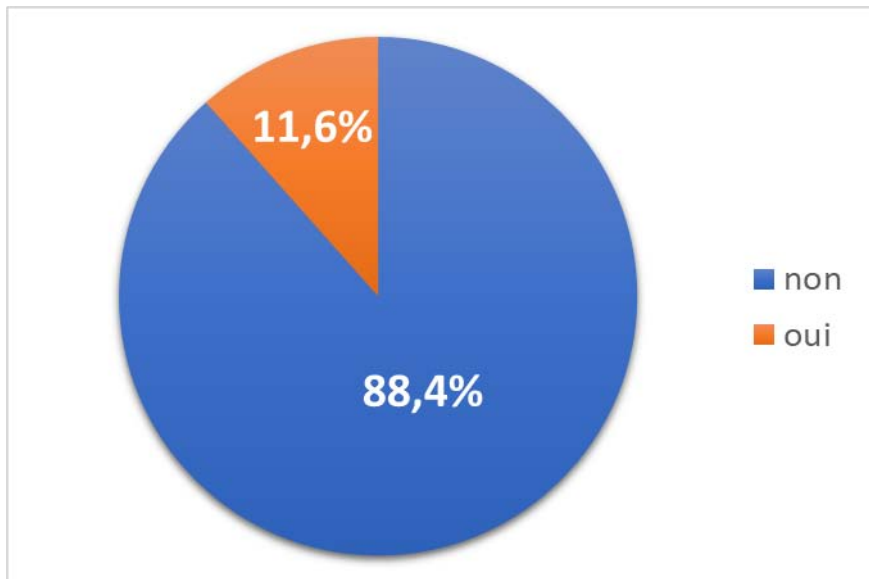


Figure 21: Répartition des patients selon l'antécédent médico-chirurgical.

A savoir que les maladies les plus fréquentes étaient :

- Les maladies endocriniennes dans 52,9 % des cas ; dominées par le diabète (29,4 %).
- Les maladies cardiorespiratoires dans 29,4 % des cas.
- Les maladies ostéo-articulaires dans 5,9 % des cas.
- Les maladies neurologiques dans 5,9 % des cas ; représentées par l'épilepsie.
- Les maladies de système dans 5,9 % des cas.

2.10. Antécédents familiaux :

On note que 35,4% (n=52) des patients avaient un antécédent familial de trouble psychiatrique ou de TS.

Tableau III: Répartition des patients selon les antécédents familiaux

Antécédents familiaux	Pourcentage
Trouble psychiatrique	80,3%
Tentative de suicide	15,4%
Suicide	4,3%

Les troubles psychiatriques familiaux les plus représentés étaient la schizophrénie dans 54,5% (n=30), les troubles dépressifs dans 27,3% (n=12), les troubles bipolaires dans 13,6% (n=6) et en dernier lieu les troubles anxieux dans 4,6%(n=2).

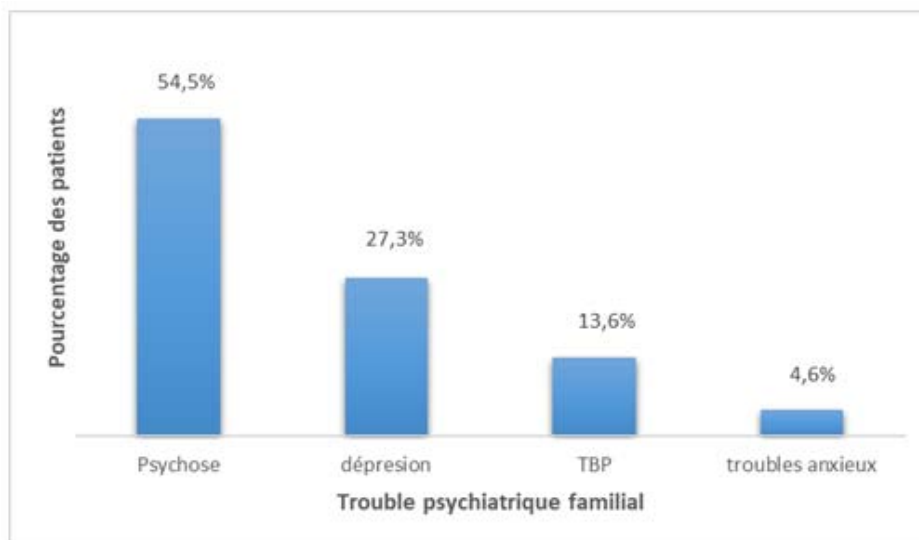


Figure 22: Répartition des patients selon le trouble psychiatrique familial

3. Caractéristiques des tentatives de suicide :

a. Motifs évoqués :

Le sentiment négatif était le motif le plus représenté par les patients (n=35, soit 23,8%), et presque le tiers (n=43, soit 29,3%) des patients avaient évoqué les conflits familiaux ou conjugaux comme motif de leurs TS.

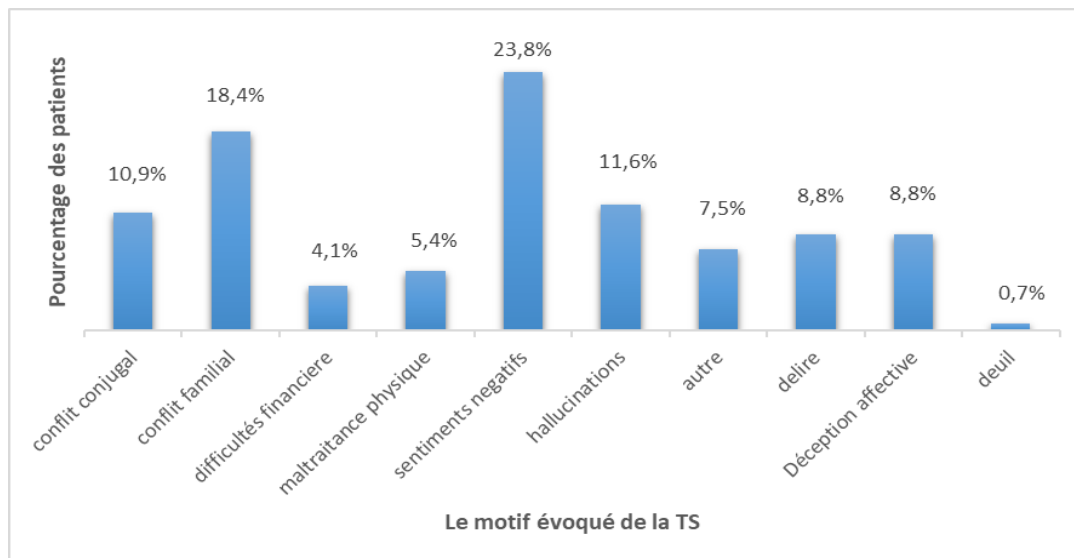


Figure 23: Répartition des patients selon le motif évoqué de la TS

b. Moyens utilisés :

Le moyen le plus utilisé dans les TS était les intoxication médicamenteuse (42,2%, soit n=62). Parmi les autres intoxications utilisées étaient les raticides, les insecticides et l'alcool à brûler.

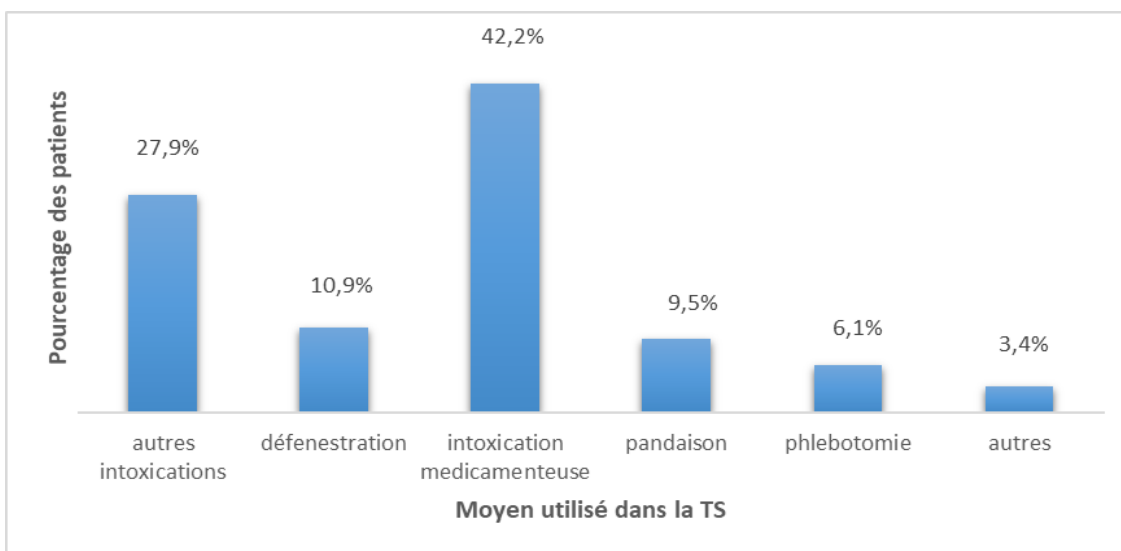


Figure 24: Répartition des patients selon le moyen utilisé dans la TS

c. Intimité lors de la TS :

On note que 76,9% (n=113) des patients avaient effectué l'acte suicidaire quand ils étaient seuls.

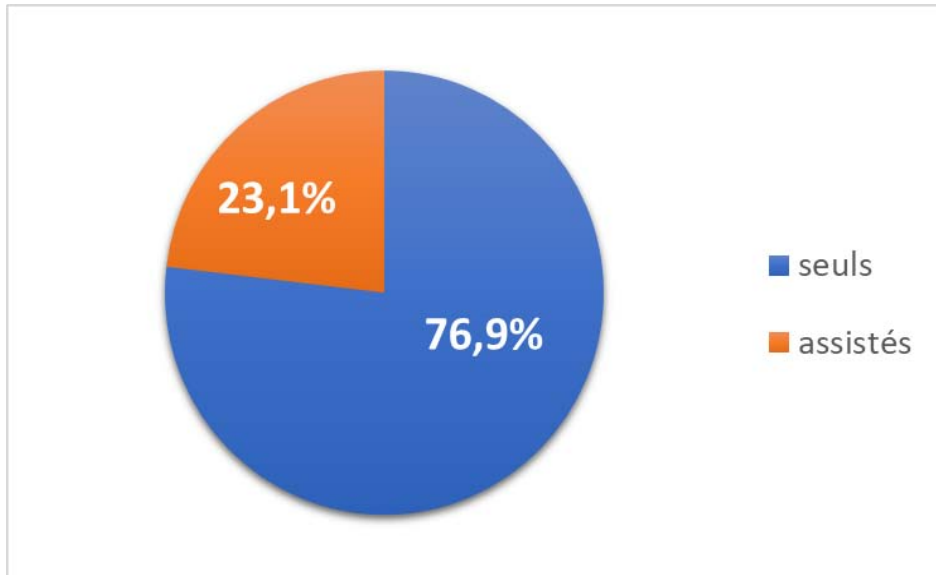


Figure 25: Répartition des patients selon l'intimité lors de la TS

d. Lieu de TS :

On note que 89,8% (n=132) des TS étaient effectuées à domicile.

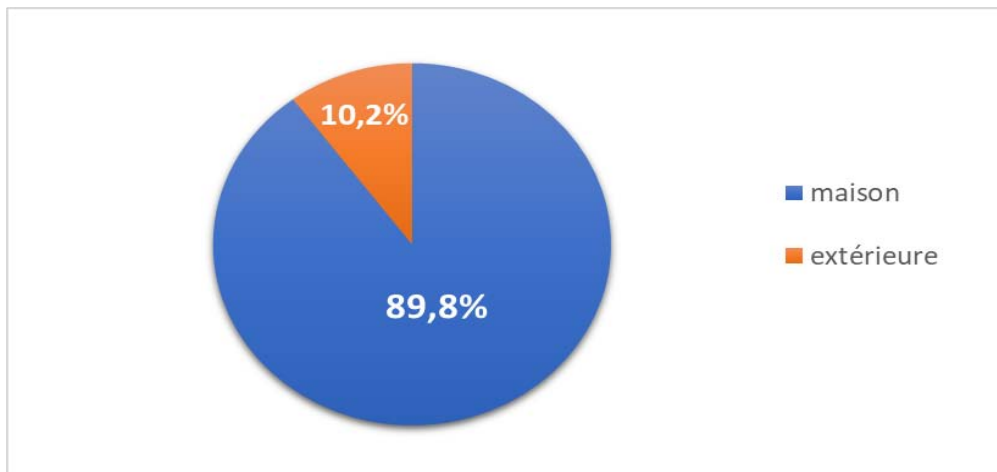


Figure 26: Répartition des patients selon le lieu de la TS

e. Heure de TS :

On note que 49% (n=72) des TS étaient effectuées pendant la nuit.

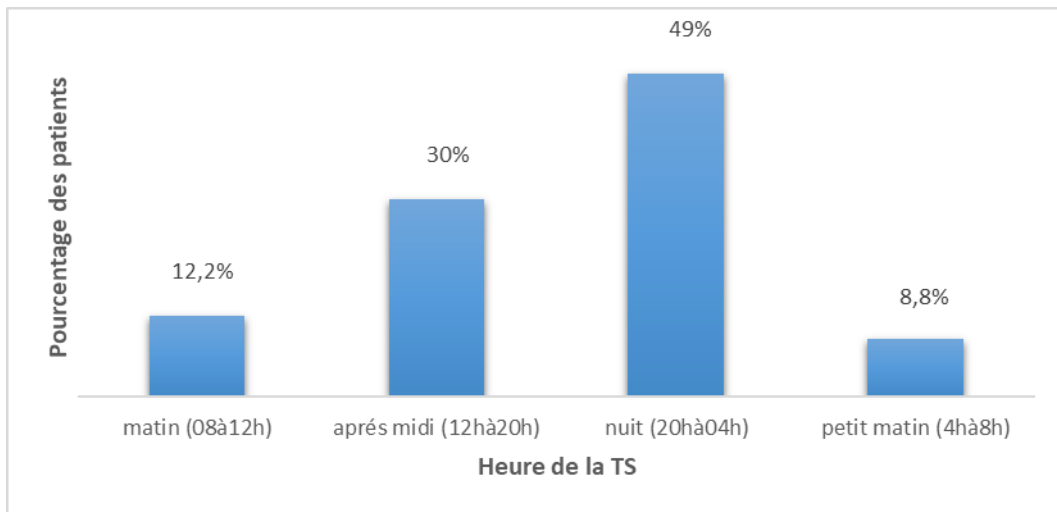


Figure 27: Répartition des patients selon l'heure de la TS

f. Saison de TS :

On note que (34%, n=50) des TS étaient effectués pendant l'automne.

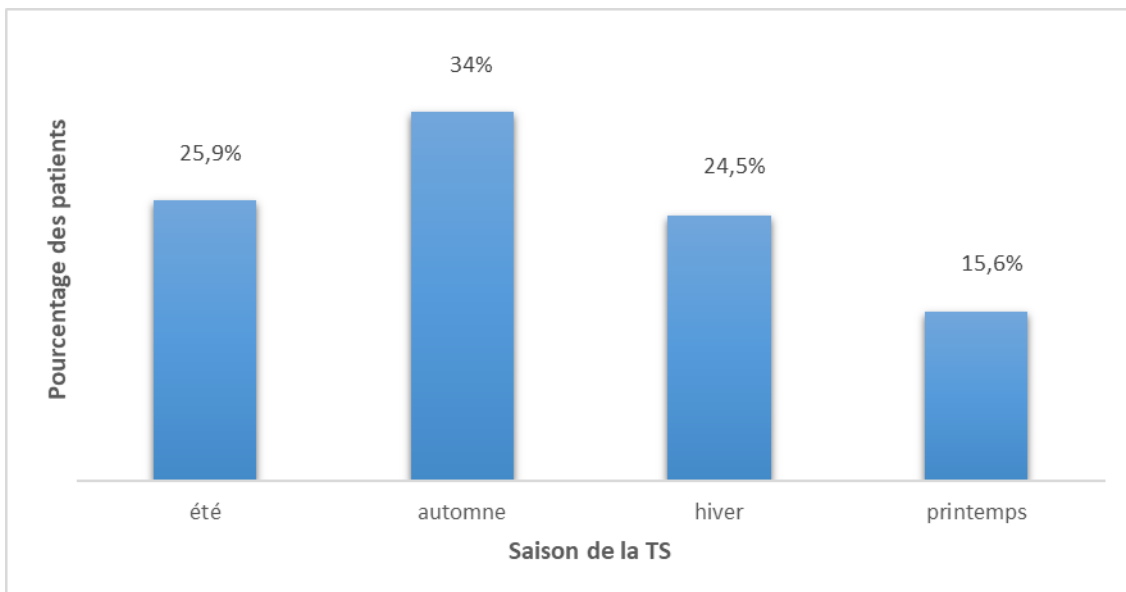


Figure 28: Répartition des patients selon la saison de la TS

g. Demande de l'aide de l'entourage :

On note que 47,6% (n=70) avaient demandé l'aide de l'entourage.

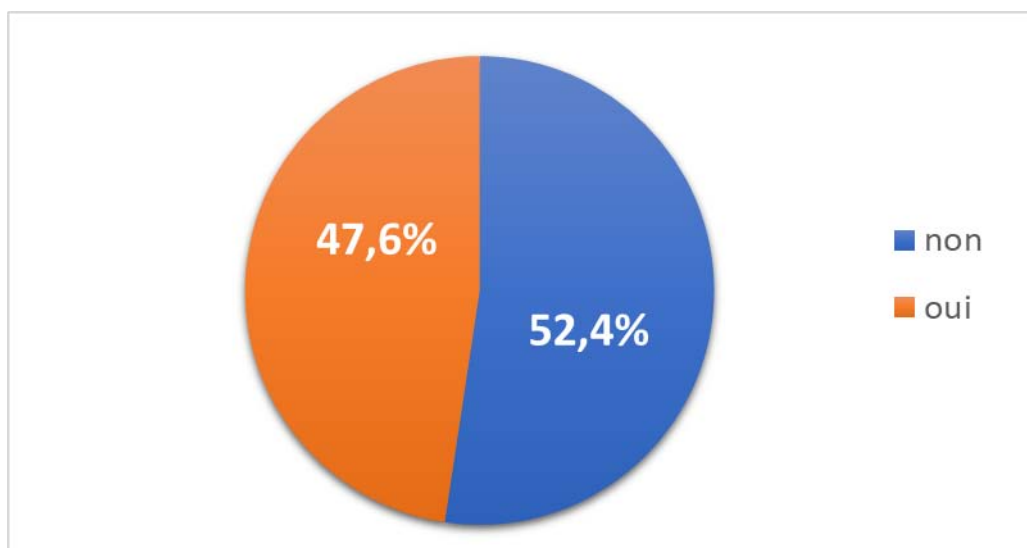


Figure 29: Répartition des patients selon la demande de l'aide de l'entourage.

h. Idéation suicidaire avant l'acte :

L'idéation suicidaire était présente avant l'acte chez 44,2% (n=65).

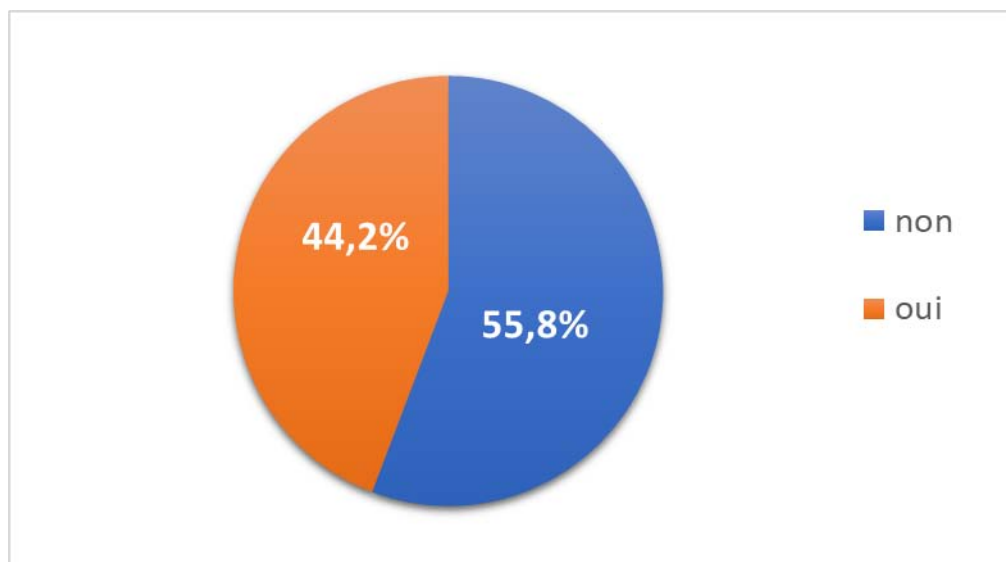


Figure 30: Répartition des patients selon la présence de l'idéation suicidaire avant l'acte.

i. Divulgarion de l'intention suicidaire :

On note que 49% des patients (n=72) avaient signalé leur intention suicidaire à un proche.

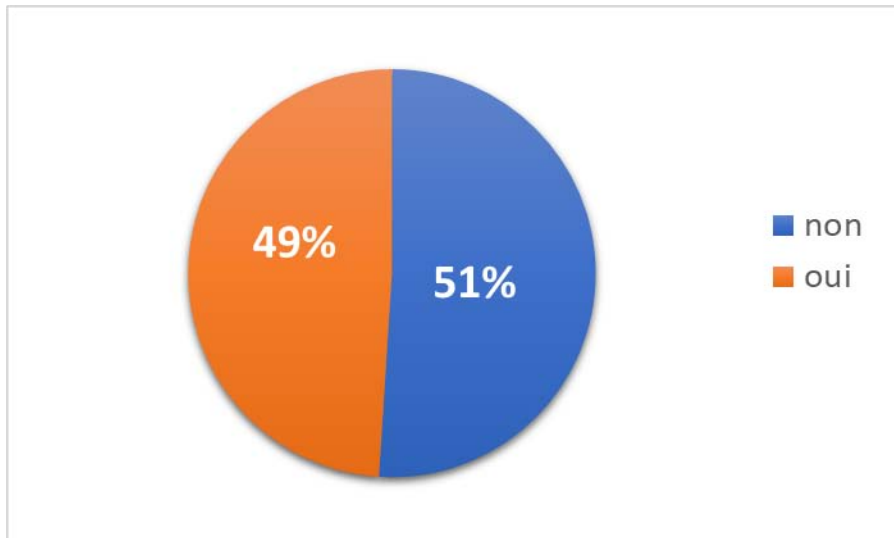


Figure 31: Répartition des patients selon divulgation de l'intention suicidaire

j. Soins médicaux :

Après la TS, on note que :

- 61,2% (n=90) des cas avaient nécessité une hospitalisation ;
- 27,9% (n=41) en ambulatoire ;
- 7,5% (n=11) avaient nécessité une prise en charge en réanimation ;
- 3,4% (n=5) avaient nécessité une intervention chirurgicale.

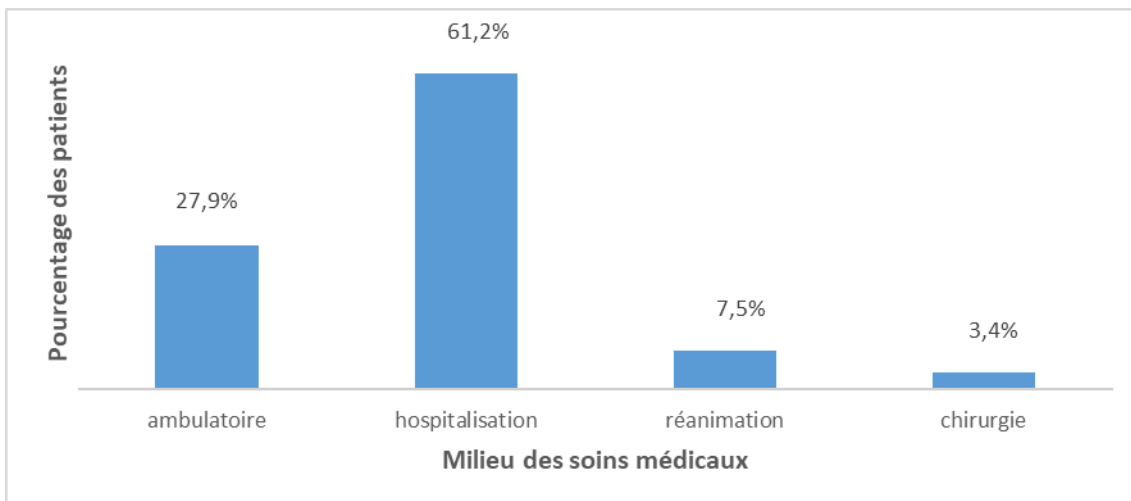


Figure 32: Répartition des patients selon les soins médicaux à la suite de la TS .

k. Regrets :

Plus de la moitié des patients (n=80, soit 59,2%) avaient un sentiment de regret après l'acte suicidaire.

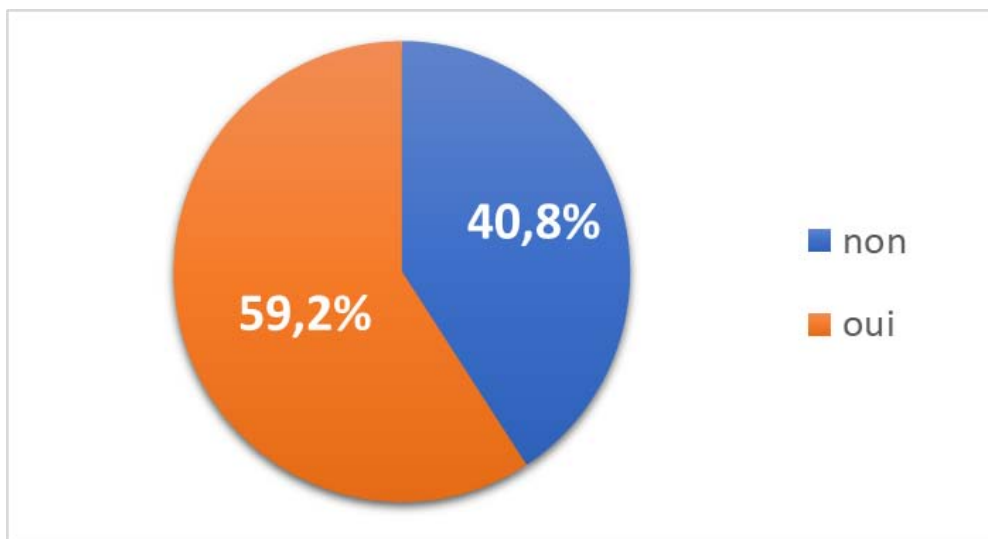


Figure 33: Répartition des patients selon le regret après la TS

l. Idée de refaire une autre TS :

La majorité des patients (83,7%, soit n=123) n'avaient pas l'idées de refaire la TS.

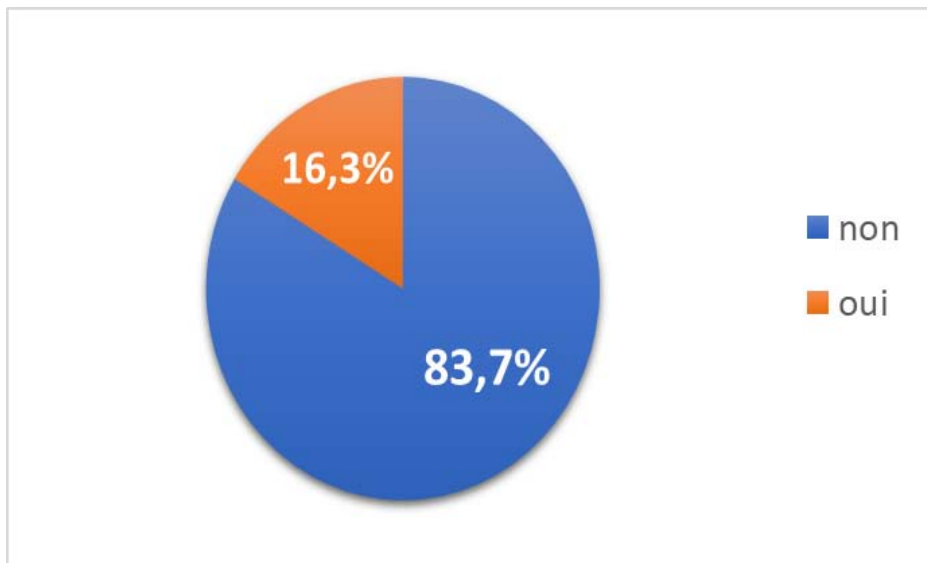


Figure 34: Répartition des patients selon l'idée de refaire une autre TS.

m. MINI risque suicidaire :

On note que la majorité des patients 77,5% (n = 114) avait un MINI risque suicidaire élevé.

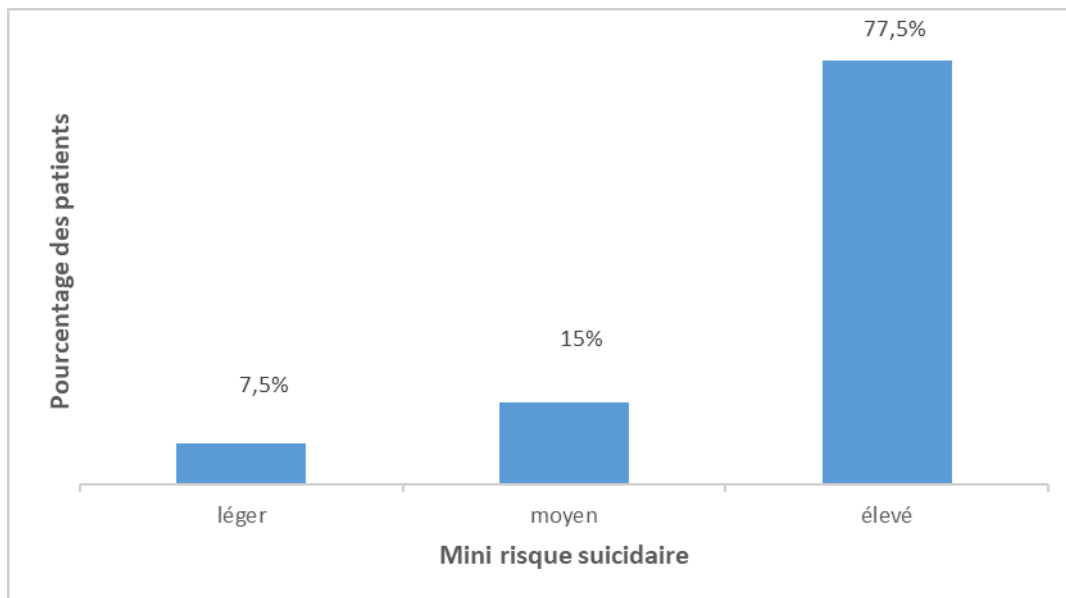


Figure 35: Répartition des patients selon le MINI risque suicidaire

n. Intentionnalité suicidaire selon l'échelle de Beck :

On note que 51,7 % des patients (n=76), avaient une intentionnalité suicidaire faible après la TS.

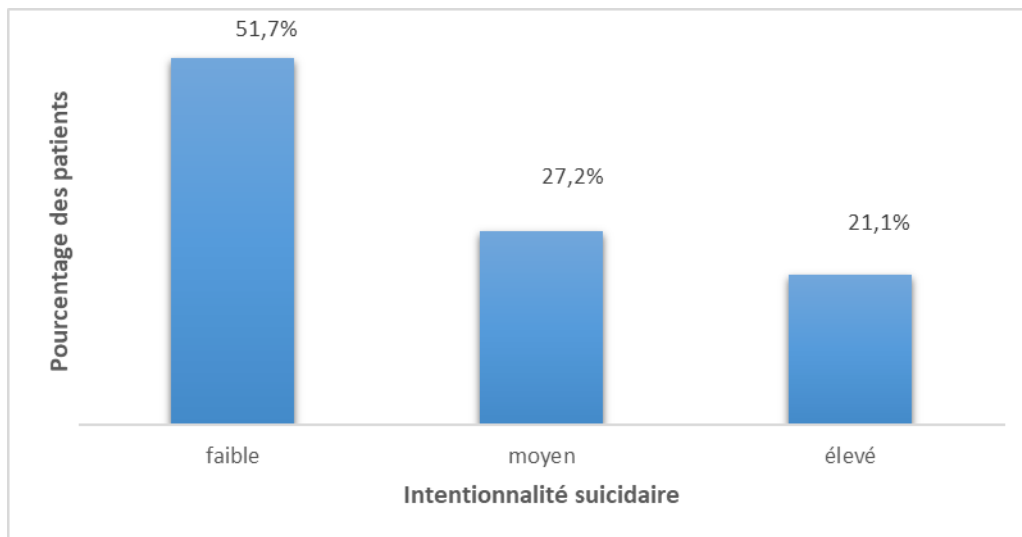


Figure 36: Répartition des patients selon l'intentionnalité suicidaire

o. Echelle de Barrat d'impulsivité :

On note que 60,5% des TS (n=89) étaient faites dans un cadre impulsif avec un score d'impulsivité élevé.

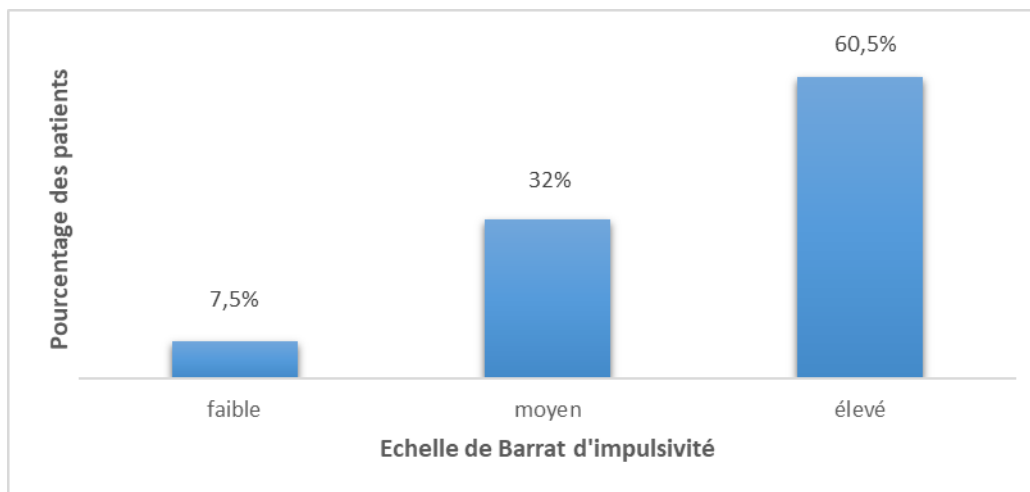


Figure 37: Répartition des patients selon l'échelle de Barrat d'impulsivité

p. Echelle de BIAC de religiosité :

La moyenne de score de religiosité était de $45,6 \pm 13,2$. On note une médiane du BIAC à 45 [34 ; 55]. Dans notre échantillon 75% des individus avaient un score inférieur à 55.

II. Résultats analytiques :

Après les résultats descriptifs, nous avons comparés les différentes variables.

1. Utilisation des moyens violents :

1.1 Selon l'âge :

Les patients ayant un âge compris entre 20 et 40 ans n'ont pas utilisé des moyens violents [la défenestration et pendaison] (P =0.461)

Tableau IV: Comparaison de l'âge et les moyens violents.

	Intoxication médicamenteuse n (%)	Autres intoxications n (%)	Défenestration n (%)	Pendaison n (%)	Phlébotomie n (%)	Autres n (%)	Valeur du p
Tranches d'âge							0.461
16 ans – 20 ans	17 (27.4)	10(24.4)	5 (31.3)	2 (14.3)	0 (0)	0 (0)	
20 ans – 40 ans	38 (61.3)	22 (53.7)	9 (56.3)	8 (57.1)	6 (66.7)	5 (100)	
40 ans – 60 ans	6 (9.7)	7 (17.1)	2 (12.5)	4 (28.6)	3 (33.3)	0 (0)	
supérieur à 60 ans	1 (1.6)	2 (4.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

1.2 Selon le sexe :

L'utilisation des moyens violents était très importante chez les patients de sexe masculin (p <0.001).

Tableau V: Comparaison des moyens violents et le sexe.

	Intoxication médicamenteuse n (%)	Autres intoxications n (%)	Défenestration n (%)	Pendaison n (%)	Phlébotomie n (%)	Autres n (%)	Valeur de p
Sexe							<0.001
Femme	50 (80.6)	28 (68.3)	8 (50.0)	4 (28.6)	6 (66.7)	0 (0)	
Homme	12 (19.4)	13 (31.7)	8 (50.0)	10 (71.4)	3 (33.3)	5 (100)	

1.3 Selon la scolarisation :

La différence entre les patients scolarisés et non scolarisés utilisant des moyens violents n'était pas significative (p= 0.193).

Tableau VI: Comparaison du niveau d'instruction et l'utilisation des moyens violents.

	Intoxication médicamenteuse n (%)	Autres intoxications n (%)	Défenestration n (%)	Pendaison n (%)	Phlébotomie n (%)	Autres n (%)	Valeur de p
Niveau scolaire							0.193
analphabète	3 (4.8)	2 (4.9)	1 (6.3)	2 (14.3)	1 (11.1)	0 (0)	
primaire	14 (22.6)	10 (24.4)	6 (37.5)	8 (57.1)	4 (44.4)	1 (20)	
secondaire	34 (54.8)	26 (63.4)	9 (56.3)	4 (28.6)	4 (44.4)	3 (60)	
universitaire	11 (17.7)	3 (7.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (20)	

1. 4 Selon le trouble psychiatrique :

Le recours aux moyens violents était plus important chez les patients psychotiques (p<0.001).

Tableau VII: Comparaison de la violence des moyens utilisés et les troubles psychiatriques.

	Intoxication médicamenteuse n (%)	Autres intoxications n (%)	Défenestration n (%)	Pendaison n (%)	Phlébotomie n (%)	Autres n (%)	Valeur de p
Les troubles psychiatriques							<0.001
psychose	3 (4.8)	3 (7.3)	10 (62.5)	10 (71.4)	1 (11.1)	5 (100)	
Trouble de l'humeur	34 (54.8)	20 (48.8)	1 (6.3)	4 (28.6)	3 (33.3)	0 (0)	
Troubles de personnalité	24 (38.7)	17 (41.5)	4 (25)	0 (0)	4 (44.4)	0 (0)	
troubles anxieux	1 (1.6)	1 (2.4)	1 (6.3)	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)	

1. 5 Selon l'intentionnalité suicidaire :

Le recours aux moyens violents était plus important chez les patients ayant un score d'intentionnalité de Beck faible (p=0,022) (Patients psychotiques).

Tableau VIII: Comparaison de la violence des moyens utilisés et l'intentionnalité suicidaire.

	Intoxication médicamenteuse n (%)	Autres intoxications n (%)	Défenestration n (%)	Pendaison n (%)	Phlébotomie n (%)	Autres n (%)	Valeur de p
Beck							0,022
Faible	24 (38.7)	19 (46.3)	12 (75)	12 (85.7)	4 (44.4)	5 (100)	
moyenne	21 (33.9)	12 (29.3)	2 (12.5)	1 (7.1)	4 (44.4)	0 (0)	
Elevé	17 (27.4)	10 (24.4)	2 (12.5)	1 (7.1)	1 (11.1)	0 (0)	

1. 6 Selon idéation suicidaire avant l'acte :

Les patients ayant une idéation suicidaire avant l'acte suicidaire ont eu le moins recours à des moyens violents.

Tableau IX: Comparaison de la violence des moyens utilisés en fonction de la planification du geste suicidaire.

	Intoxication médicamenteuse n (%)	Autres intoxications n (%)	Défenestration n (%)	Pendaison n (%)	Phlébotomie n (%)	Autres n (%)	Valeur de p
idéation suicidaire avant l'acte							0,013
Non	31 (50)	19 (46.3)	15 (93.8)	8 (57.1)	5 (55.6)	4 (80)	
Oui	31 (50)	22 (53.7)	1 (6.3)	6 (42.9)	4 (44.4)	1 (20)	

2. Caractère récidiviste :

2. 1 Selon l'âge :

On remarque que plus le sujet est jeune plus le risque de récurrence est élevé. (P=0,305) (Tableau X)

Tableau X: Comparaison du caractère récidiviste et l'âge

	Pas de récurrence n (%)	Récurrence n (%)	Valeur de p
Tranches d'âge			0,305
16 ans – 20 ans	23 (26.7)	11 (18)	
20 ans – 40 ans	48 (55.8)	40 (65.6)	
40 ans – 60 ans	12 (14)	10 (16.4)	
supérieur à 60 ans	3 (3.5)	0 (0)	

2.2 Selon le sexe :

Le caractère récidiviste était très important chez les patients de sexe féminin.

Tableau XI: Comparaison du caractère récidiviste et le sexe.

	Pas de récurrence n (%)	Récurrence n (%)	Valeur de p
Sexe			0,682
Femme	55 (64)	41 (67.2)	
Homme	31 (36)	20 (32.8)	

2.3 Selon le trouble psychiatrique :

On n'a pas trouvé des résultats significatifs sur le plan statistique ($p = 0,474$), néanmoins le taux le plus élevé de récurrence a été enregistré pour les troubles de l'humeur et les troubles de personnalité.

Tableau XII: Comparaison du caractère récidiviste et les troubles psychiatriques

	Pas de récurrence n (%)	Récurrence n (%)	Valeur de p
Trouble psychiatrique			0,474
Psychose	18 (20.9)	14 (23.0)	
Trouble de l'humeur	33 (38.4)	29 (47.5)	
Troubles de personnalité	33 (38.4)	16 (26.2)	
Troubles anxieux	2 (2.3)	2 (3.3)	

3. Troubles psychiatriques :

3.1 Selon le regret :

Les suicidants ayant des troubles de la personnalité regrettaient plus, et de façon significative, le geste suicidaire par rapport aux autres troubles psychiatriques.

Tableau XIII: Comparaison des troubles psychiatriques des suicidants selon leur regret

	Psychose n (%)	Trouble de l'humeur n (%)	Troubles de personnalité n (%)	Troubles anxieux n (%)	Valeur de p
Regret					<0,001
Non	27 (84.4)	30 (48.4)	1 (2)	2 (50)	
Oui	5 (15.6)	32 (51.6)	48 (98)	2 (50)	

3. 2 Selon la demande de l'aide :

On a trouvé que les suicidants ayant des troubles de la personnalité avaient recours à ce type de comportement dans 75,5% des cas et de façon significative.

Tableau XIV: Comparaison des troubles psychiatriques des suicidants selon leur demande de l'aide

	Psychose n (%)	Trouble de l'humeur n (%)	Troubles de personnalité n (%)	Troubles anxieux n (%)	Valeur de P
Demande de l'aide					<0,001
Non	28 (87.5)	34 (54.8)	12 (24.5)	3 (75)	
Oui	4 (12.5)	28 (45.2)	37 (75.5)	1 (25)	

3. 3 Selon l'intimité :

Concernant l'intimité lors du passage à l'acte :

- ✓ 90,3% chez les patients atteint de troubles d'humeur ;
- ✓ 100% pour ceux souffrant de troubles anxieux ;
- ✓ 78,1% pour les suicidant psychotiques ;
- ✓ 57,1% dans les troubles de personnalité.

Tableau XV: Comparaison des troubles psychiatriques des suicidants selon l'intimité lors du passage à l'acte

	Psychose n (%)	Trouble de l'humeur n (%)	Trouble de personnalité n (%)	Trouble anxieux n (%)	Valeur de p
Intimité					<0,001
Seul	25 (78.1)	56 (90.3)	28 (57.1)	4 (100)	
Assisté	7 (21.9)	6 (9.7)	21 (42.9)	0 (0)	

4. Intentionnalité suicidaire selon le score Beck :

4.1 Selon le sexe :

L'intentionnalité suicidaire était plus élevée chez le sexe masculin ($p=0,118$).

Tableau XVI: L'intentionnalité suicidaire en fonction du sexe.

	Femme n (%)	Homme n (%)	Valeur de p
Beck			0,118
Faible	48 (50)	28 (54.9)	
Moyen	31 (32.3)	9 (17.6)	
Elevé	17 (17.7)	31 (27.5)	

4.2 Selon le trouble psychiatrique :

En terme de sévérité de l'intentionnalité suicidaire, on note que les patients ayant un trouble de l'humeur avaient une intentionnalité plus élevée.

Tableau XVII: L'intentionnalité suicidaire en fonction du trouble psychiatrique.

	Beck faible n (%)	Beck moyen n (%)	Beck élevé n (%)	Valeur de p
Troubles psychiatrique :				<0,001
Psychose	31 (40.8)	0 (0)	1 (3.2)	
Trouble de l'humeur	5 (6.6)	29 (72.5)	28 (90.3)	
Troubles de personnalité	40 (52.6)	9 (22.5)	0 (0)	
Troubles anxieux	0 (0)	2 (5)	2 (6.5)	

4.3 Selon le MINI risque suicidaire :

On note que dans 90,9 % des cas, on trouve un mini risque faible chez les patients ayant un niveau faible de Beck. En revanche, seulement 26,3 % des patients ayant un niveau élevé de Beck présentent un mini risque élevé. Cela indique une corrélation moins prononcée entre un niveau élevé de Beck et un mini risque élevé.

Ces résultats suggèrent que le niveau de Beck est plus fortement associé à un mini risque faible plutôt qu'à un mini risque élevé.

Tableau XVIII: Comparaison de l'intentionnalité suicidaire et le MINI risque suicidaire.

	MINI risque faible n (%)	MINI risque moyen n (%)	MINI risque élevé n (%)	Valeur de P
Beck				<0.001
Faible	10 (90.9)	20 (90.9)	46 (40.4)	
Moyen	0 (0)	2 (9.1)	38 (33.3)	
Élevé	1 (9.1)	0 (0)	30 (26.3)	

5. Impulsivité :

5.1 Selon l'intentionnalité suicidaire :

Parmi les patients ayant une intentionnalité suicidaire faible selon Beck, 78,9 % d'entre eux présentaient un niveau élevé de Barrat ; Cela suggère une corrélation élevée entre un niveau faible de Beck et un Barrat élevé. Une impulsivité élevée est prédictive d'une intentionnalité faible.

Tableau XIX: Comparaison de l'impulsivité et l'intentionnalité suicidaire.

	Beck faible n (%)	Beck moyen n (%)	Beck élevé n (%)	Valeur de p
Barrat				<0.001
Faible	1 (1.3)	4 (10)	6 (19.4)	
Moyen	15 (19.7)	13 (32.5)	19 (61.3)	
Élevé	60 (78.9)	23 (57.5)	6 (19.4)	

5. 2 Selon le MINI risque suicidaire :

Parmi les patients ayant MINI risque suicidaire élevé, 62,3% d'entre eux présentaient un niveau élevé de Barrat ; Cela suggère une corrélation élevée entre un niveau élevé de mini risque et un Barrat élevé.

Une impulsivité élevée est prédictive d'un risque suicidaire élevé.

Tableau XX: Comparaison de l'impulsivité et le risque suicidaire.

	MINI risque Faible n (%)	MINI risque Moyen n (%)	MINI risque Elevé n (%)	Valeur de p
Barrat				0,373
Faible	1 (9.1)	0 (0)	10 (8.8)	
Moyen	5 (45.5)	9 (40.9)	33 (28.9)	
Élevé	5 (45.5)	13 (59.1)	71 (62.3)	

6. Religiosité :

6. 1 Selon l'intentionnalité suicidaire :

On note que les suicidants ayant une intentionnalité faible présentaient un niveau de religiosité plus élevé, cela suggère une corrélation élevée entre une intentionnalité suicidaire faible et un niveau de religiosité plus élevé.

La religiosité peut jouer un rôle protecteur en aidant à prévenir une intentionnalité suicidaire élevée.

Tableau XXI: Comparaison de la religiosité et l'intentionnalité suicidaire.

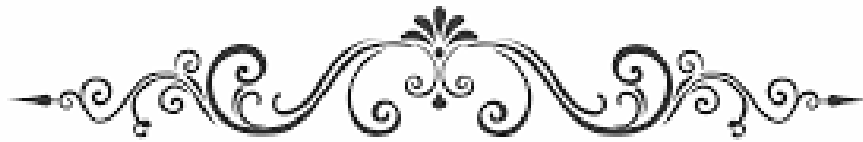
	Beck faible	Beck moyen	Beck élevé	Valeur de p
BIAC de religiosité (Moy ± ET)	45.3 ± 12,43 (n=76)	51.6 ± 14,64 (n=40)	38.8 ± 9,19 (n=31)	<0.001

6. 2 Selon MINI risque suicidaire :

On note que les suicidants ayant un MINI risque suicidaire élevé présentaient un niveau de religiosité élevé. Cela ne semble pas être un facteur préventif efficace contre un risque suicidaire élevé. Cela suggère que la religiosité seule ne garantit pas une protection contre les idées suicidaires ou les tentatives de suicide.

Tableau XXII: Comparaison de la religiosité et le risque suicidaire.

	MINI risque faible	MINI risque moyen	MINI risque élevé	Valeur de p
BIAC de religiosité (moyenne ± ET)	38.4 ± 13,8 (n=11)	44.5 ± 11,1 (n=22)	46.6 ± 13,4 (n=114)	0.178



DISCUSSION



I. Généralités :

1. Terminologie spécifique aux comportements suicidaires :

Le phénomène suicidaire englobe diverses situations de gravité, allant de l'idée suicidaire à l'exécution complète du suicide. Il passe par différentes étapes telles que la maturation de l'idée, la préparation d'un plan, l'obtention des moyens nécessaires, ainsi que l'exécution incomplète de l'acte "tentative de suicide" et arrivant à l'exécution complète « suicide ».

Il est donc important de faire une distinction claire entre ces termes afin de mieux comprendre et aborder les différentes étapes du phénomène suicidaire.

1.1 Le suicide :

Le suicide est considéré comme un acte de violence dirigé contre soi-même et a été identifié par l'Abbé Desfontaines comme le "meurtre de soi-même". Cependant, le terme "suicide" peut sembler sémantiquement curieux. Il est formé à partir des mots latins "sui" (se, soi) et "caedere" (tuer), ce qui donne une connotation réfléchie. Ainsi, se suicider revient à se donner la mort volontairement.(14)

Durkheim définit le suicide comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ». (15)

D'autre part, Schneidman parle de la notion de « l'autolyse » et « l'autodestruction » en définissant le suicide comme l'action par laquelle l'être humain se donne lui-même la mort. (16)

Malgré cette diversité de définitions, on trouve, en général, que tous ces auteurs ont la même orientation à propos du suicide comme un « meurtre de soi ». (17)

On parle de **mortalité suicidaire** et de **sujets suicidés**. En effet, le suicidé est le sujet qui s'est volontairement donné la mort. (15)

1.2 La tentative de suicide :

La tentative de suicide correspond à un "comportement suicidaire non fatal". Pour être précis, le terme « suicide » devrait être réservé aux seuls événements qui ont conduit à la mort du sujet, et celui de « tentative de suicide » à ceux qui n'ont pas abouti à la mort. Le terme de « tentatives de suicide » est une expression courante aux États unis, alors qu'il est remplacé en Europe par « para suicide » ou « acte autodestructeur délibéré ».

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

L'OMS a défini la tentative de suicide comme « un Acte sans issue fatale, réalisé volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui », (18) et aussi « tout geste ponctuel, auto agressif et volontaire, mettant en œuvre des méthodes pouvant potentiellement entraîner la mort, mais dont les conséquences somatiques effectives restent relativement limitées ». (19)

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].(18)

On parle alors de morbidité suicidaire et de sujets suicidants. Alors, le suicidant est le sujet qui a commis un geste suicidaire non léthal, ou d'une autre manière qui a effectué une TS.

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 ». (20)

1. 3 Les idées suicidaires (ou idéations suicidaires) :

Une idée de se suicider correspond à l'idée de mettre fin à ses jours, plus ou moins intense et élaborée.(21)

Les idéations suicidaires sont les idées selon lesquelles le suicide pourrait constituer une solution à la situation ou bien à la douleur morale et à la détresse dans laquelle la personne se trouve et qu'elle juge insupportables.(22)

Ce sont des pensées de se donner la mort, qui correspondent à des constructions imaginaires de scénario, sans passage à l'acte, Donc, le suicidaire est un sujet qui a des idées suicidaires, on peut dire aussi que c'est le sujet qui risque d'attenter à sa propre vie. (22)

1. 4 La crise suicidaire :

La crise suicidaire se définit par l'existence d'idées suicidaire qui s'impose au sujet peuvent s'étendre de pensées dites passives (par exemple, souhaiter être victime d'un accident, ou ne pas se réveiller de son sommeil) à des pensées actives de vouloir se donner la mort, avec ou sans plan précis associe.(23)

Le passage à l'acte suicidaire constitue dans ce contexte l'un des moyens de réduire la tension, le sujet ne pouvant choisir entre l'identification à une position de victime et celle d'agresseur, et se décidant finalement à être les deux.(20)

C'est une crise psychique qui peut durer 6 à 8 semaines et dont le risque majeur est le suicide. Son repérage est indispensable afin de prévenir le passage à l'acte suicidaire, spécialement chez un sujet "à risque".(5)

1. 5 La menace suicidaire :

La menace suicidaire se réfère à une déclaration clairement exprimée, que ce soit verbalement, par écrit ou par d'autres moyens de communication, dans laquelle une personne manifeste sa volonté de se suicider. Elle se situe entre les idées suicidaires, qui sont des pensées de suicide, et le passage à l'acte concret.(24)

1. 6 Les équivalents suicidaires :

Un équivalent suicidaire est une conduite ou un comportement où la prise de risque est importante même sans intention suicidaire exprimée. L'existence d'équivalents suicidaires n'empêche pas une réelle tentative de suicide, et fait même partie des facteurs favorisants.(21)

Les équivalents suicidaires recouvrent différentes situations qu'on peut regrouper en deux catégories :

- ✓ Refus alimentaire ou de soins au cours de maladies graves.
- ✓ Événements à risque extrême tels que les conduites addictives abusives, les pratiques sexuelles à risque et les conduites de véhicule à risque. (21)
- ✓

1. 7 L'attentat-suicide :

Un attentat-suicide est un type d'attaque dont la réalisation implique la mort intentionnelle de son auteur. Il est le plus souvent organisé par des groupes militaires ou paramilitaires dans le but de déstabiliser ses ennemis. On utilise également le terme de « bombe humaine » ou « kamikaze ».(24)

1. 8 Euthanasie :

L'euthanasie est un terme grec ancien : « bonne mort », il désigne le fait d'avoir une mort douce, que cette mort soit naturelle ou provoquée.

L'euthanasie est décrite comme une pratique visant à provoquer par une personne le décès d'un individu atteint d'une maladie incurable qui lui inflige des souffrances morales ou physiques intolérables, particulièrement par un médecin ou sous son contrôle.

On distingue deux types d'euthanasies :

- ✓ **L'euthanasie active** : c'est le geste d'un tiers qui donne la mort.
- ✓ **L'euthanasie passive** : c'est l'arrêt des traitements qui abrège la vie lorsque le cas est désespéré. Certains disent que c'est un refus d'acharnement thérapeutique.(25)

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

1. 9 Suicide assisté :

Le suicide assisté, également appelé "aide au suicide", fait référence à l'action de fournir à une personne l'environnement et les moyens nécessaires pour qu'elle puisse se suicider. Il diffère de l'euthanasie en ce sens que c'est le patient lui-même qui déclenche sa propre mort, plutôt qu'un tiers. L'objectif de ce type de suicide est de mettre fin à des souffrances considérées comme intolérables.

Un petit nombre de pays ont légalisé certaines formes d'aide au suicide, dans un cadre médicalisé et réglementé.(26)

1. 10 La suicidologie :

La suicidologie peut être définie comme la discipline qui étudie le phénomène suicidaire ainsi que les comportements autodestructeurs. Elle englobe plusieurs domaines et disciplines, avec la psychologie et la sociologie étant les deux principaux champs d'étude.

La suicidologie vise à explorer les facteurs psychologiques et sociaux qui contribuent au risque de suicide, de développer des stratégies de prévention et d'intervention, et d'élaborer des méthodes d'évaluation, de traitement et de soutien pour les personnes en détresse suicidaire.

Edwin S. Schneidman est considéré comme le père de la suicidologie en tant que science interdisciplinaire ayant pour objectif de comprendre et de prévenir le suicide.(27)

2. Comportement suicidaire selon le DSM-5 :

Le "trouble de conduite suicidaire" a finalement fait son apparition dans les catégories DSM-5 « Affections proposées pour des études supplémentaires » nécessitant plus d'études. Il s'agit d'un premier pas vers la reconnaissance d'une spécificité des comportements suicidaires. Ce trouble est défini par l'existence d'une tentative de suicide dans les 2 ans. (28)

Il est distingué des idées de suicide, des automutilations réalisées dans le seul but de soulager des émotions négatives et sans intention de mourir, et des actes se déroulant dans un contexte de confusion ou pour des motifs politiques ou religieux.(28)

3. Epidémiologie des tentatives de suicide :

En raison du caractère tabou du suicide et de sa classification parfois illégale dans certains pays, il existe une tendance à la sous-notification de ce phénomène. Dans les pays où l'état civil est correctement enregistré, il arrive fréquemment que les suicides soient incorrectement classés comme des "accidents" ou d'autres causes de décès. L'enregistrement des suicides nécessite une procédure complexe impliquant différentes autorités, notamment les services de police. Dans les pays où le système d'enregistrement n'est pas efficace, les suicides sont souvent insuffisamment documentés.

3.1 Données nationales :

Au Maroc, le suicide demeure un sujet peu abordé, étant considéré comme tabou en raison de son interdiction religieuse et de la désapprobation de la communauté. Malgré quelques avancées dans la recherche et les connaissances sur le suicide, le tabou et la stigmatisation qui y sont associés persistent.

Une augmentation des déclarations de cas de suicide au fil du temps a été signalée, ce qui pourrait s'expliquer par la sensibilisation de la population aux tentatives de respect ; et distinction entre un événement suicidaire et un accident normal d'automutilation.

En 2014, selon le rapport de l'OMS, 1648 Marocains ont mis fin à leurs jours en 2012. Au royaume, le phénomène touche davantage les hommes que les femmes. Selon les estimations de l'OMS, ils ont été 1430 hommes à suicider durant la même année, contre 198 femmes. Ce rapport, qui vise aussi à intégrer la prévention du suicide dans les priorités mondiales de santé publique, indique que le taux de suicide a augmenté de 97,8% au Maroc entre les années 2000 et 2012.) (3) . Le taux brut de suicide au Maroc en 2019 était de 7,2 pour 100 000 habitants. (33)

Une étude épidémiologique sur les suicides et les tentatives de suicide par intoxication au Maroc a été réalisée sur une période de 34 ans, de janvier 1980 à décembre 2013, en utilisant les données recueillies par le Centre Antipoison et de Pharmacovigilance du Maroc. Un total de 24 335 cas d'intoxications suicidaires a été recensé. D'autre part, l'incidence sur les 34 ans était de 81,47 pour 100.000 habitants, la mortalité était de 22,73 pour un million d'habitant et la létalité était de 2,79%. Ces indicateurs étaient très variables aussi bien dans le temps exprimé en année que dans l'espace.(29)

Une étude sur les suicides par intoxication dans la région de Souss–Massa–Drâa au Maroc. L'étude, qui s'est déroulée entre 1981 et 2007, a recensé 1 130 cas d'intoxications suicidaires. Parmi les 937 cas pour lesquels l'évolution était connue, 89 décès ont été enregistrés, soit un taux de mortalité de 9,5 %. La paraphénylène diamine a été identifiée comme la substance toxique la plus fréquemment impliquée dans les cas de décès (48 décès). (30)

3.2 Données internationales :

a. À l'échelle mondiale :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère le suicide comme un problème de santé publique énorme mais en grande partie évitable.

Selon l'OMS, plus de 700 000 personnes par an meurent en se suicidant et le nombre des tentatives de suicide est encore beaucoup plus élevé. En outre, toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde. Ces décès peuvent intervenir à n'importe quel âge de la vie. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Les ratios de suicide homme/femme (M/F) supérieurs à 1 indiquent que les taux de suicide sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les comportements suicidaires touchent particulièrement les jeunes de 15 à 29 ans, chez qui ils constituent la quatrième cause de mortalité à l'échelle mondiale en 2019.(1)

Le rapport de l'OMS 2019 a dégagé les statistiques suivantes :

- ✓ **Afrique** est la région la plus durement touchée avec un taux de 11,2 pour 100 000 habitants ;
- ✓ À l'échelle **européenne** le taux de décès par suicide se situe à 10,5 pour 100 000 habitants ;
- ✓ Dans **l'Asie du Sud-Est** le taux de décès par suicide se situe à 10,2 pour 100 000 habitants ;
- ✓ Dans la région de **La Méditerranée orientale** le taux de décès par suicide se situe 6,4 pour 100 000 habitants ;
- ✓ **En Amérique et en moyen orient**, les taux de suicide sont les plus faibles. En effet, l'Arabie Saoudite est considérée comme le pays le moins touché dans le monde avec un taux de 0,4 pour 100 000 habitants.(31)

La région de l'Asie du Sud-Est présentait un taux de suicide standardisé pour l'âge beaucoup plus élevé chez les femmes (8,1 pour 100 000) par rapport à la moyenne mondiale

des femmes (5,4 pour 100 000). Chez les hommes, les régions de l'Afrique (18,0 pour 100 000), des Amériques (14,2 pour 100 000) et de l'Europe (17,1 pour 100 000) présentaient toutes des taux de suicide supérieurs à la moyenne mondiale des hommes (12,6 pour 100 000).(31)

Au cours des 20 années entre 2000 et 2019, le taux de suicide mondial normalisé selon l'âge a diminué de 36 %, avec des baisses allant de 17 % dans la Région de la Méditerranée orientale à 47 % dans la Région européenne et 49 % dans la Région du Pacifique occidental. La seule augmentation des taux de suicide normalisés selon l'âge a été enregistrée dans la Région des Amériques, où elle a atteint 17 % au cours de la même période. Le taux mondial a également diminué pour les taux spécifiques aux groupes d'âge.(31)

Tableau XXIII: les 10 premiers pays du monde classés suivant le nombre moyen des suicides par rapport à la population générale : Statistiques de l'OMS 2019 (32)

Rang	Pays	Suicides pour 100 000 habitants par an
1	Lesotho	72,4
2	Guyana	40,3
3	Eswatini	29,4
4	Corée du sud	28,6
5	Kiribati	28,3
6	Etats fédérés de micronésie	28,2
7	Lituanie	26,1
8	Suriname	25,4
9	Russie	25,1
10	Afrique du sud	23,5

b. Statistiques en France :

En 2019 le taux de décès par suicide français reste nettement supérieur à la moyenne de l'Union européenne, 13.08 pour 100 000 habitants contre 10.15, avec de fortes disparités selon les régions. 9000 personnes se suicident chaque année en France et 685 tentent de le faire,

selon les données officielles de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS). Avec en moyenne 25 suicides par jour.(33)

En 2022, 75 803 personnes de 10 ans ou plus, dont 64 % de femmes, ont été hospitalisées pour un geste auto-infligé (tentative de suicide ou automutilation) en court séjour somatique. Le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide, baissent également de 10 % en 2020 par rapport à la période 2017–2019 (34)

Parmi les Français ayant déclaré avoir effectué une tentative de suicide, 39% d'entre eux et plus souvent les jeunes (53% des 18–24 ans).(33)

Par ailleurs, parmi 200.000 tentatives de suicide, 91.745 ont été hospitalisées en médecine et chirurgie, cela correspond à un taux d'hospitalisation de 159 pour 100.000 habitants.(35)

4. Aspects historiques, socioculturels et religieux :

4.1 Profil historique :

Le phénomène suicidaire a toujours existé, mais, notre compréhension de ce phénomène n'était pas là même à travers les âges, on note une évolution concernant le concept du suicide dans le temps et selon les civilisations.

En Égypte, on retrouve des exemples historiques où le suicide était parfois considéré comme une forme de délivrance ou de choix face à des situations particulières. Un exemple célèbre est celui de la reine Cléopâtre VII, la dernière souveraine de la dynastie ptolémaïque. Selon les récits historiques, Cléopâtre s'est suicidée pour éviter d'être humiliée publiquement lors du triomphe de l'empereur Octave à Rome, après avoir échoué dans sa tentative de maintenir l'indépendance de l'Égypte.(36)

Les hindous et les jains utilisèrent une pratique appelée « prayopavesha ». Il s'agit d'une résolution de mourir par le jeûne. Ce suicide fut permis dans le cas de maladies en phase terminale ou chez les sujets souffrant d'un lourd handicap.(37)

En Chine, le suicide survint dans deux circonstances : la recherche de la perfection ou la fuite devant l'ennemi. Parfois, les réactions suicidaires étaient massives. Par exemple, après la mort de Confucius, 500 de ses disciples se précipitèrent dans la mer pour protester contre la destruction de ses livres.(37)

Au Japon, le seppuku, littéralement « coupure au ventre » ou hara-kiri est une forme rituelle de suicide masculin par éviscération dans la classe des samourais pour rendre hommage à leur maître. Ainsi, les femmes nobles ou épouses de samourais pratiquaient le jigai, une forme de suicide consistant à se trancher la gorge avec un poignard.(38)

En France en 1838, le médecin Jean-Étienne Esquirol considère que la réaction suicidaire est tellement répandue chez les personnes souffrant de maladies mentales, qu'elle peut être considérée comme un symptôme psychopathologique. L'instinct de conservation est considéré comme normal et son altération est considérée comme un signe d'une pathologie. Cette théorie est reprise par la grande majorité des psychiatres. Pour certains auteurs, les suicidants ne sont pas forcément tous des malades, néanmoins, lors de l'acte suicidaire, ils se trouvent dans un état émotionnel ou affectif pathologique.(39)

Dans l'Antiquité, le suicide était commis après une défaite dans une bataille afin d'éviter la capture et les possibles tortures, mutilations ou la mise en esclavage par l'ennemi. (40)

L'acte de suicide en lui-même a été l'objet d'une évolution des idées en terme « d'acceptation » ou « de condamnation ». (40)

En Grèce, Aristote condamna le geste suicidaire, qualifié d'acte de lâcheté face aux difficultés de la vie, assimilant le suicide à un soldat déserteur. (40)

Ainsi, Platon avait une position plus nuancée, admettant des exceptions comme le cas de la maladie douloureuse et incurable. (40)

Dans la Rome antique, même s'il était loué, l'acte suicidaire devait obéir à des critères compatibles avec la morale stoïcienne, sous peine d'être condamné. Il est confié au soin du législateur de décider si tel acte suicidaire est licite ou s'il doit être puni. Les causes légitimes étaient dûment précisées dans le cas du citoyen (douleur physique, perte d'un être cher, fureur,

folie...) mais les esclaves et les soldats étaient exclus de ces dispositions et l'acte suicidaire conduisait légalement chez eux à une mesure répressive : confiscation des biens, suppression des rites funéraires. (40)

En Europe occidentale, le suicide a été longtemps condamné. Après les lois générales de Charlemagne, les établissements de Saint Louis réglementèrent spécifiquement le suicide. Un procès sera fait au cadavre du suicidé, par-devant les autorités compétentes, comme pour les cas d'homicide d'autrui. Suite à ce procès, les biens étaient saisis par les seigneurs. (40)

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

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

- Les théories sociologiques Durkheim [4] (Le suicide, 1897) et Halbwachs [18]. (Les causes du suicide, 1930) ;
- Les théories psychopathologiques avec S. FREUD ; Menninger ; Vedrinne et Saubier.

4.2 Approche sociologique (Durkheim et Halbwachs) :

Ce mouvement se fonde principalement sur l'utilisation extensive des données statistiques et épidémiologiques qui ont été recueillies depuis le XVIIIe siècle.

En 1897, Durkheim, considéré comme le fondateur de la sociologie française, a introduit une méthodologie qui s'opposait à l'approche psychiatrique. Il avançait l'idée que la désintégration sociale était la véritable cause première du suicide. Son objectif était de démontrer que le suicide pouvait être compris d'un point de vue sociologique, en le dissociant de l'individu. Il soutenait que la compréhension du suicide passait par la compréhension de la société elle-même. Selon son hypothèse sociologique, c'est la société qui exerce une pression sur les individus les poussant au suicide.(15)

Durkheim conclut que « chaque société est prédisposée à fournir un contingent de morts volontaire ».

En effet, le suicide est une conséquence possible d'un échec du processus de socialisation. Cette défaillance peut résulter d'un excès (l'individu se sacrifie pour son groupe) ou d'un défaut (isolement, perte des repères) de la socialisation. Sont protégés du suicide ceux qui sont intégrés dans des liens sociaux issus notamment de leurs groupes d'appartenance (leur famille, leur communauté religieuse, leurs amis), tout comme ceux qui ne poursuivent pas des buts inaccessibles (parce que disproportionnés aux moyens dont ils disposent).(15,41)

Inspiré des travaux de Durkheim, le sociologue Maurice Halbwachs interprète également les taux de suicide dans le contexte général des sociétés et civilisations, parlant de « courants collectifs suicidogènes » qui agissent de plusieurs façons :

- **Suicide égoïste** : par une désintégration du groupe social, une carence de liens sociaux et une individualisation trop poussée.
- **Suicide altruiste** : par une sur-intégration sociale et 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).
- **Suicide anémique** : par une dislocation du groupe social, insuffisance de cohésion sociale et un manque de régulation (en cas de crises politiques ou économiques).
- **Suicide fataliste** : par un excès de réglementation sociale et une régulation excessive (chez les esclaves en particulier).(15)

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

4.3 Profil religieux :

Le suicide est traditionnellement un acte condamné dans le cadre des religions monothéistes. En effet, si le fait de se suicider est d'abord un acte qui va contre soi-même, l'« appartenance » de la destinée de l'homme à Dieu fait que cet acte devient une rupture de la relation spécifique entre l'homme et Dieu et un acte allant contre la souveraineté de Dieu.(42)

Dans notre contexte marocain, 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 la part du Dieu à chaque fois que surgisse une idée suicidaire ou une intention de passer à l'acte suicidaire.

a. Islam et suicide :

L'islam interdit le suicide, car il n'est pas permis au croyant musulman de porter atteinte à son corps ni de penser qu'il peut décider lui-même de la fin de sa vie, car la mort survient à une date prédéfinie divinement pour chacun.(43)

On retrouve, dans le coran le verset suivant : « Ne tuez pas vos personnes ! Dieu vous est Miséricordieux ! Qui par agressivité et iniquité commettrait ce crime, Nous le ferons bruler au feu. C'est pour Dieu bien facile » (Coran, 4 :29-30).(43)

Celui qui se suicide a commis un crime horrible et un grand péché, il est rapporté dans les deux recueils de hadiths authentiques, d'après ABOU HOUREIRAH (qu'Allah soit satisfait de son âme) que le prophète (q' Allah prie sur lui et le salue) dit : « Quiconque se précipite du haut d'une montagne et se tue sera jeté dans la géhenne où il ne cessera de dégringoler éternellement. Quiconque se tue à l'aide d'un poison gardera ce poison éternellement en enfer. Quiconque se tue à l'aide d'une lame, celle-ci restera da sa main et plongée dans son ventre en enfer où il restera éternellement ». (Rapporté par Boukhari, 5778) (44)

b. Christianisme et le suicide :

Dans les dix commandements de la Bible il est dit : « tu ne tueras point » (Exode 20 :13). Le suicide est gravement contraire à la justice à l'espérance et à la charité. Il constitue un meurtre.

- **Chez les protestants** : la particularité du suicide est qu'il n'y a évidemment pas de possibilité de repentir et de foi. La grâce de Dieu n'a plus de moyen d'agir. Le suicide est donc un déni de la grâce de dieu, un refus de la possibilité que l'amour de Dieu puisse réparer une vie.
- **Chez les catholiques** : le suicide est considéré comme un péché grave sauf chez les « fous » ou les victimes d'un « grand chagrin » selon le premier concile Baraga qui s'est tenu vers 561.(42)

c. Judaïsme et le suicide :

L'homme n'est pas habilité à porter atteinte à soi-même, la vie étant un don divin sacré dont on ne dispose pas. La Tora proclame : « Votre sang, partie de vous-même, j'en demanderai compte » (La Genèse, chapitre 9). « Tu ne tueras point » est l'une des dix paroles de Yahvé à Moïse. Le judaïsme interdit donc le suicide et les rites mortuaires aux suicidés.(42)

4.4 Aspect culturel :

Le suicide est perçu assez différemment selon les cultures ; si dans les sociétés occidentales, il a longtemps été considéré comme immoral et déshonorant, il est dans d'autres sociétés justement le moyen de recouvrer un honneur perdu. Les facteurs culturels jouent un rôle très important dans les variations nationales et régionales du taux de suicide.

Beachler, s'attache essentiellement au motif du geste, à savoir le scénario liant le sujet à la société dans laquelle il vit. Il décrit ainsi différents types de suicide : Le suicide oblatif ou sacrificiel, le suicide ludique, dans lequel la vie se joue comme à la roulette russe, et le suicide

escapiste, ou la notion de fuite est essentielle pour échapper à la perte d'un être cher (situation de veuvage), où à une douleur physique ou psychique.(45)

En Chine, le suicide n'a jamais été strictement interdit ou stigmatisé. Il est au contraire considéré comme une tradition respectable pour protéger sa dignité. Seuls les suicides réalisés par des personnes indemnes de troubles psychiques sont des suicides typiques. Une personne souffrant de troubles psychiques qui se tue ne suicide pas : C'est un « accident ».(45)

Au Japon, la religion, le « shinto » a une position plutôt ambivalente face au suicide. Tout en le condamnant, car cette religion prône le respect de la vie transmise par les ancêtres et donnée par la nature. Les traditionnels suicides pour l'honneur sont bien ancrés dans la culture japonaise, tel le Seppuku des Samourais (suicide rituel par éviscération pour mourir dans l'honneur et éviter de tomber dans les mains de l'ennemi). Le suicide pratiqué à la mort de son supérieur est appelé Junshi. Actuellement les méthodes de suicide utilisées au Japon sont très proches de celles utilisées dans les pays occidentaux.(45)

En Afrique, le mode de vie traditionnel fondé plus sur la communauté que sur l'individu et la dimension pragmatique de la religion a une influence protectrice considérable sur ce continent.(45)

5. Neurobiologie des conduites suicidaires :

Les recherches associant psychiatrie et mesures biologiques ont conduit au cours des dernières décennies à identifier deux grands systèmes biologiques associés à la vulnérabilité suicidaire et pour lesquels des marqueurs prédictifs spécifiques des conduites suicidaires ont été identifiés

Il s'agit d'un côté du système sérotoninergique (glossaire), Le dysfonctionnement sérotoninergique a été initialement mis en cause dans la physiopathologie de la dépression. Puis les études des marqueurs biologiques de la dépression ont abouti à l'observation que ce dysfonctionnement serait en fait lié à l'existence d'antécédents de tentative de suicide chez les

patients déprimés. En effet, des taux abaissés dans le liquide céphalorachidien du principal métabolite de la sérotonine, l'acide 5-hydroxy-indole acétique (5-HIAA), ont été mis en évidence chez les patients déprimés ayant fait une TS par rapport aux déprimés sans antécédent de TS. Les taux bas de 5-HIAA pourraient constituer un marqueur biochimique prédictif de la survenue de future tentative de suicide ou également de suicide.(46)

Un autre indice du fonctionnement sérotoninergique est fourni par le dosage des taux de la prolactine en réponse à une administration de la fenfluramine. Chez les sujets ayant des antécédents de TS, la réponse à ce test est diminuée par rapport aux sujets sans antécédent de TS.(47)

Le dysfonctionnement sérotoninergique est associé aux traits de personnalité tels que l'agressivité et l'impulsivité (l'insuffisance du contrôle des impulsions et des comportements violents) ainsi qu'aux tentatives de suicide violentes ou létales. Ces résultats ont été solidarisés par des données venant de plusieurs domaines en neurochimie et en neurobiologie sur l'Homme et sur des modèles animaux.(47)

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 auto agressive lorsqu'elles sont exposées à des événements stressants, ce qui pourrait aboutir à un passage à l'acte suicidaire.(47)

D'une autre part, les études post-mortem de cerveau de sujets décédés par suicide ont permis d'observer une diminution du nombre de transporteurs de la sérotonine et une augmentation des récepteurs post-synaptiques tout particulièrement au niveau de la partie ventromédiane du cortex préfrontal. Les anomalies retrouvées au niveau de cette région indiquent un rôle clé du cerveau dans la vulnérabilité suicidaire. Les auteurs ont évoqué également que cette région du cerveau est impliquée dans l'inhibition comportementale et cognitive et que les lésions situées à ce niveau entraînant une désinhibition.(46)

Les systèmes noradrénergique et dopaminergique, bien que largement moins étudiés, sont également perturbés dans les conduites suicidaires. Les indices évocateurs d'un

dysfonctionnement du système noradrénergique pourraient refléter l'effet du stress. Ainsi, l'hyperactivité corticale occasionnant une libération de noradrénaline en réponse au stress entraînerait une déplétion noradrénergique induisant en retour une augmentation du nombre de récepteurs alpha2 et de l'activité de la tyrosine-hydroxylase, enzyme de synthèse de la noradrénaline.(46)

Par ailleurs, des études ont montré la présence de quelques anomalies en IRM structurale qui pourraient être associées à l'histoire de tentative de suicide chez les sujets déprimés unipolaires : des hyper signaux dans les substances blanches et grises, une réduction de la substance grise au niveau du cortex orbitofrontal et une augmentation de volume de l'amygdale droite.(46)

En effet, le développement de la neuropsychologie permet de mieux appréhender les mécanismes cérébraux mis en cause dans la vulnérabilité suicidaire, indépendamment de la dépression. Par exemple, il a été montré récemment que les sujets suicidants présentaient des anomalies de « prise de décision », renforçant l'hypothèse de l'existence d'un dysfonctionnement du cortex préfrontal ventromédian chez ces sujets. Les progrès de l'imagerie cérébrale et de ses applications en psychiatrie tentent actuellement d'objectiver les modes d'activation des différentes régions cérébrales mises en jeu dans les processus suicidaires, ainsi que le rôle des différents systèmes de neurotransmission in vivo.(47)

6. Approche génétique, environnement et réactivité au stress :

Les études de génétique épidémiologique suggèrent l'existence d'un facteur de vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires. Cette vulnérabilité est commune aux tentatives de suicide et au suicide qui représentent un même phénotype (passage à l'acte) contrairement à l'idéation suicidaire qui représente un autre processus. Elle est spécifique et indépendante de la vulnérabilité aux troubles psychiatriques. Cela renforce l'idée selon laquelle l'existence d'un trouble psychiatrique est une condition nécessaire mais non suffisante à la

survenue d'une conduite suicidaire et que la présence d'une vulnérabilité spécifique à ces conduites soit nécessaire pour sa survenue.(47)

L'importance du rôle de l'activité sérotoninergique dans la vulnérabilité suicidaire et son contrôle génétique justifient d'étudier en priorité les gènes codant pour des protéines impliquées dans son métabolisme, spécifiquement le gène codant pour son enzyme de synthèse (la tryptophane-hydroxylase) et du gène codant pour son transport, en particulier dans les conduites suicidaires violentes et répétées.(47)

La composante génétique ne représente qu'une part de la vulnérabilité aux conduites suicidaires dans laquelle interviennent aussi de nombreux facteurs environnementaux. Ainsi, la maltraitance pendant l'enfance, qu'il s'agisse d'abus physiques, d'abus sexuels ou de négligences, entraîne de façon persistante une diminution de l'activité sérotoninergique et une plus grande impulsivité, contribuant au risque suicidaire accru à l'âge adulte.(47)

Ainsi, tous les sujets victimes de maltraitance dans l'enfance ou bien soumis à des événements de vie négatifs ne sont pas à risque suicidaire, et seuls ceux qui portent un génotype particulier du gène du transporteur de la sérotonine auront un risque augmenté. En effet, les facteurs génétiques se combinent aux facteurs environnementaux pour conférer une vulnérabilité suicidaire.(47)

En pratique, les cliniciens doivent rechercher systématiquement les antécédents familiaux de tentatives de suicide et de suicides, ainsi que l'existence de traits de personnalité impulsifs et/ou agressifs et considérer l'ensemble de l'histoire d'un sujet pour évaluer soigneusement le risque suicidaire et pour promouvoir des actions de prévention.(47)

Le développement de l'épigénétique, qui étudie comment l'environnement et l'histoire individuelle ont une influence sur l'expression des gènes du suicide, a démontré une modification de l'expression des gènes à cause des événements environnementaux, en particulier, qui surviennent à l'enfance comme les abus ou maltraitance infantile.(48)

Ces données seront très utiles en psychopharmacologie, puisque de nombreuses études ont permis de montrer un effet sur la prévention des passages à l'acte impulsifs-agressifs, des

conduites suicidaires et des comportements violents avec l'utilisation de différentes molécules à impact sérotoninergique.(47)

D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre et évaluer cette approche.

7. Psychopathologie des patients suicidaires :

7.1 Approche psychologique (S. FREUD, Schneidman, Menninger, Vedrinne et Soubier) :

La psychopathologie et la psychanalyse ont joint, aujourd'hui, leurs explications dans une étiologie souvent convergente.

Dès 1905, S. Freud évoque le retournement de l'agressivité contre le moi dans le geste suicidaire, point de départ de ses travaux fondés sur la notion de « pulsion de mort » qui la définit comme «la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique », à partir de laquelle s'enrichira la réflexion sur le suicide. Cela va ouvrir une brèche dans la condamnation des suicidés. (49)

Freud a insisté sur l'importance des facteurs individuels inconscients –au lieu des enjeux sociaux comme l'a prouvé Durkheim. Selon Freud, le suicide est une « agression interne contre un objet d'amour introjecté ». Il a décrit le modèle de la mélancolie : le surmoi perd sa fonction protectrice pour se déchaîner avec une violence contre le moi.(49)

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(50)

- **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 et particulièrement comme une castration.

Pour Vedrinne et Saubier, le geste suicidaire peut être effectué pour mettre fin à un vécu de culpabilité chez le sujet mélancolique où la mort apparaît comme une fin logique à l'auto-accusation dont on fait l'objet et que ce geste apparaît comme un moyen d'échapper à un vécu persécuteur trop angoissant.(51)

Pour E. Schneidman, fondateur de la suicidologie et du centre de prévention du suicide aux Etats Unis (Los Angeles), le comportement suicidaire correspondrait à une douleur psychique insupportable. Cet auteur avait donné un modèle théorique associant la vulnérabilité et les événements stressants : « Paradigme diathèse–stress–désespoir » en se basant sur les éléments suivants :(50)

- Des stresseurs du type pertes diverses et problèmes de santé.
- Un trouble psychiatrique (type trouble de l'humeur, abus de substance et schizophrénie).
- Une personnalité pathologique.
- Des perturbations émotionnelles : colère, dépression, désespoir, impuissance, culpabilité, anxiété, anhédonie, insomnie et altération d'attention et de concentration.
- Une rigidité cognitive, déficit pour la résolution de problèmes et le coping (faire face).
- Un isolement relationnel et limitation du support social.
- Un trouble du contrôle des impulsions (abus de substance, agressivité, prise de risques vitaux et sexuels)
- Des ruminations d'idées suicidaires et de comportements associés .(50)

En conclusion, Freud a insisté sur l'importance des facteurs individuels inconscients au lieu des enjeux sociaux comme le cas de Durkheim. Donc les facteurs de stress, qu'il s'agisse de dépression ou d'événements de vie stressants, aboutissent à un geste suicidaire seulement chez les individus vulnérables. Cette vulnérabilité peut être due à plusieurs facteurs cliniques :

- Les traits de personnalité comme l'impulsivité agressive qui s'expriment par la colère ou la violence, ainsi que le pessimisme et le désespoir.

- Les antécédents personnels de tentative de suicide.
- Les antécédents familiaux de conduites suicidaires.

7.2 Approche neurocognitive :

La neuroscience a pour but de déterminer les facteurs psychologiques de vulnérabilité et de dysfonctionnement cognitifs liés au phénomène suicidaire.

Des recherches basées sur la neuroimagerie rapportent le rôle de plusieurs zones du cortex cérébral, surtout du cortex préfrontal, dans la réduction de la connectivité fonctionnelle neurologique et la dysrégulation de l'humeur. Ainsi, ces dysfonctionnements cérébraux conduiraient à une surévaluation des signaux de rejet social, une moindre perception du soutien social, un moindre contrôle des réponses émotionnelles favorisant l'émergence d'une douleur psychologique et une restriction des choix lors de la prise de décisions. Plus spécifiquement, il y a des processus dysfonctionnels neurocognitifs qui seraient responsables de trois étapes de la crise suicidaire : émergence d'émotions négatives, survenue d'idées suicidaires et passage à l'acte.(52)

L'incapacité des suicidants à attribuer une valeur adéquate à un événement extérieur peut expliquer leur sensibilité accrue à l'exclusion sociale. Ainsi, face à des situations sociales particulières, les sujets vulnérables pourraient réagir avec colère et anxiété. Ces émotions, associées à un déficit de prise de décision, conduiraient alors ces sujets à considérer le suicide comme la seule solution pour mettre fin à une douleur psychologique intense.(52)

Ainsi, le déficit de régulation de l'état émotionnel, serait associé à des déficits de résolution de problèmes, à une réduction de la fluence verbale et corrélées au désespoir. Ceci peut expliquer l'aggravation des états émotionnels négatifs et de la douleur psychologique ainsi que l'apparition d'idées de suicide. Une fois les idées suicidaires envisagées comme solution; le cerveau modulerait l'intentionnalité suicidaire.(53,54)

Enfin, le dysfonctionnement du système de connexions neurologiques serait associé à un défaut d'inhibition de la réponse dans un contexte émotionnel et une plus grande sensibilité à l'exclusion sociale, facilitant alors le passage à l'acte suicidaire.(53,54)

Dans les études plus anciennes, les auteurs ont parlé de la notion de « pensée dichotomique » qui revenait de la part du sujet à n'envisager que deux solutions extrêmes face à un problème. Ils ont évoqué également la notion de « rigidité cognitive » selon laquelle le sujet avait des difficultés à changer de stratégie pour résoudre un problème. Ces deux notions étaient plus souvent retrouvées chez les patients suicidants.(55)

Dans d'autres travaux on trouve une place 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 engendrerait des comportements suicidaires à cause de l'impossibilité pour le sujet de trouver des solutions efficaces associées à la difficulté à répondre de façon positive aux situations imprévues et stressantes.(55)

Wenzel et Beck aussi, ont proposé un modèle basé sur la théorie cognitive, selon lequel les patients suicidaires présentent des phénotypes différents liés à des schémas qui doivent être activés sous la dépendance de trois types de facteurs : (56)

- Les facteurs de vulnérabilité
- Le degré des troubles psychiatriques
- Le stress engendré par les évènements de vie.

Une fois activés, ces schémas sont associés à des processus cognitifs liés à un mauvais traitement de l'information, une présence des pensées négatives et une instabilité de l'humeur et des 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 ou lors d'un désespoir.(56)

Ainsi, Williams et Pollock, dans leur modèle du « Cry of pain », ont proposé que le processus suicidaire se basait sur une succession de trois étapes :

- L'hypersensibilité à des signaux de défaite : liée à une dysrégulation émotionnelle et une exagération de la négativité des événements de vie.
- La propension à se sentir piégé (no escape) : ceci se manifestant par de moins bonnes capacités de résolution de problèmes.
- Le sentiment d'impuissance (no-rescue) : qui repose sur un déficit de fluence verbale corrélé au désespoir.(52)

En conclusion, les résultats de la neuroscience et de la psychologie permettent d'entrevoir des pistes innovantes pour de nouvelles psychothérapies et des programmes de remédiation cognitive et émotionnelle personnelle, familiale et sociale. Ainsi, il serait pertinent de développer des stratégies visant à améliorer les performances de prise de décision, à diminuer la sensibilité au rejet social et à la douleur psychologique et à favoriser l'attention aux stimuli environnementaux positifs

8. Facteurs de risque des tentatives de suicide :

On appelle « facteur de risque » un facteur qui a été mis en relation statistique avec la survenue d'un suicide, au niveau d'une population donnée. Les facteurs de risque sont en interaction les uns avec les autres et l'importance de leur effet va dépendre de la présence ou de l'absence d'autres facteurs.

On a pu identifier un nombre important de facteurs de risque inhérents aux conduites suicidaires, les uns sont en lien avec la vulnérabilité individuelle, les autres sont d'ordre socioculturel, interpersonnel ou conjoncturel.

8. 1 Facteurs sociodémographiques et événements de vie :

a. Le sexe :

Les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les femmes que les hommes. Par contre, le suicide est plus masculin que féminin. Le rapport homme femme varie selon les pays.(57)

b. L'âge :

Les taux ont tendance à augmenter avec l'âge, mais on a récemment constaté un accroissement alarmant des comportements suicidaires chez les jeunes de 15 à 25 ans. Dans tous les pays, le suicide est maintenant la quatrième principale cause de décès chez les personnes âgées de 15-29 ans.(31)

Concernant la population très jeune, en particulier les enfants, les idéations et les comportements suicidaires sont souvent méconnus, mais ils peuvent se manifester de façon indirecte comme : dessins ou conversation à propos la mort, blessures à répétition, troubles de sommeil, troubles d'apprentissage, tendance à l'isolement (de la famille et des amis), fatigue extrême, tristesse ou dépréciation constante, perte d'intérêt pour les activités ou les objets aimés auparavant.(58)

c. Le milieu familial :

Le milieu familial des suicidants est fréquemment caractérisé par des familles dissociées ou éclatées avec une violence intrafamiliale et l'existence d'une relation conflictuelle entre les parents et le patient. De même, la séparation ou le divorce parental ont une valeur péjorative.

Par ailleurs la présence de conflits conjugaux majeurs avec ou sans séparation et les ruptures sentimentales sont des facteurs de risque important qui mènent à des comportements suicidaires.(5)

Le risque de suicide est plus élevé chez les sujets ayant une solitude affective (divorcés, veufs et célibataires). Par contre le mariage serait plus protecteur chez les hommes que chez les femmes.(57)

d. Le milieu socioprofessionnel :

Le risque relatif de suicide ou de TS est plus élevé chez les personnes de catégorie socioprofessionnelle peu élevée, disposant d'un faible revenu, d'un faible niveau d'éducation, inactifs et pour les personnes sans emplois. Le rôle spécifique de la pauvreté et les difficultés professionnelles sont parfois mentionnées surtout en cas de l'association de plusieurs facteurs de risque.(59)

Certaines catégories professionnelles comme les vétérinaires, les pharmaciens, les dentistes, les médecins et les fermiers, sont reconnues comme ayant un risque élevé de suicide. Les explications invoquées sont l'accès aux moyens létaux et la pression professionnelle. (57)

La présence de difficultés juridiques et économiques persistantes, la présence de problèmes d'intégration sociale, la faible capacité à la communication et la présence d'isolement social sont également des facteurs de risque des comportements suicidaires.(5)

Les difficultés scolaires, les échecs scolaires, les ruptures avec la scolarité, sont aussi décrits comme des facteurs de risque.(5)

La spiritualité et la religiosité, malgré leur diversité, sont dans la majorité des cas des facteurs protecteurs vis-à-vis des comportements suicidaires. On considère alors l'éloignement de la religion et l'incroyance comme un facteur de risque péjoratif. (60)

e. Les antécédents traumatiques :

Les antécédents traumatiques sont plus nombreux chez les multisuicidants.

L'importance des antécédents traumatiques tels que les traumatismes sexuels, la violence physique ou psychique, mais aussi les séparations en particulier liées à des décès, et

aux problématiques d'abandon, sont fréquemment retrouvés chez les adolescents récidivant, et souvent associées à d'autres troubles psychiques. (61)

Pour Vajda et al les antécédents d'abus sexuels ou de violences sont également considérés comme un facteur majeur dans les récives suicidaires.(62)

Cependant, nous retrouvons certains désaccords selon les auteurs ; ainsi, Mechri et al, ne notent pas de différence significative pour les antécédents d'abus sexuels et de perte parentale précoce entre primosuicidants et multisuicidants.(63)

Forman et al, soulignent l'importance de la maltraitance psychologique et d'abus sexuels pendant l'enfance chez les sujets récidivant. (64)

Par ailleurs la survenue d'une perte, une séparation, un deuil, un échec ou un événement humiliant sont des facteurs de risque important qui favorisent les comportements suicidaires. (65)

8. 2 Les troubles psychiatriques :

a. Les antécédents de tentative de suicide :

Selon la plupart des auteurs, le meilleur indicateur prédictif d'une future tentative de suicide est la présence d'un antécédent de tentative de suicide.

Il faut savoir que le nombre total de tentatives de suicide antérieures augmente le risque de récive de façon quasi exponentielle, ce risque peut être multiplié par 30.(62)

Par ailleurs, les antécédents familiaux de suicide ou de TS sont également un facteur de risque. Ce risque est alors multiplié par 5 en cas de décès de la mère et par 2 en cas de décès du père par suicide. Même en dehors du milieu familial, l'exposition au suicide ou à une TS constitue un phénomène de groupe et une contagiosité. Il semble assez spécifique surtout pour les jeunes. Le risque de passage à l'acte augmente avec la proximité affective préexistante entre le sujet et la victime.(66)

b. La présence de problèmes de santé mentale :

Certains auteurs considèrent que la maladie psychiatrique est le meilleur indicateur prédictif du suicide. Cependant, on peut également affirmer que les deux principaux facteurs de risque suicidaire sont la présence d'une maladie mentale et les antécédents de tentative de suicide chez un individu.

Certains ont considéré que le suicide est un symptôme et que tout suicidant est un malade mental.

Les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année (67). Ils sont responsables de presque de 90% des sujets ayant réalisé un suicide abouti ou une tentative de suicide.(68)

Les études effectuées aussi bien dans les pays développés que dans ceux en cours de développement révèlent la prévalence de 80 à 100 % de troubles mentaux dans les cas de mort par suicide. (57)

Le risque relatif le plus important est d'abord constaté pour les troubles de l'humeur, puis pour les troubles psychotiques, les troubles liés à l'abus de substances et enfin, les troubles de personnalité .(69)

b. 1 Les troubles de l'humeur :

L'ensemble des troubles de l'humeur a été associé au suicide. Ceci comprend les troubles bipolaires, la dépression majeure unipolaire, les dépressions récurrentes et les troubles chroniques que sont les cyclothymies et les dysthymies. (70)

Le trouble dépressif majeur est le premier trouble psychiatrique diagnostiqué et plusieurs études montrent qu'entre 50% à 60% des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de l'humeur. (71)

Le risque suicidaire peut être présent à tout moment de l'évolution de la dépression. Ainsi, certains auteurs ont évoqué une majoration du risque suicidaire (surtout chez les jeunes

et les sujets âgés) : au début d'un trouble dépressif, en cas de dépression masquée ou non traitée et en cas de levée d'inhibition après l'instauration d'un traitement antidépresseur. (72)

Pour le trouble bipolaire, on sait que 20 à 56% des malades feront une tentative de suicide dans leur vie, et 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, lors de l'installation des épisodes thymiques et des périodes de transition (le retour à l'euthymie). En ce qui concerne le type d'épisode, il s'avère que c'est surtout lors des phases dépressives qu'ont lieu la grande majorité des TS. La mixité de l'humeur et la rapidité des cycles thymiques augmentent considérablement le risque de passage à l'acte suicidaire. (73)

b. 2 La schizophrénie :

Le suicide est la principale cause de mort précoce chez le schizophrène. Entre 18% et 55% des malades schizophrènes font une tentative de suicide au cours de leur vie, et 10% à 15% d'entre eux décèdent par suicide. Ce risque est 50 fois plus élevé par rapport à 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.(74)

Le risque suicidaire est corrélé à 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 à la dépendance à l'alcool. (75)

b. 3 Les troubles des conduites addictives :

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

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

Certains auteurs associent l'addiction aux substances à des troubles psychiatriques plus fréquents, comme la dépression ou les troubles de personnalité, ce qui expliquerait alors le risque accru de comportements suicidaires. Pour d'autres, ces consommations de toxiques associées au risque de récurrence suicidaire pourraient être indépendantes de la dépression et rentreraient dans le cadre de comportements addictifs au sens large, incluant une « addiction au suicide ». (76) (62)

Les études indiquent que, quel que soient l'âge et le sexe, entre 15% et 61% des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble lié à la consommation d'alcool. Le diagnostic de l'addiction à l'alcool est présent pour 27 à 54% des personnes ayant fait une tentative de suicide. Ces études montrent également que le risque de suicide est élevé pour l'addiction à l'alcool : 11 fois plus élevé par rapport à la population générale. (77)

L'alcool joue certainement un rôle à travers une désinhibition qui facilite les passages à l'acte impulsif, caractérisant le plus souvent les récurrences suicidaires. (72)

Il existe une comorbidité importante entre l'addiction 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. (72)

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. (72)

Par ailleurs, selon les auteurs, la consommation de substances psychoactives et d'alcool favorisent la récurrence suicidaire, avec un risque plus important dans l'année qui suit la TS. (78)

D'un autre côté les auteurs ont démontré le rôle des antécédents familiaux d'addiction aux toxiques particulièrement à l'alcool comme facteur de risque du comportement suicidaire de l'individu. (64)

b. 4 Les troubles de la personnalité :

Des études récentes ont montré la fréquence (20 à 25 %) des troubles de la personnalité chez les jeunes suicidants. Les troubles les plus fréquents associés au suicide sont la personnalité de type limite, psychopathique et histrionique. [49]

- **Personnalité histrionique** : Ce type de personnalité est présent chez 10 à 15 % des consultants en psychiatrie, touchant principalement le sexe féminin. Les personnes hystériques payent un lourd tribut au suicide. Les caractéristiques de leurs tentatives de suicide sont :

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

Le geste suicidaire prend une valeur d'appel aux autres, de quête affective où le désir d'aimer conduit à jouer sa mort devant les autres comme un défi.(79)

- **Personnalité borderline (état limite)** : Le trouble de la personnalité borderline est 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. (80) Une dépression chez un sujet ayant une personnalité borderline représente une association particulièrement grave et dangereuse sur le plan de la suicidalité à cause de l'association du désespoir de la dépression à une impulsivité qui marque la personnalité borderline(81)

- **Personnalité psychopathique antisociale** : Ces patients se caractérisent par l'incapacité à se conformer aux normes sociales. Ils sont impulsifs, irritables et souvent agressifs, hétéro-agressivité, ou auto-agressivité (tentative de suicide...).(82) Le décès intervient parfois après plusieurs tentatives et n'est pas toujours le résultat de la plus déterminée d'entre elles. (82) Pour les déséquilibrés psychopathiques impulsifs et intolérants avec un passage à l'acte favorisé par l'alcool ou les toxiques (comme le haschich...), le geste se réalise en l'absence de toute anticipation comme solution à une situation difficile et frustrante. La tentative de suicide survient fréquemment :
 - ✓ En réponse à des frustrations ;
 - ✓ Comme moyen pour obtenir des réponses immédiates à ses demandes ;
 - ✓ Comme un acte impulsif de dégager la tension intérieure ;
 - ✓ Lors d'une décompensation dépressive.(82)
- **La personnalité obsessionnelle** : Ce type de personnalité est caractérisé par une tendance aux réalisations suicidaires qui sont plus ruminées qu'agies. Cependant, une dépression survenant sur une personnalité obsessionnelle peut pousser le sujet à tenter le suicide qui sera alors ruminé, préparé et agi alors que ses défenses par ritualisation et mentalisation sont débordées.
- **La personnalité narcissique** : Le facteur de risque essentiel dans le passage à l'acte suicidaire apparaît dans l'importance de la fragilité narcissique du patient et la nature de sa dynamique familiale.

b. 5 Les troubles anxieux :

- **Trouble de Stress Post-traumatique** : L'exposition aux événements traumatiques peut avoir des conséquences négatives sur la vie psychique des individus. Des études ont rapporté que, dans la population générale, plus de 60% des hommes et 51% des femmes seront confrontés à ces événements, entraînant un trouble de stress post-traumatique en

2 à 7 % des cas (83). Le TSPT peut s'aggraver en présence des comorbidités psychiatriques. Cela entraîne des conséquences graves sur le fonctionnement et la vie émotionnelle de l'individu et a un impact sur les comportements suicidaires : risque suicidaire 4 fois plus élevé par rapport à la population générale (83,84). C'est le cas dans des populations exposées à des événements traumatiques tels que rencontrés pendant les guerres et chez les enfants ayant vécu des traumatismes, des maltraitances et des abus. (62)

- **Autres troubles anxieux** : Les études ont suggéré un lien entre les comportements suicidaires et les autres troubles anxieux comme les troubles de panique. Ces études s'accordent plutôt à décrire les troubles anxieux comme des facteurs aggravant en lien avec d'autres pathologies psychiatriques, comme la dépression et la dépendance aux substances psychoactives, plutôt que des facteurs isolés du risque suicidaire. (85)

b. 6 Autres :

- **Troubles du sommeil :**

La SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) identifie les anomalies du sommeil, y compris l'insomnie, l'hypersomnie, les anomalies qualitatives du sommeil et les attaques de panique nocturnes, comme des troubles du sommeil potentiellement liés aux comportements suicidaires. Ces troubles du sommeil et les changements des habitudes de sommeil sont considérés comme faisant partie des 10 signes d'alerte de risque suicidaire selon la SAMHSA (86). D'après une récente méta-analyse, il a été constaté qu'il existe une corrélation positive entre les troubles du sommeil, notamment l'insomnie, et la présence de comportements suicidaires ainsi que de troubles dépressifs. Cette étude a révélé que tous les types de perturbations du sommeil étaient associés à une augmentation du risque suicidaire, avec un risque trois fois plus élevé par rapport à la population générale. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en considération les troubles du sommeil lors de l'évaluation et de la

gestion des risques suicidaires et des troubles dépressifs. (87) En effet, des irrégularités dans les résultats de l'électroencéphalographie ont été observées lors de l'examen polysomnographie chez les individus suicidaires. De plus, certaines approches thérapeutiques axées sur le sommeil et les rythmes circadiens dans le contexte de la suicidologie ont démontré leur efficacité. (88)

✓ **Rythme circadien et saisonnalité :**

Les données montrent que les idées suicidaires et les comportements suicidaires varient saisonnièrement, avec un pic principal au printemps et un second pic à l'automne, qui sont probablement liés aux symptômes dépressifs. Cette saisonnalité du suicide est influencée par des facteurs climatiques et biologiques, tels que des anomalies dans la sécrétion de la mélatonine, du cortisol et de la sérotonine. De plus, la répartition quotidienne des tentatives de suicide et des suicides suggère l'implication de certains gènes et biomarqueurs circadiens dans la vulnérabilité suicidaire. (88)

✓ **Psychotropes :**

L'utilisation de psychotropes peut provoquer des effets secondaires graves, parmi lesquels figurent l'agressivité, la violence, les pensées suicidaires et les comportements suicidaires. Ces effets sont plus susceptibles de se produire en cas de mauvaise utilisation de ces médicaments. (89)

Par ailleurs les antidépresseurs peuvent initialement entraîner une désinhibition qui peut favoriser les comportements suicidaires, aussi les anxiolytiques peuvent entraîner une dépendance, ce qui peut également contribuer à l'émergence d'idées suicidaires. (90)

D'un autre côté, les psychotropes constituent les médicaments les plus utilisés comme moyens d'auto intoxication médicamenteuse dans le cadre de suicide ou de tentative de suicide. (89)

✓ **Antécédents familiaux des troubles psychiatriques :**

Plusieurs auteurs ont montré l'importance des antécédents psychiatriques familiaux, particulièrement les antécédents de maladie mentale dans le comportement suicidaire de l'individu primo et multisuicidants.(91)

❖ **L'estime de soi :**

L'estime de soi peut être évaluée en fonction de plusieurs dimensions, parmi lesquelles les plus étudiées sont le niveau (élevé et faible) et la stabilité (stable et instable). Lorsque l'estime de soi est basse et instable, il est plus probable que la personne porte un regard défavorable sur elle-même, se concentre sur ses défauts et limites, a du mal à reconnaître ses qualités et forces, présente une plus grande vulnérabilité face à l'adversité et rencontre des difficultés pour résoudre ses problèmes. (92)

En effet, une faible estime de soi est susceptible d'être corrélée avec un risque accru de suicide, ainsi qu'avec certains troubles psychiatriques tels que les troubles de l'humeur, les troubles liés à la consommation de substances, la dépression et l'anxiété. C'est pourquoi il est important de travailler sur les capacités d'autorégulation de l'estime de soi chez les patients. (92)

❖ **La vulnérabilité cognitive :**

Les processus cognitifs impliqués dans l'analyse et l'adaptation à de nouvelles situations jouent un rôle essentiel en tant que lien intermédiaire entre les événements de vie et la probabilité de suicide. Certains déficits cognitifs spécifiques, tels que la rigidité mentale, la propension à penser de manière dichotomique et l'incapacité à envisager des solutions alternatives, entravent la capacité des individus à résoudre efficacement les problèmes lorsqu'ils font face à des événements défavorables. (5,93)

❖ **Le trouble de la régulation émotionnelle :**

Les études ont révélé que les individus qui s'automutilent ou qui ont des comportements suicidaires présentent des traits de personnalité tels que la colère, l'hostilité, l'impulsivité et l'agressivité, souvent associés à des comportements antisociaux. Ces caractéristiques sont souvent liées à une dysrégulation émotionnelle, une sensibilité au rejet social et une perception insuffisante du soutien social. De plus, l'agressivité est considérée comme un facteur de risque de récurrence dans ces cas.(94)

8.3 Pathologies somatiques :

Les personnes atteintes de maladies chroniques sont plus susceptibles de développer des troubles psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété et les troubles de l'adaptation. Ces troubles mentaux peuvent être liés aux contraintes et aux défis liés à la maladie elle-même, ainsi qu'aux conséquences sur la vie quotidienne, les relations sociales et le bien-être global.

a. Covid 19 :

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions psychologiques et sociales profondes, dont les séquelles persisteront probablement pendant des mois et des années. De nombreuses études montrent que la pandémie est associée à de la détresse, de l'anxiété, de la peur de la contamination, de la dépression et de l'insomnie, touchant tant la population générale que les professionnels de santé.(95)

L'isolement social, l'anxiété, la peur, l'incertitude, le stress chronique et les difficultés économiques engendrés par la crise peuvent conduire au développement ou à l'exacerbation de troubles psychiatriques chez les populations vulnérables, y compris les personnes souffrant de troubles préexistants et celles vivant dans des zones fortement touchées par la COVID-19. Or, les troubles psychiatriques liés au stress, comme les troubles de l'humeur et l'abus de substances, sont associés aux comportements suicidaires. Même les survivants de la COVID-19 peuvent être exposés à un risque élevé de suicide. (95)

Les auteurs ont effectué une revue systématique et une méta-analyse de 13 bases de données jusqu'en décembre 2022 pour identifier les études rapportant à la fois la prévalence de l'idéation suicidaire, des tentatives de suicide ou du taux de décès par suicide avant et pendant la pandémie. Les auteurs concluent que malgré la stabilité du taux de suicide, une tendance à la hausse de l'idéation suicidaire et des tentatives de suicide a été observée pendant la pandémie de COVID-19. (96)

b. Troubles neurologiques :

Le suicide dans l'épilepsie est un phénomène complexe, mais la plupart s'accordent à dire que les taux de suicide sont plus élevés chez les personnes atteintes d'épilepsie par rapport à la population générale, Ceci a été attribué à une augmentation de l'impulsivité, de l'agressivité ainsi qu'à le handicap chronique que peut présenter cette maladie. Chez les patients atteints d'épilepsie, les comportements suicidaires peuvent précéder l'apparition des crises ou être une conséquence du traitement antiépileptique. (97)

Les traumatismes crâniens et médullaires augmentent le risque de suicide. Des études récentes ont démontré que dans les suites d'un accident vasculaire cérébral, on a pu évaluer à 19 % le nombre des patients dépressifs et suicidaires, notamment en cas des lésions postérieures étant responsables d'un handicap majeur et d'une détérioration physique. (57)

On peut ajouter comme maladies neurologiques la sclérose en plaques et la migraine dont la douleur est le facteur prédictif de suicide. (57)

c. Cancers :

Le risque de suicide se situe au moment de la confirmation du diagnostic, lors des deux premières années de la maladie terminale ou encore lors de la progression du processus malin. La douleur est un facteur significatif de ce risque. (57)

d. Sida :

Cette infection présente un risque de suicide élevé chez le jeune. Il est également élevé lors de la découverte de l'atteinte infectieuse et dans les premiers temps de la maladie. Le risque est majeur chez les usagers des substances psychoactives par voie intraveineuse. (98)

e. Autres pathologies :

D'autres pathologies seraient responsables de l'élévation du risque suicidaire. On peut citer Les maladies respiratoires telles que les troubles pulmonaires obstructifs chroniques et l'asthme, les néphrites chroniques (sous dialyse), les maladies ostéo-articulaires, cardiovasculaires et digestives. A cette liste on ajoutera tout handicap locomoteur, la cécité et la surdité. (57)

8. 4 L'impact de la technologie sur le comportement suicidaire :

Récemment, on a vécu une immense utilisation de téléphones mobiles et ses équivalents, ainsi que les réseaux sociaux, en particulier par les enfants, les adolescents et les jeunes. Cette technologie a engendré, chez cette population en cours de développement psychoactif et cognitif, des changements de comportement, des addictions, des tentatives de suicide et même des suicides, surtout lors de l'usage de jeux et d'applications morbides. Parmi ces jeux on trouve le jeu nommé « Blue Whale Challenge » ou « Défi de la Baleine Bleue ». (99)

Le « Blue Whale Challenge » consiste en une liste de défis à réaliser, avec une gradation qui peut pousser certains adolescents à se tuer. Le nom vient d'une légende russe autour de la baleine bleue. Ce majestueux animal aux allures tristes se donnerait volontairement la mort en s'échouant sur le sable. Ce jeu est apparu la première fois sur les réseaux sociaux russes, puis il a fait des ravages dans le monde. (99)

Il semble que le jeu a été élaboré par des psychologues expérimentés, se basant sur la manipulation mentale et la relation de dominant/soumis. Les injonctions sont de plus en plus difficiles à réaliser mais l'adolescent est de plus en plus sous l'influence du jeu. A chaque

challenge effectué, la personne doit le prouver sur les réseaux sociaux, avec une photo, une vidéo, ou un post. (99)

Le jeu est composé de 50 défis allant des plus simples (dessiner, écouter de la musique, ne plus parler...) aux plus morbides (se frapper, se scarifier, regarder des vidéos lugubres, monter sur une grue...). Les joueurs doivent relever un défi par jour jusqu'à l'ultime épreuve : le suicide. Plusieurs joueurs se sont suicidés, ou au moins ont fait une TS au 50^e jour. (99)

Le jeu a été signalé dans plusieurs pays dans le monde, poussant les autorités à émettre des mises en garde aux parents et activer des stratégies en plusieurs approches : familiale, éducative, sanitaire et judiciaire. (99)

Au Maroc, ce jeu a mené à des comportements suicidaires chez les adolescents, dont les statistiques ne sont pas disponibles.

9. Prévention :

Le suicide est un grave problème de santé publique ; or il peut être évité moyennant des interventions menées en temps opportun, fondées sur des données factuelles et souvent peu coûteuses. Pour que l'action nationale soit efficace, une stratégie globale multisectorielle de prévention du suicide s'impose. En 2014, seuls 28 pays possédaient des stratégies nationales de prévention du suicide (le Maroc n'en faisait pas partie). (100)

Dans le plan d'action global pour la santé mentale 2013–2020, les États Membres de l'OMS s'engagent à une réduction du taux de suicide de 10% d'ici 2020. La prévention du suicide compte parmi les priorités du programme d'action de l'OMS, qui a été lancé en 2008 sous le thème : « Comblent les lacunes en santé mentale ». (101)

Ces stratégies sont basées sur la restriction et le contrôle de l'accessibilité aux moyens de suicide (pesticides, médicaments, armes...), l'incorporation de la prévention du suicide aux services de soins de santé en tant que composante essentielle et la prévention des addictions. Ces stratégies se sont axées aussi sur la mise en place de lignes d'écoute téléphonique et aux

programmes globaux de sensibilisation (médias, écoles...). Une importance particulière a été donnée à la postvention suite à un suicide (ensemble des actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assuré les secours, ceux qui avaient noué une relation d'attachement avec cette personne) afin de limiter le phénomène de contagion et d'imitation, en particulier chez des personnes vulnérables. (100)

L'OMS a aussi insisté sur la place centrale de la psychiatrie (psychiatres, médicaments psychotropes, psychothérapies, mesures psychosociales...) dans la prévention du suicide, ainsi que le rôle important des médecins généralistes. (100)

Une étude suédoise de l'île de Gotland a montré que la formation psychiatrique des médecins généralistes, en particulier pour le dépistage et le traitement des états dépressifs, permettait de diminuer de moitié le nombre des suicides.(102)

Par ailleurs, la faible estime de soi joue un rôle important dans le phénomène suicidaire surtout chez les jeunes. Plusieurs programmes ont été élaborés, nous en illustrons un exemple, pendant lequel des jeunes étudiants apprennent par des activités et des moments d'écoute en groupe à :

- ✓ Travailler ensemble en équipe.
- ✓ Écouter sans jugement les préoccupations des autres.
- ✓ Reconnaître les signes d'une éventuelle dépression ou d'un risque suicidaire chez une autre personne.
- ✓ Demander de l'aide à un professionnel ou à un autre adulte si nécessaire. Cela permettait à ces jeunes d'éprouver un sentiment accru de cohésion sociale et de promouvoir un affect positif global. (103)

D'un autre côté, l'OMS insiste sur l'approfondissement des études et des recherches spécifiques aux comportements suicidaires. Et ce dans le but d'améliorer la qualité des données et du suivi des tentatives de suicide au sein de la population. (101)

Concernant l'enfant de moins de 13 ans, la mise en place de mesures de prévention est probablement limitée par la crainte d'induire des idées suicidaires en interrogeant un enfant sur

le suicide. Même si, l'OMS et l'HAS encouragent à interroger les enfants sur ce sujet afin de ne pas mésestimer les idées suicidaires. Chez cette population, malgré que la représentation de la mort est immature, des études ont montré que dès 6 ans, un enfant est capable de décrire précisément un moyen de se suicider.(104)

Il apparaît donc nécessaire d'informer les intervenants scolaires et de former les professionnels médicaux et paramédicaux à propos de la problématique suicidaire chez l'enfant. La formation des éducateurs au terme du repérage des enfants en souffrance psychique est notamment une voie de recherche de la prévention des conduites suicidaires. (103)

Les parents ont par ailleurs une place importante dans la prévention et l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant. Il est indispensable de les informer que le comportement suicidaire peut exister chez un enfant, et les encourager à construire un lien d'attachement solide avec leurs enfants, basé sur l'attention bienveillante et la communication positive. (103,105)

Enfin, pour être efficace, une stratégie de prévention doit prévoir la collaboration entre les secteurs sanitaires et les autres secteurs aux niveaux gouvernemental et non gouvernemental. Les communautés doivent apporter un soutien social aux personnes vulnérables, s'impliquer dans les soins de suivi, lutter contre la stigmatisation et venir en aide aux personnes endeuillées suite à un suicide. La prévention précoce doit être une composante essentielle de toute stratégie.

II. Discussion des résultats :

Au cours de ce chapitre, nous allons discuter les différentes caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients, ainsi que des tentatives de suicide, étudiées dans notre travail en faisant la comparaison avec les études de la littérature.

1. Données sociodémographiques :

1.1 Age :

L'âge moyen des suicidants dans notre travail était de 29,4 et la tranche d'âge de 20-40 ans était de 59,9 %. Les tentatives de suicide étaient l'apanage du sujet jeune en particulier.

Dans notre étude, il y a une prédominance des patients suicidant ayant un âge compris entre 20 et 40 ans (59,9%), ainsi que dans la majorité des études, notamment, de **N. Perroud** (85) , **A.Cissé** (106), **L.Djebar** (107), **K. Laachiri** (108)

Tableau XXIV: Pourcentage des suicidants selon l'âge

Age	N. Perroud N=164 2007(France) (85)	A.Cissé N=113 2020(Mali) (106)	L.Djebar N=118 2012 (Algérie) (109)	K.Laachiri N=120 2018(Marrakech) (108)	Notre étude Agadir N=147
< 20ans	37,3%	30,10%	2,54%	12,5%	23,1%
20-40ans	56,5%	46,90%	61,86%	64,2%	59,9%
> 40	6,2%	23%	20,3%	23,3%	17%

1.2 Sexe :

Concernant le sexe, il y a un accord à l'unanimité sur la prédominance féminine chez les suicidants.

Dans notre série, on a trouvé une prédominance du sexe féminin (60,8%). Ce résultat est similaire à celui de R. Taghlaoui (113), K. Laachiri (108), de G. Reidi (111), de l'INPES (112) et de l'ORS (110).

Tableau XXV: Pourcentage des suicidants selon le sexe

sexe	ORS N=674 France, 2013 (110)	G. Riedi N=606 France, 2012 (111)	INPES N=25771 France, 2010 (112)	R. Taghlaoui N=92 Fès, 2009 (113)	K. Laachiri N=120 Marrakech, 2018 (108)	Notre étude Agadir N=147
Femme	64,8%	69%	54,7%	64%	60,8%	63,3%
homme	35,2%	31%	45,3%	36%	39,2%	34,7%

1.3 Milieu de vie :

Dans notre étude, ainsi que dans la plupart des études : L.Pennognon et al, A.Cissé, Y. Oumetjar, R.Taghlaoui, K. Laachiri, les sujets qui vivent au milieu urbain sont nettement prédominants.

Tableau XXVI: Pourcentage des suicidants selon le milieu de vie

Milieu de vie	L.Pennognon et al N=440 2015 (France)(114)	A.Cissé N=113 2020 (Mali)(106)	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat)(115)	R.Taghlaoui N=92 2009 (Fès)(113)	K. Laachiri N=120 2018 (Marrakech) (108)	Notre étude Agadir N=147
urbain	75%	78,8%	82,2%	80%	65,8%	91,2%
Rural	25%	21,2%	17,8%	20%	34,2%	8,8%

1.4 Statut marital :

Dans notre série, les célibataires représentent 64,6%. Ce résultat est proche à ce de K.Hajji et al (116), M.Almoustapha ousmane (106) , C.Perrot (117), R.Taghlaoui (113) , K.LAACHIRI (108).

Tableau XXVII: Pourcentage des suicidants selon le statut marital

Milieu de vie	K.Hajji et al N=77 2015 (Tunisie)(116)	A.Cissé N=113 2020 (Mali)(106)	C.Perrot N=132 2015 (France)(117)	R.Taghlaoui N=92 2009 (Fès)(113)	K. Laachiri N=120 2018 (Marrakech) (108)	Notre étude Agadir N=147
célibataire	74%	57,5%	62,9%	61%	43,3%	64,6%
Marie	23,4%	32,7%	28,8%	25,5%	40%	21,8%
Divorcé	2,6%	8%	7,6%	13,5%	13,3%	11,6%
veuf	-	1,8%	0,8%		3,3%	2%

Selon plusieurs études, nous pouvons noter que :

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

1.5 Nombre d'enfants :

Dans notre étude, 65,3% des patients n'ont pas d'enfant. Ce résultat est proche de celui de R.Taghlaoui (113), K. Laachiri (108), G. Riedi (111) et C.Perrot (117). Et inférieur à celui de N.Mansouri (118) Cette différence peut être expliquée par la taille d'échantillon et la spécificité de la population (jeune militaire dont la majorité n'est pas encore mariée).

Tableau XXVIII: Pourcentage des suicidants selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	G. Riedi N=606 2012 (France)(111)	N.Mansouri N=60 2015 (Algérie)(118)	C.Perrot N=132 2015 (France)(117)	R.Taghlaoui N=92 2009 (Fès)(113)	K. Laachiri N=120 2018 (Marrakech)(108)	Notre étude Agadir N=147
Pas d'enfant	71,1%	90%	71,2%	50,9%	48,3%	65,3%
1-2 enfants	28,9%	10%	28,8%	30,2%	35%	20,4%
≥3 enfants		0%		18,9%	16,7%	14,3%

1. 6 Niveau scolaire :

Plus de la moitié des suicidants dans notre étude avait un niveau de scolarité secondaire, ce résultat rejoint l'étude de K. Hajji et al (116), et proche de l'étude de K. LAACHIRI (108), et de Y. Oumetjar (115) , mais il est différente à celui de M.Almoustapha ousmane. Cette différence peut être expliquée par la situation socio-économique du pays (MALI).

Tableau XXIX: Pourcentage des suicidants selon le niveau scolaire

Niveau scolaire	K.Hajji et al N=77 2015 (Tunisie) (116)	N.Mansouri N=60 2015 (Algérie)(118)	A.Cissé N=113 2020 (Mali)(106)	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat)(115)	K. Laachiri N=120 2018 (Marrakech) (108)	Notre étude Agadir N=147
Faible(□primaire)	37,7%	90%	66,4%	31%	42,5%	6,1%
secondaire	53,2%		22,1%	38%	43,4%	54,4%
Universitaire	9,1%	10%	11,5%	31%	14,2%	12,2%

1. 7 Activité professionnelle :

Un autre facteur étudié dans notre travail est le chômage qui est élevé. Ainsi, 46,9% des suicidants avaient une activité professionnelle irrégulière et 39,5% étaient en chômage, constituant ainsi un facteur de risque comme cela a été signalé par d'autres études.

Dans notre étude ainsi que dans la plupart des études maghrébines : **R. Rachem** (119), **Y. Oumetjar** (115), **R. Taghlaoui** (113), **K. Laachiri** (108), presque les deux tiers des suicidants sont inactifs. A l'inverse, dans les études faites en France : **G. Riedi** (111), **INPES** (112) , on trouve une nette prédominance des suicidants actifs. Cela peut être expliqué par l'élévation du taux de chômage dans ces pays maghrébins.

Tableau XXX: Pourcentage des suicidants selon L'activité professionnelle

L'activité professionnelle	INPES N=25771 2010 (France) (112)	R. Rachem N =38 2009 (Tunisie)(119)	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat)(115)	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès)(113)	K. Laachiri N=120 2018 (Marrakech) (108)	Notre étude Agadir N=147
Absente	35,4%	76,3%	62%	60%	36%	39,5%
Irrégulière		23,7%	24,2%		37,3%	46,9%
Régulière	64,6%		13,8%	40%	26,7%	13,6%

1. 8 Niveau socio-économique :

Dans notre étude, on trouve une nette prédominance des suicidants ayant un niveau économique bas, ce résultat proche de celui de **Y. Oumetjar** (115), mais il est différente à celui de **INPES** (112) , **M. Kim et al** , **C. Esquivel et al** , **K. Laachiri**, Cette différence peut être expliquée par la spécificité de la population consultant à l'hôpital public dans notre pays.

Tableau XXXI: Pourcentage des suicidants selon le niveau socio-économique

Niveau socioéconomique	INPES N=25771 2010 (France) (112)	M. Kim et al N=795 2016 (Corée du Sud)(120)	C. Esquivel et al N=276 2014 (Mexique) (121)	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat)(115)	K. Laachiri N=120 2018 (Marrakech) (108)	Notre étude Agadir N=147
Bas	28,3%	42,6%	36,9%	48,3%	28,3%	78,9%
moyen	42%	45,1%	60,8%	43,3%	65%	19%
Elevé	29,7%	12,3%	2,3%	13,8%	6,7%	2%

1.9 Vie sociale :

Dans notre série, les suicidants qui habitent seuls ont représenté 17% ; résultat proche de celui de Y. Oumetjar (115) et de R. Taghlaoui (113) , K.Laachiri (108). Ce résultat est inférieur à celui trouvé dans les séries qui ont été faites en France : G. Riedi (111), INPES (112). Cela peut être expliqué par la structure familiale encore traditionnelle au Maroc.

Tableau XXXII: Pourcentage des suicidants selon la vie sociale

Vie sociale	INPES N=25771 2010 (France) (112)	G. Riedi N=606 2012 (France)(111)	R. Taghlaoui N=92 2009 (Fès)(113)	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat)(115)	K. Laachiri N=120 2018 (Marrakech) (108)	Notre étude Agadir N=147
Seul	23,5%	56%	18%	7,1%	11,7%	17%
Accompagné	76,5%	44%	82%	92,9%	88,3%	83%

2. Antécédents :

2.1 Antécédents de TS :

Un antécédent de tentative de suicide constitue un facteur de risque pour une future tentative de suicide et augmente aussi le risque de suicide fatal. Dans notre étude, 41,5% des suicidants avaient déjà réalisé au moins une TS. Ces caractéristiques sont :

✓ **Similaires à celles de :** **G. Riedi** 43,3% (France 2012, N=606) (111), et **A. Mechri** 42,2 % (Tunisie 2004, N=90)(63)

✓ **Inférieurs à ceux de :** **K. Laachiri** 88,1% (Marrakech 2018 N=120) (108) , **R. Taghlaoui** 54% (Fès 2009, N=92) (113) et de **L. Pennognon** 54% (France 2015, N=440)(114)

Selon **L. Pennognon** (France 2015, N=440) (114), 67% des récidivistes, ont fait moins de 4 TS, ce qui est inférieur au résultat trouvé dans notre étude (88,1%).

Selon **K. Laachiri** (Marrakech 2018 N=120) (108), 75,8% des récidivistes, ont fait moins de 4 TS ce qui est proche au résultat trouvé dans notre étude (88,1%).

2.2 Antécédents de consultation psychiatrique :

Dans notre étude 57,2% des patients ont déjà consulté un psychiatre. Nos résultats sont :

✓ **Similaires** à ceux trouvés dans l'étude de **G. Riedi** 56,3% (France 2012, N=606) (111),

✓ **Supérieurs** à ceux trouvés dans l'étude de **A. Mechri** 37% (Tunisie 2004, N=90) (63) et de **R. Taghlaoui** 49% (Fès 2009, N=92) (113)

2.3 Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie :

Dans notre étude 21,8% des patients ont au moins une hospitalisation au service de psychiatrie. Nos résultats sont

✓ **Proches** de ceux de **R. Taghlaoui** 32% (Fès 2009, N=92) (113), **A. Mechri** 27,8% (Tunisie 2004, N=90) (63)

- ✓ **Inférieurs** à ceux et de **K. Laachiri** 55% (Marrakech 2018 N=120) (108), et de **G. Riedi** 41% (France 2012, N=606) (111).

Tableau XXXIII: Pourcentage des suicidants selon les antécédents personnels psychiatrique

Les études	ATCDS DE Tentative de suicide %	ATCDS de consultation en psychiatrie %	ATCDS d'hospitalisation en psychiatrie %
R. Taghlaoui (Fès 2009, N=92) (113)	54%	49%	32%
G.Riedi (France 2012, N=606) (111)	43,3%	56,3%	41%
K. Laachiri (Marrakech 2018 N=120) (108)	88,1%	84,2%	55%
A. Mechri (Tunisie2004, N=90) (63) (63)	42,2%	41%	27,8%
Notre étude Agadir N=147	41,5%	57,2%	21,8%

2. 4 Troubles psychiatriques :

Dans notre série, 38,8% des patients ont un trouble dépressif contre 33,4% qui ont un trouble de personnalité (personnalité borderline dans 18,4% des cas). Et cela concorde avec les résultats trouvés dans la littérature. Ce type de personnalité est fréquemment trouvé dans la littérature par exemple : dans l'étude de **Brenet et al.**(122) Le trouble de la personnalité borderline est rencontré dans 32,4 % des jeunes suicidant hospitalisés.

Nos résultats sont :

- ✓ **Proches** à ceux de **R. Taghlaoui** (Fès 2009, N=92) (113)
- ✓ **Supérieurs** à ceux de **K. Laachiri** (Marrakech 2018 N=120) (108) et **Y. Oumetjar** N=30 2013 (Rabat) (115)

Cette différence est liée, probablement, au type d'échantillon (consultant aux urgences générales) et aussi par rapport à la taille d'échantillon.

Tableau XXXIV: Pourcentage des suicidants selon le trouble psychiatrique

Trouble psychiatrique	Trouble dépressif	Trouble bipolaire	Psychose	Accès psychotique aigue	Trouble de personnalité	Trouble anxieux
InVS 2011 (France, N=450 726) (123)	59,8%	2,5%	1,6%	2,7%	5,4%	15,1%
R. Taghlaoui (Fès 2009, N=92) (113)	30%	5%	24%	6%	22%	10%
Y. Oumetjar (Rabat, N=30 2013)(115)	25%	4,2%	54,2%	-	16,6%	-
K. Laachiri (Marrakech 2018 N=120) (108)	19,2%	21,7%	28,3%	14,2	3,3%	5,8%
Notre étude (Agadir, N=147)	38,8%	2,7%	19,7%	2,7%	33,4%	2,7%

2.5 Consommation de toxiques :

a. **Présence de consommation de toxiques :**

Nos résultats indiquent que **52,4%** des suicidants ont consommé au moins une substance toxique. Ces résultats sont inférieurs à ceux de **E.M. Forman et al 70,3%** (Etats Unis 2004, N=153) (124) et de **Y. Oumetjar 69%** (Rabat 2013, N=30) (115). Cela peut être lié à la disponibilité des produits toxiques, dans l'étude de E.M Forman et al, et à la taille réduite de l'échantillon dans l'étude Y. Oumetjar.

b. **Types de toxiques :**

Dans notre étude, **97,4%** des usagers sont tabagiques, **37%** consomment l'alcool et **72,7%** consomment du cannabis. Nos résultats sont :

- ✓ **Proches** de ceux trouvés dans l'étude de **K. Laachiri** (108)
- ✓ **Inférieurs** à ceux de **N. Mansouri** (118), probablement, en raison de la réalisation de cette étude uniquement chez des hommes militaires.
- ✓ **Supérieurs** pour le cannabis à ceux trouvés dans les études qui ont été faites en France de **O. Mandhouj** (125) et de **M. Kurzenne** (126) Probablement, en raison de la disponibilité de cannabis au Maroc.

Tableau XXXV: Pourcentage des suicidants selon la substance toxique

Substances toxiques	O. Mandhouj N=88 2015 (France)(125)	M. Kurzenne N=374 2014 (France)(126)	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie)(118)	K. Laachiri (Marrakech 2018 N=120) (108)	Notre étude Agadir N=147
Tabac	64,8%	69%	–	86,8%	97,4%
Cannabis	22,8%	25%	80%	39,6%	72,7%
alcool	52%	59%	80%	47,2%	37%
Autres	6,8%	11%	20%	7,5%	16,9%

2. 6 Antécédents familiaux :

Concernant les antécédents familiaux, Les résultats de notre étude indiquent un trouble psychiatrique dans 35,4%, une TS dans 15,4%, un suicide dans 4,3%.

Nos résultats sont proches à ceux trouvés dans l'étude de **R. Taghlaoui** (113), **K. Laachiri** (108), **L. Wexler et al** (127)

Tableau XXXVI: Pourcentage des suicidants selon les antécédents familiaux

Les ATCDS familiaux	L.Wexler et al N=510 2012 (Etats Unis)(127)	A. Mechri N=90 2004 Tunisie (63)	R. Taghlaoui N=92 2009 Fes (113)	K. Laachiri (Marrakech 2018 N=120) (108)	Notre étude Agadir N=147
Trouble psychiatrique	49%	15,6%	34,4%	41,7%	35,4%
Tentative de suicide	44,3%	14,4%	13,5%	20%	15,4%
Suicide			6,7%	14,2%	4,3%

3. Caractéristiques des tentatives de suicide :

3.1 Motif évoqué :

Dans notre série, les suicidants ont évoqué comme motif de TS, un conflit familial ou conjugal dans 29,3% des cas, un sentiment négatif dans 23,8%, une hallucination ou un délire dans 20,4%.

Nos résultats sont similaires à ceux indiqués dans l'étude de **R. Taghlaoui** et de **K. Laachiri**. Par contre, on trouve une nette prédominance des conflits familiaux et conjugaux et une absence des hallucinations et des délires, dans les autres études : **A. Mechri**, et **L. Pennognon**. Cette différence des résultats est probablement à cause de la réalisation de notre étude, ainsi que ceux de **R. Taghlaoui**, et de **K. LAACHIRI** en service de psychiatrie.

Tableau XXXVII: Pourcentage des suicidants selon le motif évoqué de la TS

Motif de TS	L.Pennognon N=440 2015 France (114)	A. Mechri N=90) 2004 Tunisie (63)	R. Taghlaoui N=92 2009 Fes (113)	K. Laachiri (Marrakech 2018 N=120) (108)	Notre étude Agadir N=147
Conflits familiaux ou conjugaux	48,5%	72,2%	37,3%	35%	29,3%
Sentiments négatifs	19%	15,6%	17,6%	20,1%	23,8%
Hallucination et délire	-	-	27%	26,7%	20,4%
Difficultés financières	4,5%	-	-	3,3%	4,1%

3.2 Moyen utilisé :

Dans notre étude, les suicidants ont utilisé l'auto-intoxication médicamenteuse dans le tiers 42,2% des cas, autre auto-intoxication (les raticides, les insecticides et l'alcool à brûler) dans 27,9%, a défenestration dans 10,9% et la pendaison dans 9,5%.

Ces résultats sont cohérents avec d'autres études menées dans les services d'urgence médico-chirurgicaux ainsi que dans les services d'urgence psychiatriques, qui ont également signalé une prédominance des cas d'auto-intoxication. (O. Mandhouj et L. Pennognon et A. Mechri)

Cependant, il convient de noter que d'autres études menées dans des services de psychiatrie ont rapporté des résultats différents, avec une utilisation moins fréquente de l'auto-intoxication R. Taghlaoui (113) et de K. Laachiri (108)

Cette différence peut être due aux types de pathologies rencontrées dans notre échantillon (troubles de personnalité et troubles de l'humeur) dans lesquelles les moyens utilisés sont moins violents.

Tableau XXXVIII: Pourcentage des suicidants selon le moyen utilisé dans la TS

Moyens	O. Mandhouj N=88 2015 (France)(125)	L.Pennognon N=440 2015 France (114)	A. Mechri N=90 2004 Tunisie (63)	R.Taghlaoui N=92 2009 Fes (113)	K. Laachiri (Marrakech 2018 N=120) (108)	Notre étude Agadir N=147
Auto- intoxication médicamenteuse	84,1 %	84%	83,3%	25 %	25%	42,2%
Autres intoxication	3,4%	3%		11,5%	8,3%	27,9%
Défenestration	1,1%	1%		22%	16,7%	10,9%
Pendaison	3,4%	3%	16,7%	12,6%	15,8%	9,5%
Phlébotomie	6,8%	7%		7%	25,8%	6,1%
Autres	1,1%	2,2%		20%	8,3%	3,4%

3.3 Intimité lors de TS :

Dans notre série, 76,9% % des suicidants ont effectué la TS quand ils étaient seuls. Ce résultat est similaire à ce qui trouvé dans l'étude de **R. Taghlaoui** 71,3% (113), de **Y. Oumetjar** 69% (115) et de **K. Laachiri** 71,7% (108) et de **L. Wexler et al** 85,1% (127).

3.4 Lieu de TS :

Dans notre étude, ainsi que dans la majorité des études, on trouve une prédominance nette de la réalisation des TS à domicile, Ce résultat est similaire à ce qui trouvé dans l'étude de **Mechri et al** (63), **K. Laachiri** (108), **R. Taghlaoui** (113), **Y.Oumetjar** (115) , **N. Mansouri** (118), **L. Wexler et al** (127).

Tableau XXXIX: Pourcentage des TS selon le lieu

Lieu de TS	L.Wexler et al N=510 2012 (Etats Unis)(127)	A. Mechri N=90 2004 Tunisie (63)	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie)(118)	R.Taghlaoui N=92 2009 Fes (113)	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat)(115)	K. Laachiri (Marrakech 2018 N=120) (108)	Notre étude Agadir N=147
Domicile	62,6%	84,4%	80%	81%	79%	72,5%	89,8%
Extérieur	37,4%	15,6%	20%	19%	21%	27,5%	10,2%

3.5 Heure de TS :

Nos résultats indiquent que 57,8% des TS se sont passées pendant la nuit ou le petit matin : période où les patients sont seuls et ont plus d'intimité. Ces résultats sont proches de ceux de **N. Mansouri** (118) et de **K. Laachiri** (108), et supérieurs à celle de **R. Taghlaoui** (113), où il y a une prédominance des TS pendant l'après-midi.

Tableau XL: Pourcentage des TS selon l'heure

Heure de TS	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie)(118)	R. Taghlaoui N=92 2009 Fes (113)	K.Laachiri (Marrakech 2018 N=120) (108)	Notre étude Agadir N=147
Nuit et petit matin	50%	28,1%	51,7%	57,8%
Matin	10%	32,6%	22,5%	12,2%
Après midi	40%	39,3%	25,8%	30%

3.6 Saison de TS :

Les résultats de notre série indiquent qu'il y a une prédominance des TS qui ont été réalisées en automne (34%). Ce résultat est similaire à celle de **K. Laachiri** (108), et supérieur à celui de **N. Mansouri** (118) et de **H. Jung**(128), où il y a une prédominance des TS au printemps. Cette disparité de résultats est due au fait que notre étude a duré 14 mois, et a couvert la saison d'automne de deux ans de suite, contrairement aux autres séries.

Tableau XLI: Pourcentage des TS selon la saison

Saison de TS	H. Jung N=273 2009 (Roumanie) (128)	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie)(118)	K. Laachiri N=120 2018 Marrakech(108)	Notre étude Agadir N=147
hiver	14%	13,3%	18,3%	24,5%
printemps	39,7%	46,7%	20,8%	15,6%
été	33,3%	10%	25%	25,9%
automne	23%	30%	35,8%	34%

3.7 Autres caractéristique de TS :

Nos résultats sont globalement proches aux résultats des études de **R. Tghlaoui** (113), de **Y. Oumetjar** (115), concernant l'idéation suicidaire avant l'acte, la divulgation de l'intention suicidaire et la demande de l'aide de l'entourage.

Tableau XLII: Pourcentage des suicidants selon d'autres caractéristiques des TS

Caractéristiques	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie)(118)	R. Taghlaoui N=92 2009 Fès (113)	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat)(115)	Notre étude (Agadir) N=147
Idéation suicidaire avant l'acte	60%	66%	69%	44,2%
Divulgation de l'intention suicidaire	10%	35%	52%	49%
Demande de l'aide de l'entourage	16,7%	24%	52%	47,6%

3.8 Soins médicaux :

Dans notre étude, les soins médicaux ont été faits en ambulatoire dans 27,9% des cas, et en intra hospitalier dans 72,1% (hospitalisation : 61,2% – réanimation : 7,5% – actes chirurgicaux : 3,4%). Ces résultats sont proches de celle trouvés dans l'étude de **Y. Oumetjar** (115), et différente de celles menées par **R. Taghlaoui**, et de **K. Laachiri** où il y a une prédominance des soins ambulatoires après une tentative de suicide. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces deux études se sont limitées aux services d'urgence psychiatrique.

Tableau XLIII: Pourcentage des suicidants selon les soins médicaux suite à la TS

Soins médicaux	G. Riedi N=606 2012 (France)(111)	R.Taghlaoui N=92 2009 Fès (113)	Y. Oumetjar N=30 2013 (Rabat)(115)	K. Laachiri N=120 2018 Marrakech(108)	Notre étude Agadir N=147
Soin ambulatoire	70,2%	66%	38,2%	68,4%	27,9%
hospitalisation	29,8%	24%	41,4%	18,3%	61,2%
Réanimation		10%	17,2%	9,2%	7,5%
Chirurgie			3,4%	4,2%	3,4%

A savoir qu'en France, 89 072 patients ont totalisé 134 051 séjours hospitaliers suite à une TS en 2012. Parmi ces patients, 56,6% des patients ont été hospitalisés exclusivement aux services médico-chirurgicaux, 6,6% uniquement aux services psychiatriques et 36,8% aux services médico-chirurgicaux puis aux services psychiatriques. (129)

Cela donne une idée globale sur l'insuffisance de la prise en charge psychiatrique et somatique des suicidants à travers le monde.

3. 9 Intentionnalité suicidaire selon l'échelle de Beck :

Les résultats de notre série indiquent que 51,7% des suicidants avaient une intentionnalité suicidaire faible. Ils sont proche à celle de **N. Mansouri** (118).

A l'inverse dans des autres études, notamment dans l'étude de **G. Riedi** (111) et de **K. Laachiri** (108), où on trouve une nette prédominance d'une intentionnalité suicidaire élevé.

L'étude de ce résultat élevé est probablement dû au fait que ces patients étaient évalués dans la semaine qui a suivi l'admission aux urgences pour l'étude de **K. Laachiri** (108) et la taille d'échantillon pour **G. Riedi** (111).

Tableau XLIV: Pourcentage des suicidants selon l'intentionnalité suicidaire

Intentionnalité suicidaire	G. Riedi N=606 2012 (France)(1111)	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie)(118)	K. Laachiri N=120 2018 Marrakech (108)	Notre étude Agadir N=147
Faible		75%	5,8%	51,7%
moyen	37,6%	20%	41,7%	27,2%
Elevé	62,4%	5%	52,5%	21,1%

3. 10 MINI risque suicidaire :

Les résultats de notre série indiquent que 77,5% des suicidants avaient un MINI risque suicidaire élevé, Ce résultat élevé est dû au fait que tous les patients dans notre étude étaient des suicidants, au contraire aux autres études de **R. Damak et Al** (130) et de **N. Assaker** (131)

Tableau XLV: Pourcentage des suicidants selon le MINI risque suicidaire

MINI risque suicidaire	R. Damak et Al N=300 2019 Tunisie (130)	N.Assaker N=75 2016 Libanais (131)	Notre étude Agadir N=147
Pas de risque	77,5%	45,3%	0%
Léger	20,3%	21,3%	7,5%
Modéré	1,4%	10,7%	15%
Elevé	1%	22,7%	77,5%

3. 11 Echelle de BIAC de religiosité :

Dans notre étude, l'échelle de religiosité de biac avait une moyenne de $45,6 \pm 13,2$. Les résultats sont similaires au score moyen de 46,1 rapporté dans l'étude de validation du BIAC en arabe dialectale (Rammouz et al., 2021)((13) et le score moyen de 46,3 trouvé chez les soignantes stressées aux États-Unis dans l'étude de validation originale de la version anglaise (Koenig et al.2015a) .

Une revue approfondie de la littérature a identifié une étude qui a utilisé l'échelle de BIAC de la religiosité, il s'agit de l'étude de **Donna AMES et All** qui examine la relation entre l'espoir, la religiosité et les symptômes de détresse émotionnelle chez les vétérans et actifs américains, elle a trouvé une moyenne de 42,4.

Cette différence est liée aux caractéristiques sociales et spirituelles de ces différentes populations et le type des troubles psychiatrique étudié (deux populations différentes)

Tableau XLVI: Pourcentage des suicidants selon l'échelle de BIAC de religiosité

BIAC	Donna AMES et All N=591 2018 USA (132)	Notre étude Agadir N=147
La moyenne ± écart type	42,4 ± 20,8	45,6 ± 13,2

Cependant, d'autres études ont abordé la relation entre les tentatives de suicide et la religiosité en utilisant d'autres échelles d'évaluation ou en se basant sur l'auto-évaluation.

- ✓ **Oluyomi Esan 2021 Nigeria** : L'étude a révélé une relation significative entre la spiritualité et le fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours de sa vie(133)
- ✓ **Bob Lew 2021 Chine** : L'étude a révélé que les participants chrétiens étaient plus susceptibles de présenter un risque élevé de suicide, En revanche, les participants musulmans étaient moins susceptibles de présenter des tendances suicidaires. (133)
- ✓ **L. Jacob 2018 UK** : Les sujets sans affiliation religieuse avaient significativement plus de tentatives de suicide au cours de leur vie (134)

3. 12 Impulsivité (échelle de Barrat) :

Dans notre étude 60,5% (n=89) des TS étaient faites dans un cadre impulsif avec un score d'impulsivité élevé. Ce résultat est supérieur à ceux de **N. Mansouri** (118), **R.Taghlaoui** (113) et de **K. Laachiri** (108). Ce résultat peut être dû à la taille réduite de l'échantillon et aux

types de troubles psychiatriques rencontrés chez les suicidants dans notre étude (le taux élevé des troubles de personnalité).

Les résultats de notre étude sont cohérents avec des études utilisant l'échelle d'impulsivité de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale), études de :

- **A. Kiekens et al.** N=6 393 Belgique 2018(135)
- **G. Perroud et al.** N= 467 La Suisse 2011 (136)
- **M. McHugh et al.** Australie 2019 (137)

Ces études ont conclu de manière convergente que l'impulsivité était associée à un risque accru de comportements suicidaires. Ces études ont également mis en évidence que l'impulsivité était un facteur prédictif significatif des comportements suicidaires, indépendamment du diagnostic ou des troubles spécifiques.

Tableau XLVII: Pourcentage des suicidants selon l'impulsivité

Impulsivité	N. Mansouri N=60 2015 (Algérie)(118)	R.Taghlaoui N=92 2009 Fès (113)	K. Laachiri N=120 2018 Marrakech(108)	Notre étude Agadir
Impulsivité élevé	45%	42,7%	42,5%	60,5%

En résumé, l'analyse comparative de nos résultats aux données de la littérature fait ressortir que les TS sont fréquemment liées :

- ✓ Au sexe féminin,
- ✓ A la tranche d'âge comprise entre 20 et 40 ans,
- ✓ Au milieu urbain,
- ✓ Bas niveau socioéconomique,
- ✓ Des antécédents personnels de tentative de suicide et/ou hospitalisation psychiatrique
- ✓ Aux troubles psychiatriques,
- ✓ A l'usage des substances psychoactives,
- ✓ A certains traits de personnalité (impulsivité),
- ✓ Faible religiosité.

III. Limites de notre étude :

Les défis rencontrés lors de notre étude, qui représente une première dans l'analyse des tentatives de suicide dans le sud du Maroc, en particulier dans la région de Souss Massa, sont nombreux et divers, témoignant de la complexité sous-jacente de ce sujet sensible.

Tout d'abord, il est essentiel de reconnaître la diversité et la multitude des facteurs de risque associés aux tentatives de suicide, ainsi que leurs innombrables caractéristiques. Face à cette richesse, notre étude s'est concentrée sur les paramètres que nous avons jugés les plus pertinents, mais cela a inévitablement limité la portée de nos résultats.

Une autre contrainte majeure réside dans l'utilisation de l'échelle de Beck, un outil largement reconnu pour évaluer la sévérité de l'idéation suicidaire, mais disponible uniquement en langue française, non encore traduite. Cette barrière linguistique a pu restreindre l'inclusion de participants potentiels et influencer les résultats de notre enquête.

Par ailleurs, les zones rurales ont été sous-représentées dans notre étude en raison des difficultés d'accès aux services de santé mentale dans ces régions. Cette disparité géographique soulève des questions cruciales sur l'équité de l'accès aux soins et la nécessité d'adapter nos interventions préventives en fonction des contextes locaux.

Enfin, les facteurs culturels jouent un rôle prépondérant dans la compréhension des comportements suicidaires. Les croyances, les normes sociales et les attitudes envers la santé mentale et le suicide varient d'une région à l'autre, influençant la volonté des individus à divulguer des informations sur leurs tentatives de suicide. Cette dimension culturelle complexifie l'interprétation de nos résultats et souligne l'importance de prendre en compte les spécificités culturelles dans la prévention du suicide.

Malgré ces limites, notre étude constitue une étape cruciale dans la compréhension des tentatives de suicide au Maroc, et souligne l'urgence d'une approche holistique et culturellement adaptée pour prévenir ces tragédies et promouvoir la santé mentale dans notre société.

IV. Recommandations :

Au terme de cette étude, nous avons déduit certaines recommandations dans le but d'améliorer la prise en charge et la prévention des TS ; en nous inspirant des expériences d'autres pays.

1. Volet « prise en charge » :

- Intégration des interventions dans un projet global de santé dont la participation intéresse tous les intervenants : psychiatres, somaticiens, assistants sociaux, familles, autorités...
- Amélioration de l'offre et de la qualité des soins en santé mentale.
- Création des réseaux de collaboration entre les équipes médicales des différentes structures sanitaires (urgences, réanimation, psychiatrie...) pour une prise de charge adéquate des suicidants.
- Création des centres multidisciplinaires de prise en charge des sujets avec conduites suicidaires. Il s'agit de centres répondant à la nature clinique et évolutive du processus suicidaire où sera intégrée l'unité d'accueil médico-psychologique. Ces centres doivent participer :
 - ✓ Au repérage et la prise en charge des sujets à risque.
 - ✓ A la prise en charge des patients venant de faire une TS et de leurs familles.
 - ✓ A la prise en charge des proches endeuillés par le suicide.
 - ✓ A l'intégration des suicidants dans des programmes psychothérapeutiques, de réhabilitation psychosociale et de psychoéducation.
 - ✓ A la pratique de l'ergothérapie et la réintégration socioprofessionnelle.
- Mettre en place des protocoles pour identifier les troubles psychiatriques, en particulier la dépression et les troubles anxieux, chez les adolescents, et assurer leur traitement et un suivi approprié afin de réduire le risque de récurrence. Les symptômes de la dépression chez

les adolescents sont moins évidents que chez les adultes, et les épisodes dépressifs caractérisés passent souvent inaperçus. Par conséquent, il est nécessaire d'améliorer les programmes de dépistage de la dépression et des troubles anxieux chez les adolescents en mettant en œuvre certaines mesures, telles que :

- ✓ **Évaluation clinique** : Les professionnels de la santé mentale peuvent utiliser des outils d'évaluation clinique tels que des questionnaires validés pour évaluer les symptômes de la dépression et des troubles anxieux chez les adolescents
 - ✓ **Entretiens cliniques** : Les entretiens avec les adolescents, menés par des professionnels de la santé mentale, peuvent permettre d'explorer leurs symptômes, leurs antécédents médicaux et familiaux, ainsi que leur fonctionnement quotidien.
 - ✓ **Collaboration avec les écoles** : Les écoles jouent un rôle important dans le dépistage précoce de la dépression et des troubles anxieux chez les adolescents
 - ✓ **Sensibilisation et éducation** : Il est crucial de sensibiliser les parents, les enseignants et les professionnels de la santé aux signes et aux symptômes de la dépression et des troubles anxieux chez les adolescents. Une éducation adéquate peut faciliter le repérage précoce et l'accès aux soins appropriés.
- o Organisation des projets de recherche sur le phénomène suicidaire au Maroc :
- ✓ La collecte des statistiques, de façon régulière et continue, au niveau des structures sanitaires afin de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et les facteurs de risque associés aux conduites suicidaires.
 - ✓ La création des équipes multidisciplinaires au niveau national dans le but d'élaborer des protocoles communs de prévention et de prise en charge des comportements suicidaires.
 - ✓ Envisager, dans l'avenir, des études scientifiques plus approfondies en rapport avec la recherche biologique, radiologique et génétique en suicidologie.

2. Volet « Famille » :

- Impliquer la famille dans la prise en charge thérapeutique car elle est souvent au centre de la problématique suicidaire.
- Proposer des programmes de psychoéducation, d'entraide et de soutien aux familles des patients ayant un comportement suicidaire.

3. Volet « Société » :

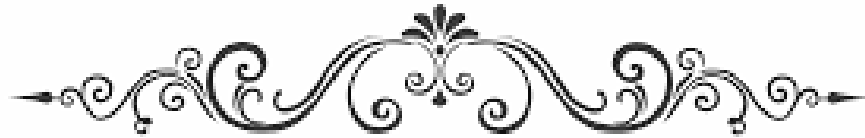
- Création des associations nationales pour la prévention du suicide et la réinsertion socioprofessionnelle des suicidants.
- Utilisation des réseaux sociaux et les médias dans la sensibilisation contre les comportements suicidaires.
- Insistance sur le rôle de l'école en termes de repérage des élèves suicidaires, d'éducation basée sur l'estime de soi, le développement relationnel et la résolution des problèmes.
- Sensibilisation des parents (écoles, associations, médias) contre les dangers éventuels des réseaux sociaux, des jeux et des applications qui mènent leurs enfants aux comportements suicidaires.

4. Volet « Formation » :

- L'organisation de réunions nationales de façon périodique où les différents intervenants et les experts locaux, peuvent rédiger un consensus sur la prise en charge des suicidants sous forme de recommandations adaptées à notre réalité.
- Organisation de journées scientifiques locales et nationales sur les conduites suicidaires.
- Formation continue des psychiatres sur les modalités de prise en charge de la crise suicidaire.
- Formation des médecins généralistes et les médecins urgentistes en matière de la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires, ainsi que les patients ayant des troubles psychiatriques en particulier les troubles dépressifs.
- Formation des équipes paramédicales (infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux...) en termes de prévention et de repérage des comportements suicidaires.

Au total, un programme national d'actions doit être tracé en urgence pour regrouper des mesures en six axes :

- ✓ Le développement de la prévention ;
- ✓ L'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage ;
- ✓ L'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide ;
- ✓ La formation des professionnels ;
- ✓ Le développement des études et de la recherche ;
- ✓ L'animation du programme au niveau local.



CONCLUSION



De nos jours, les tentatives de suicide représentent un vrai problème de santé publique, de plus en plus croissant, à l'échelle mondiale et nationale. Elles présentent des situations fréquentes au niveau des urgences générales et psychiatriques.

Le passage à l'acte suicidaire est une forme fréquente de l'expression de la souffrance qui touche principalement La population jeune, féminine et vulnérable. Le dysfonctionnement du système socio-familial est incriminé de façon importante dans ce processus.

Malgré le nombre important d'études sur les tentatives de suicide, elles demeurent insuffisantes compte tenu de l'importance de ce problème. Ces études se concentrent principalement sur la caractérisation globale du profil des personnes ayant fait une tentative de suicide et sur l'identification des facteurs prédictifs du comportement et de récurrence suicidaire qui sont à la base de l'évaluation clinique d'un suicidant au niveau des urgences.

La prise en charge et la prévention des tentatives de suicide nécessitent une approche multidisciplinaire qui intègre différentes approches, notamment médicale, psychologique, religieuse, sociale et familiale. Il est essentiel d'impliquer la famille, les médias, le système sociopolitique et le système éducatif dans cet objectif, afin de prévenir les tentatives de suicide, de prendre en charge les personnes ayant fait une tentative et de les réintégrer sur le plan socio-professionnel.

Le rôle du médecin, en collaboration avec ces différents intervenants, sera de connaître les facteurs de risque liés aux tentatives de suicide et repérer les sujets à risque du passage à l'acte suicidaire dans le but de proposer une offre thérapeutique adéquate et opportune à ces sujets.

Dans notre contexte marocain ce sujet de suicide reste un sujet tabou entouré de plusieurs craintes et mystères. Malgré tous les efforts, restent malheureusement timides en ce qui concerne la santé mentale en général et les tentatives de suicide en particulier. Cela ce qui rend difficile de connaître sa vraie ampleur et démarrer une stratégie de prévention dans notre pays face au suicide. Cela nécessite plus d'efforts et de stratégies, tel que le rapprochement des soins psychiatriques au sein même des services des urgences, la formation de professionnels de

santé surtout les médecins généraliste, le renforcement et la simplification de la collaboration entre les différents services de soins, création de cellule de repérage et de prévention dans les systèmes et les établissements nationaux et l'activation des médias et les composants de la société civile au plan de la sensibilisation.

Enfin, il serait intéressant, en se basant sur les résultats de notre étude, de continuer à étudier les facteurs de risque des TS à l'aide des études (cas témoins, cohorte) en utilisant une méthodologie plus spécifique.



ANNEXES



Annexe 1 : Fiche d'exploitation.

A/ DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES :

- 1) Age :
- 2) Sexe : 1- : Homme, 2- : Femme
- 3) Milieu de vie : 1- : Rural, 2- : Urbain
- 4) Statut marital : 1- : Célibataire, 2- : Marié (e), 3- : Divorcé(e), 4- : Veuf (ve), 5- : autre
- 5) Vit : 1- : Seul, 2- : En couple, 3- : Avec un des parents, 4- : autre
- 6) Nombre d'enfants :
- 7) Niveau scolaire : 1- : Non scolarisé, 2- : Primaire, 3- : Secondaire, 4- : Universitaire.
- 8) Activité professionnelle (durant la dernière année) : 1- : Régulière 2- : Irrégulière 3- : Jamais.
- 9) Niveau socio-économique : 1- : Faible, 2- : moyen, 3- : élevé.
(Si mineur, revenu des parents)
- 10) Evènement stressant (durant les six derniers mois) : 1- : Oui, 2- : Non.

B/ ANTECEDENTS :

- 1- Suivi pour
- 2- Début du trouble :
- 3- Suivi pour EDM passé : 1- : oui, nbr d'épisodes.... 2- : non
- 4- Suivi pour EDM actuel : 1- : oui, 2- : non
- 5- Autre comorbidité : 1- TOC, 2- TP, 3- TAG, 4- Phobie, 5- Anxieuse.
- 6- Respect des Rendez-vous en consultation : 1- : oui, 2- : non
- 7- Respect de la prise du Traitement : 1- : oui, 2- : non
- 8- ATCD D'hospitalisation en psychiatrie : 1- : oui, combien de fois :.... 2- : non
- 9- ATCD de (TS) : 1- : Oui, Combien de fois : 2- : Non
- 10- Addiction actuelle :

Consommation de Toxiques :		Tabac	Cannabis	Alcool	Chicha	Kala	Maajoun	Psycho-tropes	Autres
1- <input type="checkbox"/> :oui	occasionnelle								
	Régulière								
2- <input type="checkbox"/> :Non									

- 11- Pathologie organique chronique : 1- : Oui, laquelle... 2- : Non.
- 12- ATCD familiaux : -Dépression, - TS, - suicide, - TB, -Autre.

C/ LA TENTATIVE DE SUICIDE ACTUELLE :

1) Motif évoqué :

<input type="checkbox"/> Professionnel	<input type="checkbox"/> Sentimental	<input type="checkbox"/> Familial	<input type="checkbox"/> Santé	<input type="checkbox"/> Financier	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Difficultés professionnelles <input type="checkbox"/> peur de perdre son emploi <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Echec scolaire	<input type="checkbox"/> Conflits conjugaux <input type="checkbox"/> abandon <input type="checkbox"/> Atteintes, viols... <input type="checkbox"/> violence sexuelle <input type="checkbox"/> menaces, humiliations, intimidations <input type="checkbox"/> Sentiments négatifs <input type="checkbox"/> stress aigu	<input type="checkbox"/> Conflits familiaux <input type="checkbox"/> Maltraitance physique <input type="checkbox"/> Deuil <input type="checkbox"/> pertes parentales précoces	<input type="checkbox"/> Douleur chronique <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Maladie chronique <input type="checkbox"/> Avec caractéristiques Psychotiques (Hallucination, Délire...)	<input type="checkbox"/> Difficultés financières <input type="checkbox"/> crédits <input type="checkbox"/> dépenses inconsidérées	<input type="checkbox"/> Grossesse non désirée, <input type="checkbox"/> Avortement <input type="checkbox"/> Déménagement <input type="checkbox"/> Autre

2) Moyen utilisé :

1- <input type="checkbox"/> : Auto-intoxication aux médicaments, si oui, lequel :...	2- <input type="checkbox"/> : Autre auto-intoxication à : ...	3- <input type="checkbox"/> : Défenestration	4- <input type="checkbox"/> : Phlébotomie
5- <input type="checkbox"/> : Collision intentionnelle	6- <input type="checkbox"/> : Pendaison	7- <input type="checkbox"/> : strangulation et suffocation	8- <input type="checkbox"/> : armes à feu,
9- <input type="checkbox"/> : exposition à la fumée, au feu	10- <input type="checkbox"/> : utilisation d'objet tranchant	11- <input type="checkbox"/> : saut dans le vide	12- <input type="checkbox"/> : Autres moyens précisés

3) Intimité : 1- : Seul, 2- : Assisté

4) Lieu de TS : 1- : Domicile, 2- : Extérieur

5) Heure de TS : 1- : Petit matin (04à08h), 2- : Matin (08à12h) 3- : Après midi (12à20h), 4- : Nuit (20à04h)

6) Saison de TS : 1- : Hiver, 2- : Printemps, 3- : Été, 4- : Automne.

7) Demande de l'aide de l'entourage : 1- : Oui, 2- : Non

8) Idéation suicidaire avant l'acte : 1- : Présent, 2- : Absente

9) Divulgence de l'intention suicidaire : 1- : Oui, 2- : Non

10) Soins médicaux immédiat : 1- : Soin ambulatoire, 2- : Hospitalisation, 3- : Réanimation, 4- : Chirurgie, 5- : Rien

11) Regrets : 1-□ : Oui, 2-□ : Non

12) Idée de refaire une autre TS : 1-□ : Oui 2-□ : Non

Annexe 2 : Echelle de Beck d'intentionnalité suicidaire

I : CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIÉES A LA TENTATIVE DE SUICIDE

1 - Isolement

- Quelqu'un de présent : 0
- Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple) : 1
- Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal) : 2

2 - Moment choisi

- Intervention probable : 0
- Intervention improbable : 1
- Intervention très improbable : 2

3 - Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui

- Aucune précaution prise : 0
- Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : Seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) : 1
- Précautions actives (porte fermée à clé...) : 2

4 - Appel à l'aide pendant ou après la tentative

- a averti de son geste, une personne pouvant le secourir : 0
- A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste : 1
- N'a contacté ou averti personne : 2

5 - Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : Testament, cadeaux, assurance vie...)

- Aucune : 0
- A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre : 1
- A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs : 2

6 - Lettre d'adieu

- Pas de lettre : 0
- Lettre écrite mais déchirée ou jetée : 1
- Présence d'une lettre : 2

II - PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT

1 - Appréciation de la létalité du geste par le patient

- Pensait que son geste ne le tuerait pas : 0
- N'était pas sûr que son geste le tuerait : 1
- **Était** sûr que son geste le tuerait : 2

2 - Intention de mort

- Ne voulait pas mourir : 0
- Incertain ou mélange des 2 : 1
- Voulait mourir : 2

3 - Préméditation

- Aucune, geste impulsif : 0
- Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative : 1
- Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative : 2
- Suicide envisagé plus d'un jour après la tentative : 3

4 - Position actuelle vis-à-vis de la tentative

- Patient heureux de s'en être sorti : 0
- Patient incertain ou mélange des 2 : 1
- Patient désolé d'avoir survécu : 2

III- DANGÉROSITÉ

1 - Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (Exemple : Si quelqu'un n'était pas venu lui porter secours ?)

- Issue favorable certaine : 0
- Mort improbable : 1
- Mort probable ou certaine : 2

2 - La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?

- Non : 0
- Incertain : 1
- Oui : 2

Annexe 3 : Le MINI risque suicidaire

C. RISQUE SUICIDAIRE

في الشهر الأخير : واش كنت :

C1	تفكر أنه أحسن ليك تموت أولا تميت الموت	NON	OUI
C2	بغيتي تآذي راسك ؟	NON	OUI
C3	خمنت في الانتحار ؟	NON	OUI
C4	خططت تتحجر (حطة الانتحار)	NON	OUI
C5	حاولت تتحجر	NON	OUI
C6	في حياتك كاملة :	NON	OUI

واش عمرك قمت بشي محاولة دبال الانتحار

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON OUI

RISQUE SUICIDAIRE
ACTUEL

LEGER
MOYEN
ELEVÉ

Annexe 4 : Echelle de religiosité BIAC

Echelle de religiosité - BIAC

1- دور دائرة وحدة فقط على ذلك الشيء الذي عندنا أولوية عظيمة في حياتك: (بمعنى ذلك الشيء الذي عندنا قيمة كبيرة في حياتك، والتي عزيز عليك بزياد) - عددك عشرة ديار الاختيارات، واحد من الاختيارات

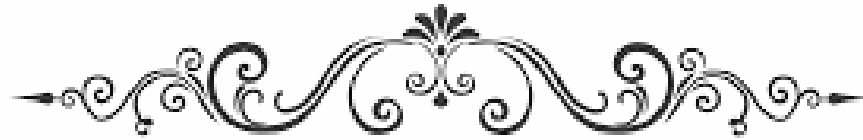
صحتي واستقلاليتي	أسرتي.	اصداقائي	العمل أو الوظيفة أو تجارة	دراستي
الأستقرار المادي	علاقتي مع ربّي	إمكانية السفر	الاستماع للموسيقى وحضور الحفلات	حرية الاختيار في الحياة (الحرية كيف احبب)

2 - شحال من مرة تقريبا كتشمي لجامع ؟

ولا مرة	دائراً جداً	مرتان سنوياً	مرة خلال الأشهر	حوالي مرة في الشهر	عدد المرات في الشهر	حوالي مرة في الأشهر	أكثر من مرة	يومياً
0%	أقل من 1%	1%	3%	5%	7%	9%	11%	13%
1%	2%	4%	6%	8%	10%	12%	14%	15%
ولا مرة	دائراً جداً	مرتان سنوياً	مرة خلال الأشهر	حوالي مرة في الشهر	عدد المرات في الشهر	حوالي مرة في الأشهر	أكثر من مرة	يومياً
ولا مرة	دائراً جداً	مرتان سنوياً	مرة خلال الأشهر	حوالي مرة في الشهر	عدد المرات في الشهر	حوالي مرة في الأشهر	أكثر من مرة	يومياً
ولا مرة	دائراً جداً	مرتان سنوياً	مرة خلال الأشهر	حوالي مرة في الشهر	عدد المرات في الشهر	حوالي مرة في الأشهر	أكثر من مرة	يومياً
ولا مرة	دائراً جداً	مرتان سنوياً	مرة خلال الأشهر	حوالي مرة في الشهر	عدد المرات في الشهر	حوالي مرة في الأشهر	أكثر من مرة	يومياً
ولا مرة	دائراً جداً	مرتان سنوياً	مرة خلال الأشهر	حوالي مرة في الشهر	عدد المرات في الشهر	حوالي مرة في الأشهر	أكثر من مرة	يومياً
ولا مرة	دائراً جداً	مرتان سنوياً	مرة خلال الأشهر	حوالي مرة في الشهر	عدد المرات في الشهر	حوالي مرة في الأشهر	أكثر من مرة	يومياً
ولا مرة	دائراً جداً	مرتان سنوياً	مرة خلال الأشهر	حوالي مرة في الشهر	عدد المرات في الشهر	حوالي مرة في الأشهر	أكثر من مرة	يومياً
ولا مرة	دائراً جداً	مرتان سنوياً	مرة خلال الأشهر	حوالي مرة في الشهر	عدد المرات في الشهر	حوالي مرة في الأشهر	أكثر من مرة	يومياً

Annexe 5 : Echelle d'impulsivité de Barrat

توجيهات : الناس تايختلفو فالطرق اللي كيتصرفو كيفكروا بيها فسختلف الحالات. هذا اختبار باش تشوفوا كيفاش انت كيتصرف و كتفكر. قرا كل جملة و دير علامة X فالدائرة المناسبة عن يمين الورقة. ما تدوزش بزاف د الوقت فاي جملة. جابو بسرعة و بصراحة.	دائما بالتام	ببعض الوقت	ببعض الوقت	دائما بالتام
1- مزياڻ كتروجد شغالي	1	2	3	4
2- نكفر كيتصرف بلا ما	4	3	2	1
3- بزربة كتقرر	4	3	2	1
4- أنا ديما فرحان مكتخمش	4	3	2	1
5- ما كاتباهش	4	3	2	1
6- كيجويوني بزاف د الأفكار فمرة وحدة	4	3	2	1
7- كتخطط مزياڻ للمفر على تيماع	1	2	3	4
8- كتتحكم فراسي	1	2	3	4
9- كتركز بسهولة	1	2	3	4
10- كتوفر الفلوس بانتظام	1	2	3	4
11- ما كاتترصاش فالسينما أو الدروس أو المحاضرات	4	3	2	1
12- أنا من النوع اللي كياخذ وقتو فالتفكير	1	2	3	4
13- كتفكر نأمن خدمتي	1	2	3	4
14- كتقول شي حوايج بلا ماتفكر	4	3	2	1
15- كيعجبني نكفر فالحوايح المعقدة	1	2	3	4
16- كاتبدل الخدمة	4	3	2	1
17- كاتصرف باندهاع (بلا ما نكفر قبل)	4	3	2	1
18- دغيا كتمل فاش كاتحاول نحل المشاكل اللي خاصها تفكير	4	3	2	1
19- كاتصرف فأخر لحظة (بلا منخطط)	4	3	2	1
20- أنا مستقر فالتفكير ديبالي	1	2	3	4
21- كنبدل السكني	4	3	2	1
22- كتشري الحوايج باندهاع (بلا ما انفكر قبل)	4	3	2	1
23- كاتقد انفكر غير فحاجة وحدة فوقت واحد	4	3	2	1
24- كاتبدل الهوايات	4	3	2	1
25- كيتصرف كتر ملي كتخلص	4	3	2	1
26- بزاف دلمرات كيجويوني افكار لا علاقة ليها بذاكشي لي كتفكر فيه	4	3	2	1
27- كيهمني الحاضر اكثر من المستقبل	4	3	2	1
28- ما كتقدرش نصير فالسينما أو الدروس أو المحاضرات	4	3	2	1
29- كيعجبوني الألفاظ	1	2	3	4
30- "كتفكر ونخطط" للمستقبل	1	2	3	4



RESUMES



Résumé

Le suicide constitue un problème majeur de santé publique. Il traduit un comportement autodestructeur qui est l'aboutissement d'une situation de crise, souvent insuffisamment perçue par l'entourage et le corps médical. Il concerne toutes les catégories d'âge et les deux sexes, qui nécessite une intervention globale, adéquate et urgente.

L'objectif de notre travail était de décrire le profil sociodémographique et clinique, des suicidants consultés ou hospitalisés au service de psychiatrie à l'hôpital d'INZEGANE ou l'hôpital HASSAN II d'AGADIR, ainsi que la caractérisation des circonstances des tentatives de suicide et déterminer les liens entre le comportement et l'intentionnalité suicidaires et la religiosité chez les patients. Il s'agit d'une étude descriptive analytique à recrutement prospectif pendant 14 mois portant sur un échantillon de 147 patients.

Nous avons trouvé que 59,9% des patients avaient un âge compris entre 20 et 40 ans, 63,3% étaient de sexe féminin, 64,6% étaient des célibataires, 91,2% résidaient en milieu urbain, 35,4% étaient non scolarisés ou ayant un niveau primaire, 39,5% étaient professionnellement inactifs, 78,9% avaient un niveau socioéconomique bas, 63,9% vivaient en famille, et 63,9% avaient un évènement stressant durant les derniers 6 mois.

Les patients étaient des récidivistes dans 58,5% des cas, 88,1% ont fait moins de 4 tentatives. Les troubles psychiatriques les plus représentés sont le trouble dépressif (38,8 %), les troubles de personnalité (33,4%) trouble psychotique (22,4%). La consommation de substances toxiques a été rapportée dans 52,4% des cas. Nous avons objectivé aussi que 35,4% des patients avaient un antécédent psychiatrique familial.

Les patients avaient évoqué comme motif, un conflit familial ou conjugal dans 29,3% des cas et dans 23,8% des cas un sentiment négatif. L'auto-intoxication médicamenteuse était le moyen le plus utilisé (42,2%), suivie par autre auto-intoxication (27,9%), défenestration (10,9%) et la pendaison dans 9,5% des cas.

Nous avons retrouvé que 44,2% des patients avaient déjà des idées suicidaires avant le passage à l'acte suicidaire, et que 89,8% des TS étaient faites à domicile, 76,9% n'étaient pas assistées, 49% étaient passées pendant la nuit, 61,2% avaient nécessité des soins en intra hospitalier. Après l'acte suicidaire, les patients ont exprimé le regret dans 59,2% des cas et des idées de refaire une autre TS dans 16,3% des cas.

L'intentionnalité suicidaire, chez les patients, selon l'échelle de Beck était faible dans 51,7% et moyenne dans 27,2% des cas, le MINI risque suicidaire était élevé dans 77,5% des cas, le Barrat était élevé dans 60,5% et pour l'échelle de BIAC nous avons trouvé une moyenne de $45,6 \pm 13,2$.

Le caractère récidiviste est significativement prédominant chez le sexe féminin. Les patients de sexe masculin avaient plus recours à des moyens violents, avec une intentionnalité suicidaire élevée. Nous avons trouvé qu'une forte impulsivité est un facteur prédictif de risque suicidaire élevé, tandis que la religiosité peut jouer un rôle protecteur en aidant à prévenir une intentionnalité suicidaire élevée.

Nos résultats sont proches de la littérature avec quelques différences qui sont dues probablement aux caractéristiques des échantillons (population générale, taille, caractéristiques cliniques...).

En conclusion, il est essentiel de mettre en place des mesures de prévention et d'assurer une prise en charge multidisciplinaire pour faire face aux comportements suicidaires.

Abstract

Suicide is a major public health problem. It is a self-destructive behavior that is the result of a crisis situation, often insufficiently perceived by those around the patient and the medical profession. It affects all age groups and both sexes, and requires comprehensive, appropriate and urgent intervention.

The aim of our work is to describe the socio-demographic and clinical profile of suicidal patients consulted or hospitalized in the psychiatric department of the INZEGANE hospital or the HASSAN II hospital in AGADIR, as well as to characterize the circumstances of suicide attempts and to determine the links between suicidal behavior and intentionality and religiosity in patients. This was a descriptive-analytical study with prospective recruitment over 14 months, involving a sample of 147 patients.

We found that 59.9% of the patients were aged between 20 and 40, 63.3% were female, 64.6% were single, 91.2% lived in urban areas, 35.4% had no schooling or only primary education, 39.5% were professionally inactive, 78.9% had a low socioeconomic status, 63.9% lived with their family, and 63.9% had experienced a stressful event in the last 6 months.

58.5% of patients are recidivists, and 88.1% had made fewer than 4 attempts. The most common psychiatric disorders were depression (38.8%), personality disorders (33.4%) and psychotic disorders (22.4%). Substance abuse was reported in 52.4% of cases. We also found that 35.4% had a family psychiatric history.

Patients cited family or marital conflict as the reason in 29.3% of cases, and negative feelings in 23.8% of cases. Drug self-poisoning was the most common method used (42.2%), followed by other self-poisoning (27.9%), defenestration (10.9%) and hanging (9.5%).

We found that 44.2% of patients had already had suicidal thoughts before committing suicide, and that 89.8% of suicidal acts were committed at home, 76.9% were unassisted, 49% were committed during the night, and 61.2% required inpatient care. After the suicidal act,

patients expressed regret in 59.2% of cases and thoughts of repeating the suicide in 16.3% of cases.

Suicidal intentionality, according to the Beck scale, was low in 51.7% of patients and average in 27.2%, the MINI suicidal risk was high in 77.5%, the Barrat was high in 60.5%, and for the BIAC scale we found an average of 45.6 ± 13.2 .

Recidivism was significantly predominant in women. Male patients had more recourse to violent means. Suicidal intent was also high. High impulsivity is a predictive factor of high suicidal risk, while religiosity may play a protective role in helping to prevent high suicidal intentionality.

Our results are close to the literature, with a few differences which are probably due to the characteristics of the samples (general population, size, clinical characteristics, etc.).

In conclusion, prevention is crucial and a multidisciplinary approach is necessary in addressing suicidal behaviors.

ملخص

الانتحار يشكل مشكلة صحية عامة كبيرة. إنه يعبر عن سلوك تدميري للذات ينشأ عن أزمة غالبًا ما تكون غير مدركة بما يكفي من قبل الأشخاص المحيطين والجهاز الطبي. إنه يؤثر على جميع الفئات العمرية وكلا الجنسين ويتطلب تدخلًا شاملاً ومناسبًا وعاجلًا.

الهدف من هذا العمل هو تحديد الخصائص الاجتماعية، الديموغرافية و السريرية لدى المرضى الذين أقدموا على محاولات الانتحار، و دراسة ظروف و ملاسبات هذه الأخيرة ، بالإضافة إلى ذلك ، نسعى لتوضيح ظروف محاولات الانتحار وتحديد العلاقات بين السلوك الانتحاري ونية الانتحار والدينية بين المرضى. يتعلق الأمر بدراسة وصفية تحليلية لـ 147 شخص قاموا بمحاولات انتحار، لمدة 14 شهرًا ، خلال استشارة أو فترة استشفائهم بمصلحة الأمراض النفسية في مستشفى إنزكان أو مستشفى الحسن الثاني في أكادير .، حيث حصلنا على النتائج التالية:

وجدنا أن 59.9% من المرضى تتراوح أعمارهم بين 20 و 40 عامًا، و 63.3% من الإناث، و 64.6% من العازبات، و 91.2% من المرضى يعيشون في المناطق الحضرية، و 35.4% لم يتلقوا أي تعليم مدرسي أو لم يتلقوا سوى التعليم الابتدائي فقط، و 39.5% من المرضى غير نشطين مهنيًا، و 78.9% من المرضى ذوي وضع اجتماعي واقتصادي منخفض، و 63.9% يعيشون مع أسرهم، و 63.9% تعرضوا لحدث مجهد خلال الأشهر الستة الماضية.

بين المرضى، كان 58.5% لديهم محاولات انتحارية سابقة ، و 88.1% قاموا بأقل من أربع محاولات. أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا كانت الاكتئاب (38.8%)، واضطرابات الشخصية (33.4%)، والاضطرابات الذهانية (22.4%). وردت تقارير عن تعاطي المواد السامة في 52.4% من الحالات. وجدنا أيضًا أن 35.4% من الحالات كان لديهم تاريخ مرضي نفسي عائلي.

ذكر المرضى أن الصراعات العائلية أو الزوجية كانت الدافع الرئيسي لمحاولات الانتحار في 29.3% من الحالات، والمشاعر السلبية في 23.8% من الحالات. وكانت أكثر الأساليب استخدامًا هي جرعة زائدة من الأدوية (42.2%)، وتسمم ذاتي بطرق أخرى (27.9%)، والقفز من مكان مرتفع (10.9%)، والشنق (9.5%) .

وجدنا أن 44.2% من المرضى كانت تراودهم أفكار انتحارية قبل الإقدام على الانتحار، وأن 89.8% من الأفعال الانتحارية ارتكبت في المنزل، و 76.9% من المرضى كانوا منعزلين أثناء القيام بمحاولات الانتحار، و 49% ارتكبوها أثناء الليل، و 61.2% كانوا بحاجة إلى علاجات طبية استشفائية . بعد الفعل الانتحاري،

أعرب المرضى عن ندمهم في 59.2% من الحالات و في 16.3% من الحالات كانوا يفكرون في اعادة المحاولة.

كانت النية الانتحارية لدى المرضى، وفقاً لمقياس بيك، منخفضة في 51.7% ومتوسطة في 27.2% من الحالات، وكان مقياس ميني لخطر الانتحار مرتفعاً في 77.5%، وكان مقياس بارات مرتفعاً في 60.5%، وبالنسبة لمقياس بياك وجدنا متوسط 13.2 ± 45.6 .

النساء كن الأكثر تكرارا لمحاولات الانتحار . كان المرضى الذكور أكثر عرضة لاستخدام طرق عنيفة وكانت لديهم مستويات أعلى في النية الانتحارية. تبين لنا أيضا أن الاندفاع العالي هو عامل توقع لزيادة مخاطر الانتحار، في حين ترتبط الدينية بدور وافي محتمل في منع نية الانتحار العالية.

نتائج دراستنا قريبة من النتائج المحصل عليها في الدراسات السابقة مع وجود بعض الاختلافات التي ربما ترجع إلى خصائص العينات (الساكنة العامة ، الحجم ، والخصائص السريرية...)

وفي الختام، من الضروري تنفيذ تدابير وقائية وتوفير رعاية متعددة التخصصات للتعامل مع السلوك

الانتحاري.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Organization WH.**
Suicide. 2023 [cité 22 janv 2024].
Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. **Organization WH.**
Un décès sur 100 est un décès par suicide. 2021 [cité 4 févr 2024].
Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
3. **Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B.**
Religion and Suicide Risk: A Systematic Review.
Archives of Suicide Research. 2016 ;20(1).
4. **HUOT S.**
Adolescence et tentative de suicide. 1991.
5. **Conférence de consensus.**
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.
Fédération Française de Psychiatrie. 2000
6. **Pierce DW.**
The predictive validation of a suicide intent scale: a five-year follow-up.
Br J Psychiatry. 1981 ;139 :391-6.
7. **Crisostome.**
Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (Traduction JB Garré, 2012) – Prévention du suicide. 2017 [cité 20 janv 2024]. Disponible sur : <http://prevention.suicide.free.fr/?p=1371>
8. **HUOT S.**
Adolescence et tentative de suicide [These de doctorat].
Université de Clermont-Ferrand 1 ; 1991.
9. **Hergueta T, Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E.**
Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV. 2015 août.
10. **Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al.**
The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.):
the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.

11. **Ellouze F, Ghaffari O, Zouari O, Zouari B, M'rad MF.**
Validation de la version en arabe dialectal de l'échelle d'impulsivité de Barratt, la BIS-11. L'Encéphale. févr 2013;39(1):13-8.
12. **Koenig H, Wang Z, Al Zaben F, Adi A.**
Belief into Action Scale: A Comprehensive and Sensitive Measure of Religious Involvement.
Religions. 25 août 2015;6(3):1006-16.
13. **Rammouz I, Aalouane R, El Fakir S, El Ghazi M, Bennoudi H, Trimasse N, et al.**
Cultural Adaptation and Validation of the Moroccan Arabic Version of the Muslim Belief into Action (BIAC) Scale. J Relig Health. 2021;60(1):549-62.
14. **Rouan G, Pedinielli JL, Gimenez G.**
Le suicide est-il le meurtre de soi-même ?
Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. 2000
15. **Durkheim É.**
Le Suicide, étude de sociologie.
Bibliothèque nationale de France. 1897
16. **Leenaars AA.**
Edwin S. Shneidman on Suicide.
Suicidology Online. 2010 ;1 :5-18.
17. **Courtet P, Lopez-Castroman J, Olie E.**
La sémiologie du suicide au xxie siècle. Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique. 1 mai 2016 ;174.
18. **Organization WH.**
Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 2009.
19. **Gatelet R, Hardy P, Bungener C.**
Les « fonctions suicidaires » : revue de la littérature et perspectives.
EM-Consulte. 2012 ;38(2) :118-25.
20. **Batt A, Campeon A, Leguay D, Lecorps P.**
Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention.
EMC – Psychiatrie. 2007;4(3):1-24.

21. **Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J.**
Suicidal feelings in the general population: a prevalence study.
Br J Psychiatry. mai 1974;124(0):460-9.
22. **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) :617-26.
23. **Jollant F.**
Clinique de la crise suicidaire.
EM-Consulte. 2021 ;70(270) :16-9.
24. **Juillet P.**
Dictionnaire de psychiatrie. 2000.
25. **Faure E.**
L'euthanasie. [Cité 5 avr 2024].
Disponible sur : <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/bioethique/euthanasie.asp>
26. **Mishara BL, Tousignant M.**
Comprendre le suicide. Comprendre le suicide.
Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2004.
27. **Hanus M.**
Le deuil après suicide.
Perspectives Psy. 2008 ;47(4) :350-8.
28. **Crocq MA, Guelfi JD.**
DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd.
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015.
29. **Latifa A, Soulaymani A, AARAB A, Mokhtari A, Bencheikh R.**
Aspects Épidémiologiques des Suicides et des Tentatives de Suicide par Intoxication au Maroc.
European Journal of Scientific Research. 1 juill 2016; 140:282-93.
30. **Mahir S, Soulaymani A, Hami H, Mokhtari A, Benali D, Ouammi L, et al.**
Suicides par intoxication dans la région de Souss-Massa-Drâa au Maroc.
Santé Publique. 2013 ;25(3) :343-50.

31. **Organization WH.**
Suicide dans le monde. 2019.
32. **Organization WH.**
Suicide rates.
33. **Statista Research Department.**
Le suicide en France. 2023.
34. **Berthou V, Boulch A, Carrière M, Guichard H, Hazo JB.**
Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 – Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 2022.
35. **Ducher JL, Llorca PM, Callahan S, de Chazeron I.**
Épidémiologie descriptive du risque suicidaire dans le système médical français de médecine générale.
Can J Psychiatry. 1 mai 2021 ;66(5) :451-9.
36. **Legoyt A.**
Le suicide ancien et moderne : étude historique, philosophique, morale et statistique.
A. Drouin ; 1881. 494 p.
37. **Danet F.**
Généalogie de la problématique suicidaire.
Des mythes de la création du monde et de la topographie corporelle à l'approche psychanalytique du suicide.
L'Évolution Psychiatrique. 1 avr 2008 ;73(2) :273-94.
38. **Biotti-Mache F.**
Un rite social de mort : seppuku aspects historiques.
Études sur la mort. 2011 ;140(2) :113-22.
39. **Deloeuvre G.**
Laisse-moi Partir. 2018.
40. **de Kernier N.**
Le suicide dans l'histoire, puis objet d'études scientifiques.
Dans Le Suicide. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France ; 2020 p. 7-17. (Dans Le Suicide).

41. **Mucchielli L, Renneville M.**
Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale ? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830–1930).
Déviance et société. 1998; 1:3-36.
42. **Gearing RE, Alonzo D.**
Religion and Suicide: New Findings.
J Relig Health. 1 déc 2018 ;57(6) :2478-99.
43. **Abdou H.**
Traduction du Coran et de l'exégèse du Coran selon Ismail Ibn Kathir. 1ère édition.
Beyrouth-Liban ; 2000. (Dar Al-Kutab Al-Ilmiyah).
44. **Cheikh Abou Al-Hassan 'Ali Al-Ramly.**
Message au suicidaire ! L'interdiction du suicide dans la sounna du Prophète. 2013
45. **Colucci E, Lester D, Hjelmeland H, Park BCB.**
Suicide and culture: Understanding the context.
Cambridge, MA, US: Hogrefe Publishing; 2013. xiii, 269 p.
46. **Clainche CL, Courtet P, Montpellier C.**
Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide.
47. **Ykhlef M, Semaoune B.**
LES FACTEURS NEUROBIOLOGIQUES DU SUICIDE.
JAM. 30 juin 2015 ;23(3) :129-33.
48. **Courtet P, Guillaume S, Jollant F, Castelnau D, Malafosse A.**
Neurobiologie des conduites suicidaires : voies de recherche actuelles.
EMC – Psychiatrie. 2008 ;5(1) :1-8.
49. **Péruchon M.**
Le travail psychique dans le deuil, la mélancolie, le trépas et le vieillir. In : Fragilité et force du lien.
Paris : In Press ; 2020. p. 45-62. (Psychanalyse et vieillissement).
50. **Morissette P.**
Hypothèse sur le comportement suicidaire en tant que communication interpersonnelle.
Smq. 5 juin 2006 ;12(1):14-9.

51. **Vedrinne J, Soubrier JP.**
[Significance and prevention of suicide].
Rev Prat. 1 mars 1987 ;37(13):711-8.
52. **Courtet P, Lopez–Castroman J, Olié E.**
La sémiologie du suicide au xxie siècle.
Annales Médico–psychologiques, revue psychiatrique. 1 mai 2016;174.
53. **Jollant F, Lawrence NL, Olié E, Guillaume S, Courtet P.**
The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies.
World J Biol Psychiatry. août 2011;12(5):319-39.
54. **Vedrinne J, Soubrier JP.**
[Significance and prevention of suicide].
Rev Prat. 1 mars 1987;37(13):711-8.
55. **O'Connor RC, Noyce R.**
Personality and cognitive processes: self–criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation.
Behav Res Ther. mars 2008;46(3):392-401.
56. **Wenzel A, Beck AT.**
A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment.
Applied and Preventive Psychology. 1 oct 2008 ;12(4):189-201.
57. **Organisation Mondiale de la Santé.**
La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes. 2001.
58. **Hetrick SE, McKenzie JE, Bailey AP, Sharma V, Moller CI, Badcock PB, et al.**
New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta–analysis.
Cochrane Database Syst Rev. 24 mai 2021 ;5(5):CD013674.
59. **Observatoire national du suicide.**
Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? 2020.
60. **Lew B, Kölves K, Zhang J, Zhizhong W, Koenig HG, Yip PSF, et al.**
Religious affiliation and suicidality among college students in China: A cross–sectional study across six provinces.
PLoS One. 19 mai 2021;16(5): e0251698.

61. **Wu R, Zhu H, Wu MY, Wang GH, Jiang CL.**
Childhood Trauma and Suicide: The Mediating Effect of Stress and Sleep.
Int J Environ Res Public Health. 12 juill 2022;19(14):8493.
62. **Vajda J, Steinbeck K.**
Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents.
Aust N Z J Psychiatry. Juin 2000;34(3):437-45.
63. **Mechri A, Mrad A, Ajmi F, Zaafrane F, Khiari G, Nouira S, et al.**
Les récidives suicidaires : étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primosuicidants admis aux urgences d'un hôpital général tunisien.
L'Encéphale. 1 févr 2005;31(1):65-71.
64. **Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT.**
History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology.
Am J Psychiatry. Mars 2004;161(3):437-43.
65. **Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D.**
Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic.
Réanimation. 1 déc 2008 ;17(8):783-9.
66. **Park CHK, Lee JW, Lee SY, Moon J, Jeon DW, Shim SH, et al.**
Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters.
Journal of Psychiatric Research. déc 2020; 131:1-8.
67. **Rouillon F.**
Épidémiologie des troubles psychiatriques.
Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2008;166(1):63-70.
68. **Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH, Murphy GE.**
The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide.
American Journal of Psychiatry. 1959 ;115(8):724-33.
69. **Observatoire national français du suicide.**
Suicide connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives 2ème rapport. 2016.

70. **Turecki G, Brent DA.**
Suicide and suicidal behaviour.
Lancet. 19 mars 2016 ;387(10024):1227-39.
71. **McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, et al.**
An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study.
J Affect Disord. janv 2007;97(1-3):203-9.
72. **Coêlho BM, Andrade LH, Guarniero FB, Wang YP.**
The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil.
Braz J Psychiatry. déc 2010;32(4):396-408.
73. **Miller JN, Black DW.**
Bipolar Disorder and Suicide: a Review.
Curr Psychiatry Rep. 18 janv 2020;22(2):6.
74. **Sher L, Kahn RS.**
Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview.
Medicina. 10 juill 2019;55(7):361.
75. **Mauri MC, Paletta S, Maffini M, Moliterno D, Altamura AC.**
Suicide attempts in schizophrenic patients: clinical variables.
Asian J Psychiatr. oct 2013;6(5):421-7.
76. **Derbyshire KL, Grant JE.**
Compulsive Sexual Behavior: A Review of the Literature.
J Behav Addict. 4(2):37-43.
77. **Schneider B, Kölves K, Blettner M, Wetterling T, Schnabel A, Värnik A.**
Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main).
Psychiatry Res. 28 févr 2009;165(3):263-72.
78. **Righini NC, Narring F, Navarro C, Perret-Catipovic M, Ladame F, Jeannin A, et al.**
Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt of overwhelming suicidal ideation.
Swiss Med Wkly. 23 juill 2005;135(29-30):440-7.

79. **Roi C, Conrad EJ.**
Combined Oral Contraceptive Pill Initiation in a Patient With Major Depressive Disorder, Premenstrual Dysphoric Disorder, Social Anxiety, Panic Disorder, and Histrionic Personality Disorder.
Ochsner J. 2017;17(2):181-3.
80. **Paris J.**
Suicidality in Borderline Personality Disorder.
Medicina (Kaunas). 28 mai 2019;55(6):223.
81. **Mirkovic B, Delvenne V, Robin M, Pham–Scottet A, Corcos M, Speranza M.**
Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation.
BMC Psychiatry. 9 août 2021;21(1):393.
82. **Verona E, Patrick CJ, Joiner TE.**
Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk.
J Abnorm Psychol. août 2001;110(3):462-70.
83. **Panagioti M, Gooding P, Tarrier N.**
Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review.
Clin Psychol Rev. août 2009;29(6):471-82.
84. **Brunet A, Akerib V, Birmes P.**
Don't throw out the baby with the bathwater (PTSD is not overdiagnosed).
Can J Psychiatry. août 2007;52(8):501-2; discussion 503.
85. **Perroud N, Baud P, Preisig M, Etain B, Bellivier F, Favre S, et al.**
Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients.
Bipolar Disord. nov 2007;9(7):713-21.
86. **Benard V, Geoffroy PA, Bellivier F.**
Saisons, rythmes circadiens, sommeil et vulnérabilité aux conduites suicidaires.
L'Encéphale. 2015;41(4):S29-37.
87. **Miller BJ, McCall WV.**
Meta-analysis of insomnia, suicide, and psychopathology in schizophrenia.
Curr Opin Psychiatry. 1 mai 2023 ;36(3) :156-65.

88. **Benard V, Geoffroy PA, Bellivier F.**
Saisons, rythmes circadiens, sommeil et vulnérabilité aux conduites suicidaires.
L'Encéphale. 2015 ;41(4) : S29-37.
89. **Larsson J.**
Suicides & Psychiatric Drugs.
90. **Yerevanian BI, Choi YM.**
Impact of psychotropic drugs on suicide and suicidal behaviors.
Bipolar Disord. août 2013;15(5):594-621.
91. **Chen CY, Yeh HH, Huang N, Lin YC.**
Socioeconomic and clinical characteristics associated with repeat suicide attempts among young people.
J Adolesc Health. Mai 2014 ;54(5) :550-7.
92. **André C.**
Où en sommes-nous avec l'estime de soi ?
In: Santé Mentale. 2014. p. 22-7. (185).
93. **Askénazy FL, Sorci K, Benoit M, Lestideau K, Myquel M, Lecrubier Y.**
Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior.
J Affect Disord. mai 2003;74(3):219-27.
94. **Lopez-Castroman J, Jausent I, Beziat S, Guillaume S, Baca-Garcia E, Genty C, et al.**
Increased severity of suicidal behavior in impulsive aggressive patients exposed to familial adversities.
Psychol Med. oct 2014;44(14):3059-68.
95. **Sher L.**
The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates.
QJM: An International Journal of Medicine. 1 oct 2020;113(10):707-12.
96. **Yan Y, Hou J, Li Q, Yu NX.**
Suicide before and during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review with Meta-Analysis.
International Journal of Environmental Research and Public Health. janv 2023;20(4):3346.

97. **Mula M, Sander JW.**
Suicide and epilepsy: do antiepileptic drugs increase the risk?
Expert Opin Drug Saf. avr 2015;14(4):553-8.
98. **Hu FH, Zhao DY, Fu XL, Zhang WQ, Tang W, Hu SQ, et al.**
Gender differences in suicidal ideation, suicide attempts, and suicide death among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis.
HIV Med. mai 2023;24(5):521-32.
99. **Mukhra R, Baryah N, Krishan K, Kanchan T.**
'Blue Whale Challenge': A Game or Crime?
Sci Eng Ethics. 1 févr 2019 ;25(1) :285-91.
100. **Organization WH.**
Suicide. 2023 [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
101. **Organisation Mondiale de la Santé.**
Rapport de l'OMS sur la prévention du suicide 5 septembre 2014, Le Caire.
102. **Ministère de la Santé et des Services sociaux à Canada.**
Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. 2010.
103. **De Spiegelare M, Wauters I, Haelterman E.**
Le suicide en région de Bruxelles-Capitale situation 1998-2000.
Observatoire de la sante et du social Bruxelles. 2004;
104. **Baux-Cazal L, Gokalsing E, Amadéo S, Messiah A.**
Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13ans : une revue de la littérature.
L'Encéphale. 1 sept 2016;43.
105. **Julien M, Laverdure J.**
Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes.
Institut national de santé publique du Québec. 2004;

- 106. Cissé AO.**
Etude des tentatives de suicide dans les structures de santé de Bamako au Mali [These de doctorat].
Université des sciences et des techniques et de technologie de Bamako; 2021.
- 107. Djebar L.**
Les Facteurs Du Suicide En Algérie [These de doctorat].
Université de Bordj Bou Arréridj; 2018
- 108. LAACHIRI K.**
Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients suicidants hospitalisés à l'hôpital psychiatrique universitaire IBN NAFIS.
[Marrakech]: Université Cadi Ayyad; 2018.
- 109. Lila D.**
Les facteurs du suicide en Algérie. 32-314:(2)2;2018. مجلة الابراهيمية للعلوم الاجتماعية والانسانية.
- 110. Observatoire Régional de la Santé la Réunion.**
Suicides et tentatives de suicides à La Réunion.
ORS La Réunion, France. 2013;
- 111. Riedi G.**
Évaluation aux urgences des facteurs de risque pour la récurrence suicidaire dans l'année [These de doctorat].
Toulouse 3; 2012 [cité 23 avr 2024].
- 112. François B, Guignard R, Roscoät E, Saïas T.**
Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010.
BEH. 1 janv 2011 ;47 :488-92.
- 113. Taghlaoui R.**
Tentatives de suicide à l'hôpital Ibn Al Hassan [These de doctorat].
[Fes] : Université Sidi Mohamed Ben abdellah ; 2009
- 114. Observatoire Régional de Santé Bretagne, Conseil Régional, Agence Régionale de Santé.**
Etude des tentatives de suicide et des récurrences prises en charge dans les services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp. 2017.

115. **Oumtejar Y.**
Tentative de suicide : étude de 30 cas à l'hôpital ARRASI de Salé [These de doctorat].
[Rabat]: Université Mohamed V; 2013.
116. **Hajji K, Marrag I, Bouanene I, Ben Mohamed B, Younes S, Hadj Ammar M, et al.**
Facteurs associés aux tentatives de suicide.
Toxicologie Analytique et Clinique. 2016;28(2):158-63.
117. **Perrot C.**
Estime de soi et risque suicidaire.
Médecine humaine et pathologie. 2015;
118. **Mansouri N.**
Tentatives De Suicide En Milieu Militaire Apropos D'une Étude Prospective [These de doctorat].
Université Ahmed Ben Bella – Oran 1; 2015 algerie
119. **Ghachem R, Boussetta A, Benasr A, Oumaya N.**
Suicide et pathologie mentale à Tunis : étude rétrospective sur 12 ans à l'hôpital Razi.
L'information psychiatrique. 2009;85(3):281-95.
120. **Kim M, Oh GJ, Lee YH.**
Gender-Specific Factors Associated with Suicide Attempts among the Community-Dwelling General Population with Suicidal Ideation: the 2013 Korean Community Health Survey.
J Korean Med Sci. déc 2016;31(12):2010-9.
121. **Alvarado-Esquivel C, Sánchez-Anguiano LF, Arnaud-Gil CA, Hernández-Tinoco J, Molina-Espinoza LF, Rábago-Sánchez E.**
Socio-Demographic, Clinical and Behavioral Characteristics Associated with a History of Suicide Attempts among Psychiatric Outpatients: A Case Control Study in a Northern Mexican City.
Int J Biomed Sci. Mars 2014 ;10(1) :61-8.
122. **Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J, et al.**
Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. janv 1993;32(1):69-75.

123. **Chan Chee C, Jezewski-Serra D.**
Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011.
Institut de Veille Sanitaire.
124. **Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT.**
History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology.
Am J Psychiatry. mars 2004;161(3):437-43.
125. **Huguelet P, Mandhouj O.**
Spiritual assessment as part of routine psychiatric evaluation: problems and implications.
World Psychiatry. 2013 ;12(1) :35-6.
126. **Kurzenne M.**
Tentative de suicide et récurrence suicidaire à l'adolescence – Étude des facteurs de risque de récurrence chez 374 patients hospitalisés au CHU de Nancy. 2014;
127. **Wexler L, Silveira ML, Bertone-Johnson E.**
Factors associated with Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 2001-2009: trends and implications for prevention.
Arch Suicide Res. 2012;16(4):273-86.
128. **Jung H, Matei DB, Hecser L.**
Biostatistical study of suicide features in Mures County (Romania).
Leg Med (Tokyo). avr 2009;11 Suppl 1: S95-97.
129. **SPF.**
Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. 2017
130. **Damak R, Atteb S, Kammoun R, Cherif W, Ellouze F, Cheour M.**
Evolution du risque suicidaire en Tunisie, cinq ans après la révolution de Jasmin Suicidal
Risk evolution in Tunisia, five years after the Jasmine Revolution.
LA TUNISIE MEDICALE. 2019 ;97.
131. **Assaker N.**
La prévalence de la dépression majeure, du trouble bipolaire et du risque suicidaire dans les prisons libanaises pour homme.

132. **Koenig HG, Youssef NA, Smothers Z, Oliver JP, Boucher NA, Ames D, et al.**
Hope, Religiosity, and Mental Health in U.S. Veterans and Active Duty Military with PTSD Symptoms.
Military Medicine. 13 févr 2020;185(1-2):97-104.
133. **Lew B, Kölves K, Zhang J, Zhizhong W, Koenig HG, Yip PSF, et al.**
Religious affiliation and suicidality among college students in China: A cross-sectional study across six provinces.
PLoS One. 19 mai 2021;16(5):e0251698.
134. **Jacob L, Haro JM, Koyanagi A.**
The association of religiosity with suicidal ideation and suicide attempts in the United Kingdom.
Acta Psychiatr Scand. févr 2019;139(2):164-73.
135. **Kiekens G, Hasking P, Boyes M, Claes L, Mortier P, Auerbach RP, et al.**
The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors.
Journal of Affective Disorders. 15 oct 2018; 239:171-9.
136. **Perroud N, Baud P, Mouthon D, Courtet P, Malafosse A.**
Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders.
Journal of Affective Disorders. 1 nov 2011;134(1):112-8.
137. **McHugh CM, Chun Lee RS, Hermens DF, Corderoy A, Large M, Hickie IB.**
Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis.
Journal of Psychiatric Research. 1 sept 2019; 116:51-60.



قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيّتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

محاولات الإنتحار بأكادير – إنزكان : دراسة وصفية و تحليلية.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/05/17

من طرف

السيدة فاطمة الزهراء الزاهر

المزودة في 16 يناير 1997 ببني ملال

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

محاولة الانتحار – نية الانتحار – الانتحار – التدين – الاندفاع – الوقاية

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكم

ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

إ. راموز

أستاذ في الطب النفسي

إ. عدلي

أستاذة في الطب النفسي

السيدة

السيد

السيدة