

TENTATIVES DE SUICIDE : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CLINIQUES / ÉTUDE DESCRIPTIVE RÉALISÉE AU NIVEAU DE L'EPH DE OUARGLA 2020-2021



S. BAIT

Service de psychiatrie / Université KASDI Merbah de Ouargla / Faculté de médecine de Ouargla / EHS de psychiatrie HDEB de Ouargla

RÉSUMÉ

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

Méthode : Nous rapportons une étude descriptive prospective de 44 cas de la tentative du suicide, admis au service d'urgence médico-chirurgical de l'EPH Mohamed Boudiaf – Ouargla, durant 12 mois. Le diagnostic principal, des patients inclus, était une tentative du suicide par intoxication volontaire ou autolyse.

Résultats : Dans cette étude, une prédominance du sexe féminin à 59 % avec sex-ratio = 0,69.

La tranche d'âge de 16 à 21 ans était la plus représentée à 32 % des cas. La majorité des suicidants ont un niveau d'instruction bas (moyen à 43 %), 77 % sont des chômeurs et 61 % des célibataires. La majorité des suicidants résidaient dans une zone urbaine, 18 % ont des antécédents d'affection organique et 27 % ont des antécédents d'affection psycho psychiatrique.

45 % des suicidés ont des habitudes toxiques particulières (tabac à 32 %, psychotropes à 23 %). 68 % des patients ont une exposition à autre suicide dans l'entourage, l'ingestion du caustique était le moyen d'autolyse le plus utilisé à 30 % suivi par l'intoxication médicamenteuse à 32 %. L'impulsivité et les problèmes du couple représentent les causes du passage à l'acte les plus retrouvées chez 28 % des cas pour chacun. 59 % des suicidants font la TS pour la 1^{re} fois et 41 % font ≥ 2 fois. 64 % des suicidés ont des idées suicidaires persistantes et que 66 % des patients regrettent leur geste suicidaire.

Conclusion : Les résultats de notre étude ne font que renforcer l'importance de rechercher les facteurs de risque prédictifs et précipitants d'une conduite suicidaire, et ce, afin de permettre une prévention, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée pour améliorer la symptomatologie, éviter les complications et prévenir au maximum le risqué du passage à l'acte auto lytique.

Mots clés : caractéristiques épidémiologiques, tentative du suicide, ingestion caustique, facteurs de risque.

ABSTRACT

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

Method: *We report a descriptive study of 44 cases of attempted suicide admitted to the medico-surgical emergency department of the public hospital Mohamed BOUDIAF Ouargla, during 12 months. The main diagnosis, of the patients included, was a suicide attempt by voluntary intoxication or autolysis.*

Results : *In this study, the female sex was most represented (59 %) with sex-ratio = 0, 69. The age group of 16 to 21 was the most represented (32 %). The majority of suicides have a low level of instruction (average with a 43 %), 77 % are unemployed and 61 % of singles. The majority of suicidants resided in an urban area, 18 % have particular organic affection and 27 % have special psycho-psychiatric affection. Forty-five percent of suicides have special toxic habits (32 % tobacco, 23 % psychotropics). Sixty-eight percent of patients have an exposure to other suicides in the entourage, the ingestion of the caustic was the most used autolysis means at 30 % followed by the '32 % drug poisoning. The impulsiveness and the problems of the couple represent the causes of the most found act in 28 % of cases for each. 59 % of suicides make TS for the first time and 41 % are ≥ 2 times. 64 % of suicides have persistent suicidal ideas and that 66 % of patients regret their suicidal gesture.*

Conclusion: *The results of our study only reinforce the importance of researching them predictive and precipitating risk factors for suicidal behavior and this, in order to allow prevention, early diagnosis and adaptive management to improve symptomatology, avoid complications and maximally prevent risk from the passage to the self-lyticact.*

Keywords: epidemiological features, suicide attempt, caustic ingestion, risk factors.

I. INTRODUCTION

Le suicide est un phénomène qui a longtemps suscité l'intérêt des chercheurs, qu'on ne peut prétendre aborder du seul point de vue médical devant la complexité de ce phénomène. D'autres approches, anthropologique, théologique, historique, philosophique, sociologique..., se sont intéressées au phénomène suicidaire.

Le suicide est «l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie». En plus d'être une tragédie personnelle, c'est aussi un grave problème de santé publique. La fréquence du suicide et des tentatives de suicide ne cesse d'augmenter dans le monde. Le passage à l'acte suicidaire correspond à un moment de crise pour le sujet, crise existentielle, crise psychosociale, crise psychiatrique [1]. Tenons la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant la tentative de suicide : «Tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter».

II. DÉFINITIONS

Le suicide est le fait de s'enlever la vie par un acte volontaire [2].

La tentative de suicide (TS) est définie comme tout acte intentionnel fait par une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutit pas à la mort [3].

Le suicidant est l'individu qui a effectué une tentative de suicide et qui a survécu au geste

suicidaire, le suicidé est le sujet dont le geste a débouché sur son décès [4].

Les idées suicidaires correspondent à l'idée de mettre fin à ses jours, qui est plus ou moins intense et élaborée, à un sentiment de lassitude de vivre, à la conviction que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue [5].

La crise suicidaire est une crise psychique, dont le risque majeur est le suicide. La notion de crise suicidaire regroupe différents aspects qui vont des pensées suicidaires à leur mise en acte [6].

Les équivalents suicidaires sont des comportements à risque, qui témoignent d'un désir inconscient de mort. Ces comportements peuvent être à type de mutilation, d'alcoolisation massive et brutale, de conduites sexuelles à risque, de conduite à grande vitesse, d'addiction médicamenteuse ou même certain refus de soins au cours de maladies graves.

La conduite suicidaire est associée à un véritable processus pouvant comporter des recherches de solutions, puis des idées suicidaires qui, lorsqu'elles se figent, mènent à des scénarios suicidaires [7].

La menace suicidaire correspond à la manifestation d'un projet exprimé verbalement ou non. Elle se situe entre les idées suicidaires et le passage à l'acte [8].

Le comportement suicidaire se réfère à un ensemble de comportements, allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide [9].

III. ÉPIDÉMIOLOGIE

Chaque année, près de 703 000 personnes [10] se suicident et beaucoup d'autres font une tentative de suicide. Le suicide est la 4^e cause de mortalité chez les 15-19 ans dans le monde en 2019 [9], 77 % des suicides surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'Algérie n'échappe pas à ce phénomène qui prendrait des proportions inquiétantes. Selon les statistiques déclarées par différents organismes l'Algérie se situe parmi les pays où le taux de suicide est moyen. La prévalence nationale moyenne des suicides serait de 2 à 4 suicides pour 100 000 habitants, en passant de 0,94 en 1999 à 2,25 pour 100 000 habitants en 2003 [11]. Une analyse de données de mortalité de (2000 à 2012) nous montre qu'environ 1 000 Algériens en moyenne se suicident chaque année, et 5 000 tentatives de suicide par an.

Rien que pour la période allant du 1^{er} janvier 2011 à mai 2012 selon un représentant du service de sécurité, quelque 2 191 cas de suicide ont été enregistrés à travers tout le territoire national, dont 335 suicides aboutis, et 1 856 tentatives de suicide [12]. Selon les mêmes sources, la majorité des affaires traitées ont été enregistrées dans les wilayas de Bejaïa, Tizi-Ouzou, Bouira, Tlemcen, Oran, Skikda, Alger et Mila.

Dans la wilaya d'Oran, selon une étude faite par le service des urgences de CHUO, déclare qu'entre 2001 et 2005, 1 832 tentatives de suicide ont été enregistrées, en passant de 295 en 2001, à 400 en 2002, et 508 en 2003 et 629 en 2005 [13]. Les chiffres restent toujours au-dessous de la réalité.

Tableau 1 : Récapitulatif du nombre de suicide et tentative de suicide en Algérie entre 1993-2012, d'après plusieurs organismes (CHU, PC, GN, DGNR).

Année	Suicide	Tentative de suicide
1993- 2000	1994	1071
2001- 2007	2140	1881
2008- 2010	851	817
2011- 2012	674	2356
Total	5659	6125

Source : Djebbar, 2015. P. 44

Ainsi, nous avons réalisé cette étude dans le but premièrement de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la tentative de suicide chez les patients vus aux urgences médico-chirurgicales et/ou hospitalisés aux services à l'EPH Mohamed Boudiaf de

Ouargla durant une année, et secondairement d'identifier les facteurs qui peuvent être de risque et d'en décrire les mesures préventives.

IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude descriptive prospective et unie centrique portant sur un échantillon de 44 patients vus au service des urgences médico-chirurgicales de l'EPH Mohamed Boudiaf Ouargla ou hospitalisés après une tentative de suicide inclus selon la définition de l'OMS, sur une période de 12 mois du mai 2020 à avril 2021.

– Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, évolutives et thérapeutiques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire préétabli.

– Analyse statistique : après traitement et analyse des données saisies sur MS Excel et contrôlées par les logiciels SPSS.

– Aspects éthiques : les patients ont été inclus dans cette étude après : avoir reçu une information claire, loyale et appropriée sur les différents objectifs de cette étude et donné leur consentement ou avoir celui de leur proche. La confidentialité des données a été garantie ; les noms des patients ne figurent sur aucun document relatif aux résultats de cette étude.

V. RÉSULTATS

Dans cette étude, 44 cas des tentatives de suicide, rassemblant tous les types de TS reçus à l'EPH Mohamed Boudiaf entre mai 2020 et avril 2021. On note une prédominance féminine à 59 % avec sex-ratio = 0,69. L'âge moyen de nos suicidants était de 17 ans avec des extrêmes de 10 et 52 ans. La tranche d'âge de 16 à 21 ans était la plus représentée (32 %). La majorité des suicidants ont un niveau d'instruction bas (moyen à 43 %), 77 % sont des chômeurs et 61 % des célibataires. La majorité des

suicidants résidaient dans une zone urbaine (Tableau 2).

Tableau 2 : Les caractéristiques sociodémographiques :

		Fréquence	Pourcentage
Sexe	Masculin	18	41
	Féminin	26	59
Âge	10 à 15	5	11
	16 à 21	14	32
	22 à 27	12	27
	28 à 33	8	18
	≥ 34	5	11
Milieu	Rural	5	10
	Urbain	39	90
Niveau d'instruction	Primaire	3	7
	Moyen	19	43
	Secondaire	15	34
	Universitaire	7	16
Statut marital	Célibataire	27	61
	Marié	11	25
	Divorcé	4	9
	Veuf	2	5
Activité professionnelle	Oui	10	23
	Non	34	77

18 % des suicidés ont des antécédents d'affection organique particulière (à savoir HTA, Diabète, épilepsie, handicap moteur,...) et 27 % ont des antécédents d'affection psycho-psychiatrique particulière, contre 73 % qui n'ont pas.

63 % des suicidés ont une exposition à autre suicide fait par ses amis alors que 27 % et 10 % du suicide fait par ses familles du 2e et du 1er degré respectivement.

45 % des suicidés ont des habitudes toxiques : tabac à 32 %, psychotropes à 23 %, autres habitudes toxiques (cannabis, alcool, sniffer) à 16 %.

L'ingestion du caustique était le moyen d'autolyse le plus utilisé à 48 % suivi par l'intoxication médicamenteuse à 32 % et les autres moyens (Pendaison, automutilation, arme blanche) à 21 % (Fig. 1).

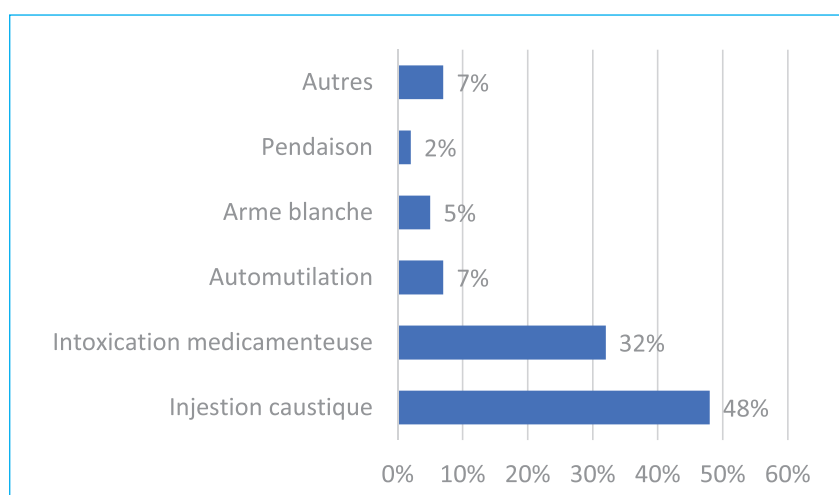


Fig. 1 : Répartition des patients selon le type de Tentative de Suicide.

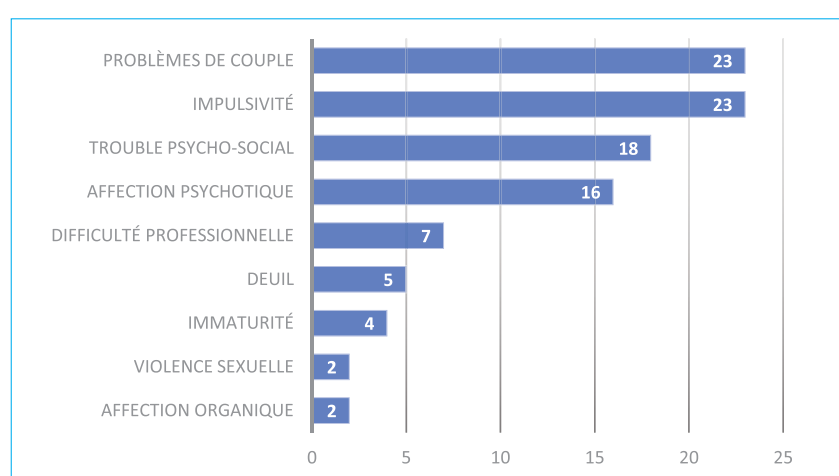


Fig. 2 : Causes de Tentative de Suicide (en pourcentage)

L'impulsivité et les problèmes de couple représentent les causes du passage à l'acte les plus retrouvées à 23 % pour chacun, 18 % des TS sont en rapport aux troubles psycho-sociaux. L'affection psychique est une cause à 16 % pour les TS. La difficulté professionnelle, le deuil, l'affection organique et la violence sexuelle sont en rapport direct avec la survenue de la TS dans 7 %, 5 %, 2 % et 2 % respectivement (Fig. 2).

Pour le Contexte de Tentative de Suicide : 59 % des suicidants font la TS pour la 1^{re} fois, 27 % pour la 2^e fois et 14 % des patients trois fois et plus. 64 % des suicidés ont des idées suicidaires persistantes, contre 36 % qui n'ont pas. 66 % des suicidants regrettent leur geste suicidaire contre 34 % qui ne le regrettent pas.

VI. DISCUSSION

Nous allons essayer de discuter les différents facteurs incriminés dans le processus suicidaire à partir des différents paramètres recherchés dans notre étude durant une année.

Dans notre étude, nous avons colligé 44 cas de TS, avec une prédominance féminine à 59 %, proche aux résultats des études de : Tlemcen à 64 %, à une étude multicentrique sur 3206 qui a trouvé 67 %, dans une étude française de 2011, elles sont plus fréquentes chez les femmes (289 pour 100 000) que chez les hommes (234 pour 100 000), et aussi au Maroc avec un sex-ratio de 2,41 en faveur des femmes [14]. Selon une étude menée en France métropolitaine, il y a plus de TS des femmes par rapport aux hommes (3♀/2♂), et plus de mortalité des hommes par rapport aux femmes (4♂/3♀) [15]. Par contre, le sexe mascu-

lin était le plus représenté (51,3 %) dans l'étude de Bamako [16]. La prédominance masculine est aussi retrouvée dans une étude réalisée en Tunisie avec un sexe-ratio (H/F) de 0,56 [17].

Malgré la prédominance féminine dans notre étude ; le sexe masculin présente aussi des pourcentages qui ne sont pas négligeables à 41 %. Ce résultat peut sembler paradoxal en regard des décès par suicide qui s'avèrent pour leur part nettement plus masculins. Cette particularité est en partie due aux moyens mis en œuvre, très différents selon le genre, et qui sont plus létaux chez les hommes (pendaison, arme à feu...).

L'âge moyen de l'ensemble de notre échantillon est de 17 ans, avec des extrêmes entre 10 à 58 ans. La classe modale correspond à la 2e tranche d'âge : celle des 16 à 21 ans (32 %).

Il y a un accord entre notre étude et l'étude de Tlemcen ou la tranche d'âge de 15 à 24 ans représente 40 %. À Bamako, la tranche de 20 à 40 ans était la plus représentée (46,9 %), l'âge moyen des patients était de $29,31 \pm 11,78$ ans avec des extrêmes de 14 et 62 ans. Au Maroc en 2011, soit un âge moyen de $24,39 \pm 8$ ans [14].

Dans la littérature : les tentatives de suicide étaient les plus fréquentes entre 15 et 35 ans et diminuaient ensuite. Des études conduites en population générale aux États-Unis permettent d'estimer la prévalence sur la vie entière des TS à 4,6 % chez les 15-54 ans [étude NCS, Kessler, 1999]. Choquet et al, ont mis en évidence que 7 % des jeunes, entre 11 et 19 ans, déclarent avoir fait une TS. Fergusson et al ont constaté que 12 % d'une cohorte d'adolescents ont eu des idées suicidaires avant l'âge de 16 ans et que 3 % d'entre eux ont fait une TS. Une revue récente de la littérature internationale colligeant 128 études sur 513 188 adolescents a retrouvé un taux de 9,7 % de TS à un moment quelconque de leur vie, et 29,9 % d'idées suicidaires.

Les TS étaient l'apanage du sujet jeune et l'adolescent en particulier. Ces résultats peuvent être expliqués par l'impulsivité, l'immaturité et la prise du toxique.

La majorité de nos patients ont un niveau d'instruction moyen à 43 %, primaire à 7 % et universitaire à 16 %. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans l'étude d'Oran où le niveau moyen à 42 % et universitaire à 4 %, à l'étude de Bamako, où les non scolarisés représentent 46 % et à l'étude de Tlemcen, 64 % étaient non scolarisés ou avaient un niveau primaire. L'enquête nationale de l'Inserm réalisée en 1993 a montré un taux de TS de 15 % chez les non scolarisés. L'étude néo-zélandaise de Beautrais a trouvé un bas niveau d'études [OR = 7,5].

Les célibataires constituaient la catégorie la plus touchée de 61 %. Ce résultat rejoint celui trouvé dans l'étude de Tlemcen à 61 % et Oran à 86 %. Par contre, dans l'étude de Bamako, 57,5 % des patients étaient mariés. Dans la littérature le sexe masculin, le statut de marié et le faible niveau d'éducation sont les principaux facteurs de risque démographiques identifiés [18].

La majorité de nos patients sont au chômage à 77 %. Ce résultat rejoint celui trouvé dans l'étude de Tlemcen, 60 % des suicidants étaient inactifs. Une étude néo-zélandaise de Beautrais et al, a prouvé que les jeunes à risque suicidaire élevé présentent un taux de chômage plus élevé [OR = 2,3], et un taux de 30 % des suicidés sont au chômage est trouvé dans une étude longitudinale sur 12 mois.

Les affections organiques (cancer, diabète, hypertendue, handicap moteur...) sont présentes chez 18 % des Suicidants. L'étude de Taharijaona Ramarozatovo [19], a retrouvé 8,30 % des patients qui ont eu des maladies d'allure chronique. Le rôle sur le suicide de facteurs médicaux, comme les maladies chroniques, est peu étudié.

Cependant, l'Observatoire national du suicide en France dans son 2^e rapport a retrouvé que les maladies telles que l'épilepsie ou le cancer, peuvent être significativement associées à un risque accru de comportement suicidaire ou de décès par suicide [20].

Il s'agit en effet d'un facteur de risque de suicide, dont l'importance varie en fonction du degré de sévérité de la maladie selon la littérature.

Il faut se rappeler que la plupart des études s'accordent sur le fait que plus de 90 % des sujets ayant des conduites suicidaires souffraient d'un trouble psycho-psychiatrique tel que l'étude de Tlemcen. Dans notre série, et contrairement à ce qui est retrouvé dans d'autres études, les troubles psycho-psychiatriques sont présents uniquement de 27 %. 23 % des TS se font de façon impulsive sans une préméditation préalable du passage à l'acte, 23 % sont dus aux problèmes de couple, 18 % de trouble psycho-sociale, 16 % d'affection psychique. Les autres causes sont représentées respectivement par : difficulté professionnelle (7 %), deuil et immaturité (5 % pour chacun), violence sexuelle et affection organique (2 % pour chacune).

Ainsi Ranaivoson [21] a retrouvé comme premier facteur de stress responsable de TS, les conflits conjugaux avec 40,14 %, suivis par les conflits familiaux à 22,11 %. De même que Raobelle a retrouvé comme principaux facteurs de stress, les conflits conjugaux à 35 %, suivis par les conflits familiaux à 33,3 % [22]. Bourgeois démontre que le suicide est toujours lié à un événement ou à une circonstance précise dans la vie de l'individu les jours ou les semaines précédant l'acte [23].

Dans notre étude, 45 % des patients ont recours aux habitudes toxiques, le tabac en 1^{re} intention à 32 %, suivi par les psychotropes à 23 %. Dans une étude de cohorte de 148 suicidants, faite à Genève, ce taux était aux alentours de 11 %. Abbar et al, ont collecté 150 suicidants

avec 28 % ayant des troubles addictifs dont 24,7 % sont alcooliques et 8,7 % sont toxicomanes. À Tlemcen, les taux des troubles liés à l'alcoolisme ou les addictions étaient vraiment faible à 2 % et l'étude de Tahinarijaona Ramarozatovo [19] a retrouvé 7,63 % de suicidants avec des problèmes addictifs (tabagisme, l'alcoolisme et le cannabis). Par contre Voss et al [24] ont prouvé l'importance des habitudes toxiques dans l'induction des processus suicidaires. Les alcooliques meurent par suicide six fois supérieurs à ceux de la population générale. 30 à 40 % des TS sont liées immédiatement à la consommation d'alcool.

Pour les Circonstances et modalités de passage à l'acte : les chercheurs trouvent que la présence du TS dans l'entourage constitue un facteur de risque majeur de suicide. Dans notre étude il y a un véritable accord à cette notion avec 63 % des TS faites par ses amis ; 27 % faites par un membre de famille du 2^e degré et 10 % du 1^{er} degré. Selon l'étude de Tahinarijaona Ramarozatovo [19], seul 1,82 % des suicidés ont eu un antécédent familial de comportement suicidaire. Brent et al [25] ont démontré que les enfants issus de parents suicidaires se suicidaient plus que les enfants issus de parents n'ayant pas d'antécédent suicidaire. Les survivants devraient, en fonction de leurs besoins, avoir accès à des offres de soutien à court et à long terme. La famille du suicidé devrait bénéficier d'un soutien psychologique d'urgences lorsqu'ils sont informés du suicide.

48 % des TS dans notre étude se font par ingestion de caustiques, dont 66 % de femmes et 34 % hommes, 71 % d'âge entre 16 et 27 ans c'est-à-dire des adolescents et des jeunes. Dans 52 % des cas, on a le recours à autres moyens de TS. Dans l'étude d'Oran Djaoui [26], 57 % des patients font recours à une ingestion médicamenteuse comme le 1^{er} moyen suicidaire, dont 37 % de femmes et 20 % d'hommes. Le 2^e moyen est dans 33 % des cas, le recours à

l'ingestion des produits caustiques utilisés par 23 % de femmes et 10 % d'hommes.

Ranaivoson [21], avait retrouvé que la majorité de ses suicidants avaient utilisé des substances médicamenteuses à 60,59 %. Par contre, des études effectuées en France [27, 28] avaient retrouvé la pendaison comme le mode le plus fréquent et comme méthode la plus utilisée par les hommes.

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

Dans notre échantillon 59 % des patients sont à leur première TS, et 41 % qui ont déjà effectué une ou plusieurs TS antérieures. Donc, un taux non négligeable de récurrence.

Selon l'étude de Tahinarijaona Ramarozatovo [19], la majorité des suicidants sont à leur première TS, et 9,60 % des patients qui ont déjà effectué une ou plusieurs TS antérieures, pouvant signifier que ces patients n'ont pas été suivis.

Un antécédent de TS constitue un facteur de risque pour une future TS et augmente aussi le risque de suicide fatal.

Pour le Contexte de Tentative de Suicide : Dans notre étude, l'idée suicidaire persiste après la TS chez 64 % des suicidés, le taux est vraiment important et peut être lié à la présence toujours de la cause favorisante ou du facteur de risque. Par contre le regret après le geste suicidaire se présente à 66 %, la subjectivité de tel type de réponses ne nous permette pas à obtenir des résultats assez fiables. Selon l'étude de Tahinarijaona Ramarozatovo [19], 70,93 % ont effectué leurs actes, dont le but fi-

nal n'a pas été identifié, 27,57 % des suicidants avaient un vrai désir de mort, 0,99 % se sont suicidés dans le but d'effectuer un chantage à leur entourage proche, 0,33 % se sont suicidés par influence extérieure, donc poussés au suicide, un cas s'est suicidé pour essayer ce qu'est un suicide. Nos résultats diffèrent complètement de l'étude Ranaivoson [21], ce qui pourrait être expliqué par la banalisation du suicide par la population en général.

VII. CONCLUSION

Le suicide et les tentatives de suicide sont considérés à l'échelle planétaire, comme un problème de santé publique par leurs fréquences, leurs complications enregistrées dans leurs évolutions et leurs lourdes dépenses en santé pour l'état. Ceci a motivé notre intérêt pour la question et a incité la réalisation de ce travail. Les résultats retrouvés dans notre étude seraient considérés comme outils de prévention contre la survenue des TS à travers le dépistage précoce et la prise en charge adéquate des sujets prédisposant ; tout en sachant que le passage à l'acte reste imprévisible.

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

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial [Internet]. Organisation mondiale de la Santé ; 2014 [cité 16 août 2021]. 89 p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
2. Tousignant M. Traité des problèmes sociaux : le suicide et les comportements suicidaires. Les classiques des sciences sociales. 1994 ; 37 : 767-76.

3. Mishara BL, Tousignant M. Comprendre le suicide. Montréal : Open Editions Books ; 2004.
4. Mohamed MS, Eboué AB, Ndiaye M, Mamadou LS. Aspects épidémiologiques du suicide à Dakar. Pan Afr Med J. 2013 ; 15 : 10.
5. OMS. Rapport mondial sur la violence et la sante. OMS. 2002.
6. Walter M, Tokpanou I. Identification et évaluation de la crise suicidaire. Ann Méd Psychol ; 2003 ; 161 (2) : 173-8.
7. Romano H. Suicide et conduite suicidaire : repérage et perspectives de prise en charge. Référence en santé au travail. 2013 ; 135 : 89-95.
8. Boughazi N. Tentatives de suicides. [Thèse]. Médecine Humaine : Tlemcen ; 2015. 91 p.
9. Bourgeois ML. Comportements suicidaires. Manuel de psychiatrie (2^e édition). 2012 ; 22 : 547-68.
10. Article «suicide» OMS le 17-06-2021.
11. Ouyahia Meriem «Suicide en Algérie», 2005. En ligne in : www.lesoirdalgerie.com.
12. Abbès Zineb «Plus de 300 cas de suicide recensés», 2012. En ligne in : www.algerie1.com.
13. Hadj Hacen Fethi, «le suicide en Algérie», 2012. En ligne in : www.Algerie-watch.org.
14. Amiar L, Soulaymani R, Mokhtari A, Hami H, Soulaymani A. Les suicides et les tentatives de suicide par intoxication au Maroc : épidémiologie, indicateurs de santé et facteurs de risque. Toxicol Anal Clin. 1 mai 2019 ; 31 (2, Supplément) : S74 -5.
15. Monmousseau, F ; Rusch, E ; Moulay-Elrhazi, A. Évolution des dépenses de consommation de biomédicaments : cas de la région Centre – Val de Loire de 2008 à 2013 [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur : <https://in.booksc.me/book/54377222/fb61e9>
16. Almoustapha Ousmane C, Bamako l'étude des tentatives de suicide dans les structures de santé de Bamako Mali 2019/2020
17. Charfi F, Harbaoui A, Skhiri A, Abbès Z, Belhadj A, Halayem S, Bouden S. Profil épidémiologique et clinique des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent en Tunisie en post révolution [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur : <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/32/204/full/>
18. Beck F, Guignard R, Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 : 488-491.
19. Tahinarijaona Ramarozatovo Sylvano Eddy : étude épidémio-clinique des suicides et tentatives de suicide à ANTANANARIVO de 2014 A 2017.
20. Observatoire National du Suicide. Suicide, connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives-2ème rapport. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). 2 Février 2016.
21. Ranaivoson V O D. Etude épidémio-clinique des suicidants et suicidés vues dans trois services de santé à Antananarivo [Thèse]. Médecine Humaine : Antananarivo ; 2012. 144 p.
22. Raobelle EN, Ratobimanankasina HH, Rafehivola IH, Rakotorahalahy M, Sambany, Rajaonarison BH et al. Épidémiologie des patients suicidants dans le service de Réanimation médicale du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Rev Méd Madag. 2012 ; 2 (1) : 90-4.
23. Bourgeois ML. Événement de vie et psychopathologie. L'Encéphale. 2007 ; 33 (4) : 686-9.
24. Voss WD, Kaufman E, O'Connor SS, Comtois KA, Conner KR, Ries RK. Preventing addiction related suicide : a pilot study. Journal of substance abuse treatment. 2013; 44(5): 565-9.
25. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, et al, Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood disordered suicide attempters. Arch Gen Psychiatr. 2002 Septembre; 59 (9): 801-7.
26. Djaoui B. Contribution à l'étude des conduites suicidaires : A propos d'une étude à recrutement prospectif durant deux ans (2010-2012) aux urgences médico-chirurgicales du Centre Hospitalo-Universitaire d'Oran [Thèse]. Medecine Humaine : Alger ; 2012. 231 p.
27. Observatoire National de Suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1^{er} rapport. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). 2 Décembre 2014.
28. Observatoire National du Suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence -3^e rapport. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). 5 Février 2018.