

Tentative de suicide du lycéen et de l'étudiant : Étude Tunisienne à propos de 61 cas

Othman Amami , Jihene Aloulou, Monia Elleuch, Lobna Aribi

*Service de Psychiatrie B, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
Université de Sfax*

O. Amami , J. Aloulou, M. Elleuch, L. Aribi

O. Amami , J. Aloulou, M. Elleuch, L. Aribi

Tentative de suicide du lycéen et de l'étudiant :
Étude Tunisienne à propos de 61 cas

Suicide attempt in pupils and university students:
A Tunisian case study of 61 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°03) : 175-178

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°03) : 175-178

R É S U M É

But : Déterminer le profil global des suicidants, lycéens et étudiants, en population clinique.

Méthodes : Nous avons étudié, rétrospectivement, 1623 dossiers d'élèves et d'étudiants qui ont consulté l'unité psycho-pédagogique du service de psychiatrie "B" du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie) au cours de la période allant de janvier 1997 à décembre 2009. Nous avons recensé 61 dossiers de consultants pour tentative de suicide.

Résultats : La prévalence des tentatives de suicide du lycéen et de l'étudiant Tunisien est faible (3,75 %) et renvoie probablement à des considérations socioculturelles. Il s'agit souvent d'une jeune fille (70,5 %) ayant des difficultés scolaires (50,8 %) et des troubles de l'adaptation (60,6 %), accomplissant sa tentative de suicide de façon impulsive (91,8 %), à domicile (83,6 %), par ingestion médicamenteuse (70,6 %).

Conclusion : Ce profil du suicidant souligne l'intérêt majeur de la communication intrafamiliale, et de la généralisation des cellules d'écoute dans les établissements scolaires et universitaires.

S U M M A R Y

Aim: To determine the global profile of pupils and university students who made suicide attempts.

Methods: We have retrospectively examined 1623 files of pupils and university students who have consulted the psycho-pedagogical unit of psychiatry department « B » of Hedi Chaker Hospital, Sfax – Tunisia, during this time span from January 1997 to December 2009. We have taken a census 61 of files of those consulting for suicide attempts.

Results: The prevalence of suicide attempts in Tunisian pupils and university students is low (3.75 %) and is probably due to socio-cultural considerations. It is often a young girl (70.5%) having school difficulties (50.8%) and adaptation problems (60.6 %), impulsively accomplishing her suicide attempt (91.8%), at home (83.6 %), by drug ingestion (70.6%).

Conclusion: This profile shows the major need for communication within the family, and for the generalization of listening units at schools and universities.

M o t s - c l é s

Tentative de suicide, lycéens, étudiants, unité psycho-pédagogique

K e y - w o r d s

Suicide attempt; pupils, university students, psycho-pedagogical unit

La scolarité expose le lycéen et l'étudiant à des difficultés psychologiques supplémentaires à celles inhérentes au processus maturatif de l'adolescence et aux éventuelles affections psychiatriques caractérisées. La souffrance psychologique engendrée peut conduire à ces âges au suicide. L'objectif de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique et clinique des suicidants lycéens et étudiants qui ont consulté l'unité de psycho-pédagogie du service de psychiatrie "B" du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie).

PATIENTS ET MÉTHODES :

Nous avons étudié, rétrospectivement, 1623 dossiers de lycéens et étudiants qui ont consulté l'unité psycho-pédagogique du service de psychiatrie "B" (CHU Hédi Chaker de Sfax) au cours de la période allant de janvier 1997 à décembre 2009. Nous avons recensé 61 dossiers de consultants pour tentative de suicide (TS).

Nous avons recueilli pour chaque patient :

- Les données sociodémographiques : âge, sexe, lieu de résidence, état civil, fratrie, habitudes, niveau socio-économique,
- Les données cliniques : l'attitude vis-à-vis de la tentative de suicide, le diagnostic retenu sur l'axe I selon le manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM-IV), les traits de personnalité, le traitement médicamenteux prescrit, la qualité du suivi ;
- Les données concernant la scolarité ;
- Les données concernant la tentative de suicide : le lieu, le moyen utilisé, les prodromes, les circonstances de survenue, la signification.

Le traitement informatique des données recueillies a été réalisé par le logiciel SPSS. L'étude comparative s'est basée sur le test de Chi2 et le test de Fischer (si effectif théorique < 5), avec un seuil de significativité fixé à 5 %.

RÉSULTATS

1- Étude descriptive de la population :

1-1- Prévalence des tentatives de suicide :

Les suicidants ont représenté 3,75 % du total des consultants (61/1623).

1-2- Caractéristiques sociodémographiques :

La moyenne d'âge était de 19,7 ans avec un minimum de 14 ans et un maximum de 26 ans. Le sex-ratio était de 0,41. Le nombre moyen de la fratrie était de 4. Les autres caractéristiques sociodémographiques sont représentées dans le tableau 1.

1-3- Scolarité:

a- Répartition selon les caractéristiques de la scolarité : Tableau 2.

b- Antécédents de redoublement : 72,1 % des cas, avec un nombre moyen d'années de redoublement de 2,5 ans.

c- Choix de la section ou de la filière : il était délibéré dans 73,8% des cas.

La filière a été imposée sur conseil des enseignants, au vu du cursus scolaire, dans 3,3 % des cas. Elle a été imposée par la famille dans 1,6 % des cas.

Tableau 1 : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques

Variable		Nombre	%
Sexe	Masculin	18	29,5
	Féminin	43	70,5
Etat civil	Célibataire	61	100
Origine géographique	Urbaine	32	52,5
	Rurale	29	47,5
Niveau socio-économique	Bas	27	44,3
	Moyen	34	55,7
	Elevé	0	0
Lieu de résidence	Avec les parents	44	72,1
	Foyer universitaire	6	9,8
	Internat	5	8,2
	Location	4	6,6
	Autres	2	3,3
	Rang dans la fratrie	Aîné	21
	Benjamin	9	14,8
	Cadet	28	45,9
	Fils ou fille unique	3	4,9
Activité professionnelle	Non	57	93,4
	Oui :		
	Saisonnière	2	3,3
	Régulière	2	3,3
Activité de loisir	Non	55	90,2
	Oui :		
	Sport collectif	3	4,9
	Sport individuel	2	3,3
Danse		1	1,6
	Tabac	Oui	7
	Non	54	88,5
Alcool	Oui	4	6,6
	Non	57	93,4

Tableau 2 : Répartition selon les caractéristiques de la scolarité

Variable		Nombre	%
Etudes	2 ^{ème} cycle enseignement de base	7	11,5
	Secondaires	38	62,3
	Supérieures 1 ^{er} cycle	12	19,6
	Supérieures 2 ^{ème} cycle	4	6,6
Résultats	Bons	9	14,8
	Moyens	26	42,6
	Faibles	26	42,6
Problèmes relationnels au sein de l'établissement	Non :	23	37,7
	Oui :		
	Avec les enseignants	3	4,9
	Avec les amis	4	6,6
	Fléchissement scolaire	31	50,8

d- Au cours de la scolarité :

* réorientation dans 3,3 % des cas,

* "année blanche " dans 8,2 % des cas,

* changement d'établissement dans 4,9 % des cas.

1-4- Les antécédents médicaux:

a- familiaux :

* Antécédents de suivi médical ou d'hospitalisation psychiatrique: 9,8 %

* Antécédents de tentative de suicide : 3,3 % (il s'agit dans tous les cas de cousins).

b- Personnels :

*Antécédents somatiques : 24,6 %

*Antécédents psychiatriques : 18 % des cas avec 4,9 % trouble de l'adaptation, 3,3 % trouble dépressif majeur, 3,3 % trouble de conversion, 1,6 % trouble dysthymique, 1,6 % schizophrénie et dans 3,3 % des cas le diagnostic n'a pu être précisé. La notion d'hospitalisation en psychiatrie a été trouvée dans 4,9 % des cas, et l'âge moyen de début du trouble était de 17,8 ans (un minimum de 13 ans et un maximum de 23 ans).

*Antécédents de tentative de suicide : 18 % des cas avec en moyenne 1,6. L'âge de la première tentative était en moyenne de 18,6 ans.

*Antécédents judiciaires : 6,6 %.

*Enfance difficile : 36,1 % des cas (11,5 % divorce des parents, 6,6 % maltraitance, 6,6 % décès de l'un des parents, 1,6 % maladie des parents et 9,8 % autres causes).

1-5- Données concernant la tentative de suicide :

a- Répartition selon les caractéristiques de la tentative de suicide : tableau 3

Tableau 3: Répartition selon les caractéristiques de la TS

Variable		Nombre	%	
Lieu	Domicile	51	83,6	
	Lycée ou faculté	1	1,6	
	Autre lieu	7	11,5	
	Non précisé	2	3,3	
Prodromes	Impulsivité	56	91,8	
	Acte prémédité	5	8,2	
Moyen utilisé	Médicaments	43	70,6	
	Phlébotomie	1	1,6	
	Défenestration	1	1,6	
	Ingestion de toxiques	12	19,7	
	Strangulation	3	4,9	
	Noyade	1	1,6	
Retentissement somatique	Sans gravité	53	86,9	
	Grave	8	13,1	
Circonstances déclenchantes	Absence de circonstances particulières	5	8,2	
	Rupture sentimentale	8	13,1	
	Conflit familial	25	41	
	Conflits avec un ou plusieurs amis	7	11,5	
	Echec ou fléchissement scolaire	10	16,4	
	Difficultés financières	1	1,6	
	Autres	5	8,2	
	Signification	Souhait de mort	12	19,7
		Appel à l'aide	23	37,7
		Lutte contre l'angoisse	19	31,1
Moyen de chantage		3	4,9	
	Non exprimée	4	6,6	

b- Les patients ont été hospitalisés au service des urgences dans 78,7 % des cas, et dans un service de psychiatrie dans 14,8 % des cas.

1-6- Données cliniques :

a- Le motif de la première consultation était la tentative de suicide dans 95,1 % des cas.

b- L'origine de la demande émanait des médecins du service de SAMU dans 63,9 % des cas et des médecins des urgences médicales dans 11,5 % des cas.

c- Répartition selon les données cliniques (tableau 4).

Tableau 4 : Répartition selon les données cliniques

Variable		Nombre	%
Diagnostic nosographique	Trouble dépressif majeur, épisode isolé	12	19,6
	Trouble de l'adaptation	37	60,6
	Trouble bipolaire type II	1	1,6
	Schizophrénie	5	8,3
	Trouble anxieux non spécifié	1	1,6
	Trouble de conversion	5	8,3
Traits de personnalité	Schizoïde	2	3,3
	Antisociale	1	1,6
	Borderline	2	3,3
	Histrionique	21	34,5
	Paranoïaque	1	1,6
Attitude vis-à-vis de la TS	Dépendante	1	1,6
	Non précisés	33	54,1
		14	23
Indifférence	Indifférence	2	3,3
	Réticence	2	3,3
	Négation	42	68,8
	Regret		
	Intention de faire une autre TS	1	1,6

d- Un traitement anxiolytique a été prescrit dans 86,9 % des cas, un anti-dépresseur dans 24,6 % des cas, un neuroleptique dans 8,2 % des cas et un thymorégulateur dans 6,6 % des cas.

e- Cinquante-deux virgule cinq pour cent des suicidants ont consulté une seule fois (aucun suivi). Le suivi était régulier dans 8,2 % des cas.

f- La rémission était partielle dans 36,1 % des cas et complète dans 11,5 % des cas.

2- Etude Corrélative:

2-1- Le sexe : Le sexe masculin était corrélé à la consommation de tabac ($p=0,010$) et à la prise d'alcool ($p=0,001$).

2-2- La clinique:

*Le diagnostic de schizophrénie était, significativement corrélé au rang cadet dans la fratrie ($p=0,011$), à l'antécédent d'hospitalisation en psychiatrie ($p=0,000$) et à l'absence de circonstance déclenchante de la TS ($p=0,000$).

* une TS réactionnelle à un trouble de l'adaptation était corrélée à l'absence d'antécédents personnels psychiatriques ($p=0,012$), à la non hospitalisation en psychiatrie ($p=0,011$) et à la présence de circonstance déclenchante ($p=0,004$).

* Le diagnostic de dépression n'était corrélé à aucune variable.

DISCUSSION

Les suicidants ont représenté 3,75 % du total des consultants. Des chiffres similaires sont retrouvés dans les rares publications tunisiennes antérieures [1-3]. Ces taux très bas pourraient s'expliquer par des considérations religieuses et culturelles. Sur un effectif de 61 adolescents, la majorité était de sexe féminin, soit un pourcentage de 70,5 %. Ce résultat est conforme aux données de la littérature [4, 1, 5].

Plus de la moitié (50,8 %) des consultants avait un

fléchissement scolaire. Des antécédents de redoublement étaient notés dans 72,1 % des cas. Ces faits soulignent l'importance du fonctionnement scolaire en tant qu'indicateur de santé de l'adolescent [6]. L'échec scolaire est potentiellement gênant, il entraîne des difficultés relationnelles, fragilise l'équilibre de l'adolescent et ses moyens de défense, et peut contribuer au passage à l'acte suicidaire.

La totalité des malades présentait une affection psychiatrique caractérisée (axe I du DSM IV). Le trouble de l'adaptation est le plus représenté (37/61) et, est probablement en lien avec les difficultés psychologiques inhérentes à l'adolescence.

Les moyens les plus utilisés étaient l'intoxication médicamenteuse (70,5 %) et l'ingestion de caustiques (19,7 %). Le recours majoritaire à l'ingestion médicamenteuse a été retrouvé dans de nombreux travaux et ce pour des populations de cultures différentes : en Tunisie [3], en France [7] et au Congo [8]. Il n'y a pas de parallélisme strict entre la gravité de l'acte suicidaire en termes de vie ou de mort, l'intensité du désir de mort et la gravité des perturbations psychopathologiques observées chez l'individu suicidant. Toutefois, l'importance de l'attaque corporelle (défenestration, arme à feu, etc) représente un facteur de gravité certain [9, 10].

La tentative de suicide était impulsive dans 91,8 % des cas. La dimension impulsive est souvent notée comme facteur facilitant du passage à l'acte. Un bon nombre de jeunes déclarent qu'une heure avant leur geste, ils ne savaient pas encore qu'ils allaient « faire ça ». Pour cette raison, l'intentionnalité suicidaire a été souvent mise en cause chez les adolescents [9]. La répartition des adolescents selon les motifs de la conduite suicidaire met en évidence une prédominance des conflits familiaux 41 % des cas. La qualité des relations familiales apparaît ainsi comme un facteur déterminant dans les conduites suicidaires. En revanche, le niveau socioculturel de la famille, à lui seul, n'est pas un élément discriminant.

Soixante virgule six pour cent des tentatives de suicide étaient

réactionnelles à un trouble de l'adaptation. Un trouble dépressif était présent dans 19,6 %. Ce résultat rejoint ceux de la littérature qui retrouve en population clinique 10 à 40 % de dépression [7, 11] chez les adolescents suicidants. Il existe une corrélation nette entre dépression et tentative de suicide à l'adolescence [12, 13]. Il ne faut toutefois pas en déduire que la dépression constitue en soi la cause du comportement suicidaire. Une enquête prospective aux Etats-Unis [14] a révélé que 70 % des adolescents souffrant d'un état dépressif majeur ont manifesté dans les trois années suivantes un comportement suicidaire.

Dans notre étude, le diagnostic de schizophrénie était significativement corrélé à l'absence de circonstance déclenchante de la tentative de suicide. En effet, la tentative de suicide chez le schizophrène a un caractère bizarre; elle fait partie du tableau de la désorganisation psychique où elle prend son sens : réaction ou lutte contre l'angoisse, auto mutilation, liaison avec le vécu délirant. Notre étude a montré un taux de suivi assez faible : 52,5 % des suicidants sont perdus de vue après la première consultation. Consulter un psychiatre, est encore considéré comme tabou et il est fortement culpabilisant pour les parents.

CONCLUSION

La prévalence des tentatives de suicide du lycéen et de l'étudiant Tunisien est faible et renvoie probablement à des considérations socioculturelles. Il s'agit souvent d'une jeune fille ayant des difficultés scolaires et des troubles de l'adaptation, accomplissant sa tentative de suicide de façon impulsive, à domicile, par ingestion médicamenteuse.

Ce profil du suicidant souligne l'intérêt majeur de la communication intrafamiliale, et de la généralisation des cellules d'écoute instituées actuellement dans certains établissements scolaires et universitaires.

Références

1. Halayem S., Bouden A., Othman S., Halayem M.B. Profil du suicidant en population clinique : une expérience Tunisienne. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009, doi:10.1016/j.
2. Lazreg F., Ben Abdelaziz A., Gaha R., Ghedira A., Boussaadia A., Ghannem H. Comportements et besoins de santé des adolescents scolarisés dans la ville de Sousse (Tunisie). *Tunis Med* 2005; 83: 713-38.
3. Walha A., Hachicha H., Ghribi F. Les facteurs de risque des tentatives de suicide en Tunisie. À propos de 50 cas d'enfants et d'adolescents suicidants dans la ville de Sfax. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 2005; 9: 23-8.
4. Delbrouck P. Idées ou conduites suicidaires. *Impact internat : psychiatrie-médecine légale et toxicologie* 1999; 62: 15-7.
5. Yéo-Tenena YJM., Yaoa Y.P., Bakayokob A.S., et al. Étude descriptive des conduites suicidaires des adolescents à Abidjan. *Encéphale* 2010; 36:41-47.
6. Delvenne V. Les tentatives de suicide chez les adolescents. *Rev Med Brux* 2005 ; 26 : S 229-32.
7. Laurent A, Bosson JL, Bost M, Boucharlat J. Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents : à propos de 102 observations dans un service de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1992; 41: 198-205.
8. Harrington R. Depression and suicidal behaviour in children. In: Harrington R, editor. *Psychiatry*. Oxford, The Medicine Publishing Company, 2005 : 85-8.
9. Alvin P, Marcelli D. *Médecine de l'adolescent*. Paris, Masson, 2005 : 163-175.
10. Caron-Lefèvre M. les tentatives de suicide graves à l'adolescence. In: Jeammet P, Birot E. *étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris, PUF, 1994 : 193-204.
11. Nruham L, Larsson BO, Sund AM. Predictors of suicidal acts across adolescence: Influences of familial, peer and individual factors. *J Affect Disord* 2008; 109: 35-45.
12. Brent D, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatr* 1998; 45: 581-8.
13. Mouttia C, Fischer W, Ladame F. Caractéristiques cliniques d'une cohorte d'adolescents suicidants : résultats préliminaires d'une étude prospective. In: Lkadame F, Ottino J, Pawlak C, editors. *Adolescence et suicide*. Paris, Masson, 1995: 67-73.
14. Myers K, McCauley E, Calderon R, Treder R. The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1991; 30: 804-10.