

Urgences psychiatriques : Facteurs associés aux tentatives de suicide

Psychiatric emergencies : Factors associated with suicide attempts

Rim Gniwa Omezzine¹, Rim Ben Soussia², Walid Bouali², Asma Sriha Belguith³, Samira Younes², Lazhar Zarrouk²

1- Département de Médecine de Famille/ Faculté de Médecine de Monastir

2- Service de Psychiatrie/ EPS Taher Sfar Mahdia/ Faculté de Médecine de Monastir

3- Service de Médecine Préventive et d'Epidémiologie/ EPS Fattouma Bourguiba- Monastir/ Faculté de Médecine de Monastir

RÉSUMÉ

Introduction : Parmi les urgences psychiatriques, la tentative de suicide (TS) représente un motif fréquent de consultation. L'ampleur de ce phénomène n'est pas uniquement liée à sa fréquence croissante ou à la mise en jeu du pronostic vital, mais aussi aux conséquences psychosociales du geste suicidaire aussi bien sur le patient que son entourage.

Objectifs : Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la prévalence des tentatives de suicide chez les patients consultants aux urgences et d'identifier les facteurs associés.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale réalisée au service des urgences médicales de l'hôpital universitaire de Tahar Sfar Mahdia durant une période de 03 mois (allant du Juillet 2018 au Septembre 2018), incluant les consultants pour lesquels un avis psychiatrique a été sollicité.

Résultats : 44 tentatives de suicide ont été répertoriées durant la période d'étude, soit une prévalence de 0,5 % du total des urgences médicales et 27,1 % de celles psychiatriques. L'âge moyen des patients était de 26,6 ans \pm 9,6 avec une prédominance féminine (sex ratio = 0,29). L'intoxication était le procédé suicidaire le plus utilisé (93,2 %). Plusieurs facteurs étaient significativement associés à la survenue de tentative de suicide : l'âge jeune, le sexe féminin, le niveau d'instruction secondaire, le statut d'étudiant, la présence d'antécédents familiaux et personnels de tentative de suicide ou d'un facteur déclenchant, la provenance de la demande d'examen d'un médecin.

Conclusion : Cette étude met en exergue un profil particulier de patients à haut risque suicidaire, une action codifiée est à entamer, incluant tous les intervenants de la santé et l'entourage du patient pour prévenir sa survenue.

Mots-clés

Tentative de suicide ; Prévalence ; Facteurs associés

SUMMARY

Background: Among psychiatric emergencies, suicide attempt is a frequent reason for consultation. The magnitude of this phenomenon is not only related to its increasing frequency or life-threatening, but also to the psychosocial consequences of suicidal gesture both on the patient and his entourage.

Objectives: To determine the prevalence of suicide attempts in psychiatric emergency department patients and to identify associated factors.

Methods: This is a cross-sectional study carried out in the emergency department of Mahdia University Hospital during a three months period, including consultants for whom a psychiatric opinion was solicited. Regarding statistical analyzes, we studied associations between suicide attempt and sociodemographic, contextual, anamnestic and clinical variables.

Results: Forty-four suicidal patients were included, with a prevalence of 0.5% of all emergencies. The patients mean age was 26.6 years with a female predominance (sex ratio = 0.29). Self-induced intoxication was the most widely used method (93.2%). Reactional suicidal attempts accounted for 75%. Many factors were significantly associated with suicide attempts: young age, female gender, secondary level of education, students, presence of trigger factor, family and personal history of suicide attempt and the provenance of the examination request from a physician.

Conclusion: This study highlights a particular profile of patients at high risk of suicide, a codified action is to begin, including all health care providers to prevent its occurrence. This primary prevention is only possible through the identification of risk factors associated with it.

Key-words

Suicide attempt ; Prevalence ; Risk factors

INTRODUCTION

Parmi les urgences psychiatriques, les conduites suicidaires représentent un sujet de préoccupation de plus en plus important et constituent actuellement un problème majeur de santé publique. En effet, on estime que 9 % de la population mondiale avait eu au moins une fois dans leur vie des idées suicidaires et qu'au moins 3 % ont réalisé une tentative de suicide (TS) [1,2].

En Tunisie, de nombreux travaux existent en épidémiologie concernant la question des conduites suicidaires, mais peu impliquent des suivis de longue durée sur de grands effectifs. L'ampleur de ce phénomène n'est pas uniquement liée à sa fréquence croissante ou à la mise en jeu du pronostic vital, mais aussi aux conséquences psychosociales du geste suicidaire aussi bien sur le patient que son entourage [3-5]. L'identification des facteurs de risque liés aux TS constituerait ainsi un important moyen de prévention de suicide.

Dans ce cadre, nous avons mené cette étude dont les objectifs ont consisté à déterminer la prévalence des TS chez les patients consultants aux urgences, décrire le profil sociodémographique et clinique des suicidants et d'identifier les facteurs associés aux TS.

METHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée au service des urgences de l'hôpital universitaire Tahar Sfar Mahdia durant une période de 03 mois (allant du 01 Juillet 2018 au 30 Septembre 2018).

Population d'étude

Critères d'inclusion : Age supérieur ou égal à 18 ans ; Les consultants au service des urgences médicales de l'hôpital universitaire Tahar Sfar Mahdia pour lesquels un avis psychiatrique a été sollicité.

Critères d'exclusion : Patients difficiles à évaluer en raison de l'importance de leurs séquelles somatiques d'autolyse.

Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire préétabli auprès des consultants et en utilisant leurs fiches médicales et complétées, le cas échéant, à partir des dossiers médicaux pour ceux hospitalisés au service de psychiatrie. Tous les patients ont été examinés par le psychiatre de garde en se basant sur un entretien psychiatrique. Un consentement du consultant après

information quant aux objectifs de l'étude a été effectué.

Nous avons recueilli pour chaque patient :

- Les données sociodémographiques : âge, sexe, état civil, niveau d'instruction, situation professionnelle, niveau socioéconomique, antécédents personnels et familiaux.
- Les données concernant la tentative de suicide : le lieu, le moyen utilisé, le facteur déclenchant, les circonstances de survenue, l'intentionnalité du geste suicidaire, l'attitude vis-à-vis de la tentative de suicide.
- Les données cliniques : la décision dans l'immédiat, l'orientation des consultants, les modalités d'hospitalisation, la durée de cette dernière et le diagnostic retenu selon le manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM-V) [6].

Saisie et analyse de données

Les données obtenues dans les questionnaires étaient codées, saisies puis analysées via le logiciel SPSS 21.0 pour Windows.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse descriptive des patients ayant fait une tentative de suicide. Les variables qualitatives ont été résumées en termes de fréquences et de pourcentages, et les variables quantitatives par la moyenne et l'écart-type.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une analyse univariée afin d'étudier l'association entre la présence de tentative de suicide (variable dépendante binaire) et diverses variables recueillies à travers cette étude (sociodémographiques, contextuelles, anamnestiques et cliniques). Ces variables indépendantes étaient majoritairement qualitatives dichotomiques. Les variables quantitatives ont été transformées en variables catégorielles. La signification statistique de ces associations a été jugée par le test de Chi² au seuil de 5 %.

RESULTATS

162 urgences psychiatriques ont été répertoriées durant la période d'étude, dont 44 cas de tentatives de suicide (TS), soit une prévalence de 0,5 % du total des urgences médicales et 27,1% de celles psychiatriques.

Caractéristiques de la population d'étude

L'âge des suicidants variait de 18 à 64 ans avec une moyenne de 26,64 ans et un écart-type de 9,61. La population âgée de 18 à 24 ans était la plus touchée avec un taux de 59,1%. Le sex- ratio (H/F) était de 0,29 soulignant une nette prédominance féminine (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des suicidants

Caractéristiques	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Age		
Moyenne (écart-type)	26,64 (9,61)	
Tranches d'âge		
- 18 – 24	26	59,1
- 25 – 34	10	22,7
- 35 – 44	06	13,6
- 45 – 54	01	2,3
- 55 – 64	01	2,3
Sexe		
- Masculin	10	22,7
- Féminin	34	77,3
Niveau d'instruction		
- Aucun	03	6,8
- Primaire	18	40,9
- Secondaire	20	45,5
- Supérieur	03	6,8
Statut Marital		
- Célibataire	30	68,2
- Marié(e)	12	27,3
- Divorcé(e)	02	4,5
Situation professionnelle		
- Absence d'activité	22	50
- Ouvrier(e)	04	9,1
- Journalier(e)	05	11,4
- Étudiant	06	13,6
- Fonctionnaire	05	11,4
- Cadre	01	2,3
- Retraité	01	2,3
Couverture sociale		
- Présence	19	43,2
- Absence	25	56,8

Les antécédents familiaux psychiatriques ont été notés chez 20,4 % des suicidants, parmi lesquels les TS étaient présentes dans 77,7 % des cas. Les antécédents personnels psychiatriques ont été retrouvés chez 22,7 % des suicidants parmi lesquels les TS représentaient 70 % des cas.

Les demandes de consultation aux urgences émanaient dans 54,5% des cas d'un membre de famille, dans 22,7% des cas du patient lui-même et dans 11,4% des cas par le médecin traitant.

Caractéristiques des tentatives de suicide

L'intoxication était le procédé suicidaire le plus fréquemment retrouvé (93,2 %) (Figure1). Les médicaments, les raticides et les insecticides étaient les produits d'intoxication les plus utilisés avec des taux respectifs de 65,9%, 17,1% et 14,6% des cas (Figure 2). Les antalgiques et les anti-inflammatoires correspondaient aux médicaments les

plus utilisés chez les suicidants inclus dans notre étude (34,1%). L'ingestion volontaire des psychotropes, avec une fréquence relative de 18,2%, vient juste après l'usage des antalgiques et des anti-inflammatoires.

Le facteur déclenchant consistait à des problèmes avec le groupe de support principal (conflit avec le conjoint, divorce, séparation...), suivis de ceux liés à l'éducation avec respectivement 63,6 % et 11,3 % des cas (Tableau 2).

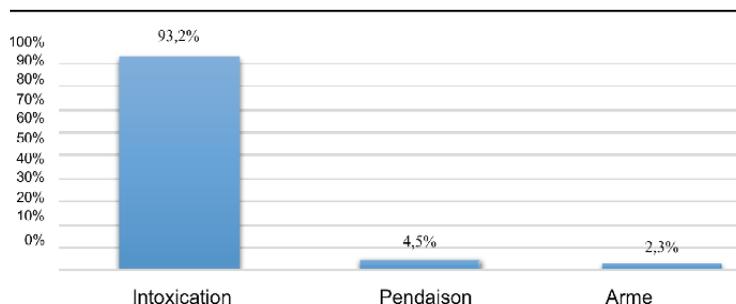


Figure 1 : Répartition des tentatives de suicide selon le procédé Suicidaire

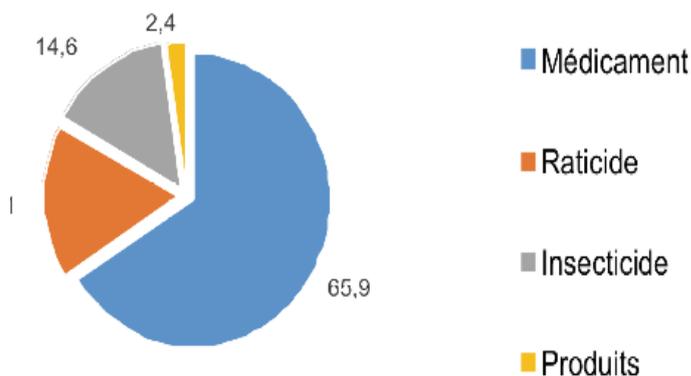


Figure 2 : Répartition des tentatives de suicide selon le produit d'intoxication utilisé

Tableau 2 : Répartition des TS selon le facteur déclenchant

Nature des facteurs	Effectif (N)	Pourcentage (%)
- Problèmes avec le groupe du support principal	28	63,6
- Problèmes lié à l'environnement social	01	2,3
- Problèmes d'éducation	05	11,3
- Problèmes professionnels	01	2,3
- Problèmes économiques	04	9,1
- Problèmes de santé	01	2,3
- Absence de facteur	04	9,1
Total	44	100

Une préméditation du geste suicidaire a été rapportée dans 15,9% des cas et la communication de l'intention suicidaire soit verbalement soit par écrit a été signalée dans 54,5 % des cas. Dans 63,6 % des cas, le regret et/ou la critique étaient les attitudes les plus adoptées par les suicidants vis-à-vis de l'acte. La présence d'un entourage adéquat et compréhensif a été notée chez 56,8% des patients.

Les diagnostics psychiatriques syndromiques retenus étaient par ordre décroissant une TS réactionnelle (75 %), un syndrome dépressif (13,6%) et un syndrome anxieux (6,8 %) (Tableau 3)

Tableau 3 : Répartition des cas de TS selon le diagnostic psychiatrique syndromique

Syndrome psychiatrique	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Syndrome dissociatif	01	2,3
Syndrome délirant	01	2,3
Syndrome dépressif	06	13,6
Syndrome anxieux	03	6,8
Tentative de suicide réactionnelle	33	75
Total	44	100

Décision thérapeutique et suivi en milieu hospitalier

Sur l'ensemble des 44 TS, les psychothérapies de soutien et d'écoute étaient les moyens thérapeutiques les plus utilisés chez ces patients (95,4 % des cas). La décision d'orientation à la consultation de psychiatrie a concernée 25% des suicidants, l'hospitalisation en milieu psychiatrique a été indiquée chez 22,7% des suicidants (n=10). Les hospitalisations ont été effectuées sans consentement dans 15,9 % des cas. L'hospitalisation sous contrainte était indiquée chaque fois que les conditions d'hospitalisation d'office étaient réunis (l'urgence des soins, la dangerosité pour soi et la difficulté d'avoir le consentement pour les soins).

Les diagnostics psychiatriques retenus selon les critères du DSM 5 pour les patients hospitalisés étaient par ordre de fréquence : Trouble dépressif caractérisé (50%); Trouble de l'adaptation (30%) ; Trouble de la personnalité (30%) et Schizophrénie (20%).

Facteurs associés aux tentatives de suicide

Dans cette partie, nous avons comparé le groupe de patients ayant eu des TS (N = 44) à ceux qui ont consulté pour autre urgence psychiatrique (N = 118). Plusieurs

facteurs ont été associés à la TS de façon statistiquement significative. Parmi ces variables, on retrouve des facteurs sociodémographiques, notamment l'âge jeune, le sexe féminin, le niveau d'instruction secondaire et une situation professionnelle d'étudiant.

Pour les variables contextuelles, la présence d'un facteur déclenchant, la provenance de la demande d'un médecin étaient significativement associées à la TS. Par ailleurs, la présence d'antécédents familiaux de TS et d'antécédents personnels psychiatriques et de TS étaient aussi associés de façon significative à la TS. Sur le plan clinique, la réaction à un événement déclenchant était le seul diagnostic syndromique associé à la TS (Tableau 4).

Tableau 4 : Facteurs associés aux TS

Variables	Degré de signification (p)
Sociodémographiques	
<i>Tranche d'âge [18 - 24]</i>	<10 ⁻³
<i>Sexe féminin</i>	<10 ⁻³
<i>Niveau d'instruction secondaire</i>	0,005
<i>Célibataire</i>	0,039
<i>Étudiant</i>	<10 ⁻³
<i>Sans profession</i>	0,8
Contextuelles	
<i>Présence d'un facteur déclenchant</i>	<10 ⁻³
<i>Provenance de la demande du médecin</i>	<10 ⁻³
Anamnestiques	
<i>Antécédents familiaux de TS</i>	<10 ⁻³
<i>Antécédents personnels Psychiatriques</i>	<10 ⁻³
<i>Antécédents personnels de TS</i>	<10 ⁻³
Cliniques	
<i>TS réactionnelle</i>	<10 ⁻³
<i>Syndrome dissociatif</i>	0,4
<i>Syndrome délirant</i>	0,4
<i>Syndrome dépressif</i>	0,09
<i>Syndrome anxieux</i>	0,07

DISCUSSION

Discussion méthodologiques

Points Forts : Une attention croissante est portée ces dernières années à l'étude des conduites suicidaires. Il est alors nécessaire de s'attacher à reconnaître le plus précocement possible les signes annonciateurs ou les facteurs de risques d'une éventuelle TS. Ainsi, l'ampleur de ce phénomène suicidaire, sa fréquence croissante et la mise en jeu du pronostic vital nous a incité à mener cette étude.

Notre travail était basé sur une enquête transversale, approche constituant une investigation destinée à appréhender des phénomènes présents au moment de l'enquête et ayant certes l'avantage d'être facile à exécuter.

Limite de l'étude : Sur le plan méthodologique, notre étude était sujette à un biais de sélection. Ce biais était en rapport avec l'existence d'un certain nombre des patients non répertoriés dans notre travail, vu que ces patients avaient consulté pour un motif psychiatrique mais non vu par le psychiatre de garde. Cette non-exhaustivité du nombre des consultants est liée à un défaut de communication entre l'urgentiste et le psychiatre. Par conséquent, notre échantillon ainsi constitué ne pourrait pas être représentatif de toute la population de suicidants s'adressant aux urgences. Des études ultérieures, notamment prospectives seraient envisagées afin de mieux analyser ce phénomène.

Discussion des résultats

Caractéristiques de la population d'étude

La majorité de notre population était de sexe féminin avec une fréquence relative de 77,3% et un sex-ratio (H/F) de 0,29. Une enquête initiée sous l'égide de l'antenne européenne de l'OMS dans quinze centres différents situés dans treize pays (France, Suisse, Italie, Espagne, Finlande, Autriche, Pays-Bas, Danemark, Royaume-Uni, Norvège, Suède, Hongrie et Allemagne), menée de 1989 à 1992, montre une surreprésentation féminine dans les tentatives de suicide avec un sex-ratio global de 1,5 [7]. Une étude tunisienne menée auprès de 61 adolescents, a montré que la majorité était de sexe féminin, soit un pourcentage de 70,5 % [8].

Dans notre étude l'âge moyen était de 26,64 ans, la première tranche d'âge des 18-24 ans représentait l'effectif de classe le plus important (59,1%) et la majorité des suicidants de notre échantillon (81,8%) avait un âge inférieur à 35 ans. Au-delà de l'âge de 45 ans, nous avons enregistré seulement deux patients suicidants. Les données de notre travail en rapport avec la variable âge concordent avec celles retrouvées dans l'étude multicentrique française de Staikowski [9] qui a enregistré un âge moyen de 36 ans relativement avancé au notre, et une tranche d'âge la plus touchée par les tentatives de suicide est celle des 15-24 ans avec une fréquence relative de 31,4 %.

Les niveaux d'instruction primaire et secondaire avaient

respectivement des fréquences relatives de 40,9 % et 45,5%. En revanche, l'absence de « niveau scolaire » (6,8%) et le niveau universitaire (6,8%) étaient sous-représentés. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans des études nationales [8,10] avec une prépondérance de la fréquence relative du niveau secondaire qui était à 53,2% et une faible proportion de suicidants ayant un niveau universitaire (9,1%) et de ceux n'ayant aucun niveau scolaire (5,2%).

En outre, 68,2% des patients suicidants de notre échantillon étaient célibataires, alors que 27,3% étaient mariés. Les divorcés représentaient 4,5%. Les célibataires étaient également prépondérants dans l'échantillon d'étude de Hajji avec une fréquence de 74% [9].

Platt et Kreitman [11], en étudiant les tendances à long terme de la relation des tentatives de suicide avec le chômage à Edimbourg, ont conclu que le taux le plus élevé de tentatives de suicide a été constamment trouvé parmi les chômeurs de longue durée.

Caractéristiques des tentatives de suicide

Dans notre échantillon, les tentatives de suicide non préméditées prévalaient sur les tentatives de suicide préméditées et représentaient 84,1% des tentatives de suicide étudiées. Un tel constat est souligné par l'étude Amami, où 91,8 % des passages à l'acte étaient caractérisés par l'impulsivité et l'explosivité [8].

Nous constatons que plus que la moitié des patients suicidants communiquaient leur intention suicidaire avant leur tentative de suicide avec une fréquence relative de 56,8 %.

Pour le procédé suicidaire utilisé, 65,9% des patients dans notre échantillon font recours à une ingestion médicamenteuse volontaire comme premier moyen suicidaire. Le deuxième moyen était, dans 15,9% des cas, le recours à l'ingestion volontaire des raticides.

Les autres moyens, moins fréquents mais à grave létalité, utilisés exclusivement par le sexe masculin, et représentés par l'arme blanche (2,3%) et la pendaison (4,5%).

Les antalgiques et les anti-inflammatoires correspondaient aux médicaments les plus utilisés chez les suicidants inclus dans notre étude (34,1%). L'ingestion volontaire des psychotropes, avec une fréquence relative de 18,2%, vient juste après l'usage des antalgiques et des anti-inflammatoires.

Dans l'étude de Kacha, l'usage des psychotropes était repéré chez la moitié des suicidants, les produits ménagers dans 15 % des cas, et 2 % des patients ont utilisé un raticide [12].

Diverses études françaises, britanniques, marocaines et tunisiennes mettent en exergue que les intoxications médicamenteuses volontaires constituent le moyen le plus fréquemment incriminé dans les tentatives de suicide commises par les jeunes [13,14]. Les psychotropes, ainsi que les médicaments contenant du paracétamol, constituent les classes pharmacologiques communément mises en cause [15,16].

Un support principal adéquat et compréhensif a été noté chez 56,8 % des patients avec une attitude des suicidants vis à vis de l'acte à type de regrets et/ou de critique dans 63,6 % des cas. Ces facteurs sont considérés comme protecteurs contre les récurrences suicidaires. Toutefois, l'évaluation de la qualité du support principal et du domaine relationnel doit se baser sur la perception subjective du suicidaire plus que sur sa qualité réelle. C'est ainsi que dans la théorie interpersonnelle et psychologique du comportement suicidaire, deux variables apparaissent prédictives du développement des idées suicidaires et la réalisation des tentatives de suicide. Ces variables sont: le sentiment de non-appartenance à un groupe ou à une collectivité et la perception erronée que le sujet constitue un fardeau pour autrui [17].

Décision thérapeutique et suivi en milieu hospitalier

La prise en charge des suicidants était variable selon l'évaluation clinique faite au service des urgences. La décision d'orientation à la consultation de psychiatrie a concerné 25 % des suicidants et l'hospitalisation en milieu psychiatrique a été indiquée chez 22,7 % des suicidants. Ainsi, La trajectoire du suicidant mobilise donc l'ensemble du réseau des soins d'urgence et impose souvent un suivi, voire une hospitalisation en milieu spécialisé [18].

Les diagnostics psychiatriques retenus selon les critères du DSM 5 pour les patients hospitalisés étaient par ordre de fréquence : le trouble dépressif caractérisé (50 %), le trouble de l'adaptation (30 %), le trouble de personnalité (30%) et la schizophrénie (20 %).

La dépression est le premier diagnostic associé au suicide et aux tentatives de suicide. Il est rapporté qu'un trouble dépressif multiplie par 10 le risque de tentative de suicide [19]. On estime que 40 à 80 % des tentatives de suicide sont directement liées à un épisode dépressif [20].

La clinique des troubles de l'adaptation, le concept de facteur de stress et sa relation avec la survenue du trouble, offrent à cette catégorie diagnostique une place particulière en pratique psychiatrique courante. En effet,

le diagnostic des troubles de l'adaptation repose moins sur des signes cliniques spécifiques que sur l'origine et l'évolution des troubles [21]. Des taux élevés de tentatives de suicide allant de 45 à 82 %, ont été rapportés chez les patients présentant des troubles de l'adaptation [22, 23, 24]. Une étude épidémiologique réalisée à l'hôpital de Monastir a dénombré 42 % de tentatives de suicide réactionnelles à des facteurs de stress récents [25]. Les psychoses schizophréniques sont les plus fréquentes des affections psychotiques. Elles présentent un risque suicidaire accru. En effet, 4,5 % des patients de sexe masculin de notre échantillon présentaient un trouble psychotique à type de schizophrénie. Nos données restent largement sous-représentées par rapport aux données internationales où l'on estime que près de la moitié des schizophrènes réalisent une tentative de suicide au cours de leur existence, alors que 10 % à 15% parmi eux décèderaient par suicide, le risque de décès étant 50 fois plus élevé que dans la population générale [26].

Facteurs associés aux tentatives de suicide

Dans cette population, plusieurs facteurs de risque ont pu être individualisés tel que le sexe féminin qui était associé au comportement suicidaire. L'âge jeune (tranche d'âge entre 18 et 24 ans), le statut marital célibataire, l'abandon précoce de la scolarité et une activité professionnelle de type étudiant ont été statistiquement associés à la survenue de TS. Ces facteurs de risque d'ordre sociodémographiques, confirment les résultats d'études antérieures [27,28,29].

La présence d'antécédents familiaux de TS ou personnels de troubles psychiatriques et surtout de TS étaient associés à la survenue de TS. Ceci serait vraisemblablement en rapport avec la sévérité et le caractère endogène de la pathologie psychiatrique sous-jacente ainsi qu'avec la dynamique familiale qui peut interférer avec l'éclosion des conduites suicidaires.

Notre étude souligne la présence d'un facteur déclenchant comme facteur associé et précipitant au passage à l'acte suicidaire. En effet, des auteurs s'intéressant à la semaine précédant la TS ont constaté un nombre important de patients rapportant un conflit interpersonnel avec une personne-clé, 48 heures avant le geste. Les thèmes principalement évoqués sont les violences physiques, l'infidélité, l'indifférence affective, les problèmes disciplinaires avec les parents ou la loi. D'après eux, il existe généralement une dépendance affective et une forte

hostilité dans les motivations suicidaires, ce qui semble indiquer des dispositions de personnalité particulière [30,31].

La provenance de la demande d'évaluation spécialisée d'un médecin a été associée à la survenue de TS. En effet, depuis 1997, Hirschfeld et Russell, ont mentionné qu'environ deux tiers des personnes suicidées avaient rencontré un médecin le mois qui a précédé l'acte [32].

Ceci incite à impliquer en particulier les médecins de première ligne dans le dépistage et l'orientation des patients présentant des idées suicidaires.

Par ailleurs, les caractéristiques cliniques retenues dans notre étude comme étant associées au comportement suicidaire étaient seulement le contexte réactionnel à un facteur de stress. Nous n'avons pas objectivé d'associations statistiquement significatives entre le syndrome dépressif ou anxieux et la TS. Ces résultats ne sont pas concordants avec ceux de la littérature [33,34]. Ceci pourrait être expliqué par l'effectif réduit de notre population d'étude. D'autres facteurs cliniques ont été cités dans la littérature, tels que l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives ou les antécédents de victimisation [35]. Ces facteurs n'ont pas été soulevés dans cette étude, malgré que dans la littérature internationale, une association importante est souvent mentionnée entre abus des substances et conduites suicidaires. La non-investigation de ces facteurs est probablement liée à leur sous-estimation, au contexte juridique et social tunisien (des lois jugés trop répressives envers les consommateurs), à l'absence des structures adaptés aux consommateurs des substances et aussi au déni des patients et la tendance à minimiser un éventuel passage à l'acte suicidaire.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'objectiver la présence de plusieurs facteurs significativement associés à la survenue de tentative de suicide : l'âge jeune, le sexe féminin, le statut marital célibataire, le niveau d'instruction secondaire, le statut d'étudiant, la présence d'antécédents familiaux et personnels de TS ou d'un facteur déclenchant et la provenance de la demande d'examen d'un médecin. La prévention reste le seul moyen efficace pour éviter le passage à l'acte suicidaire. Cette prévention primaire n'est possible que par l'identification des différents facteurs de risque qui lui sont associés, permettant de repérer les

sujets vulnérables et par la mise en place d'une stratégie visant à les réduire et à renforcer les différents facteurs protecteurs.

REFERENCES

1. Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13- year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological medicine* 2001 Oct; 31(7): 1181-91.
2. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross- national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008;192(2): 98-105.
3. Ben Alaya M, Ben Youssef S, Ben Abdelaziz A. La Spécificités des problèmes de santé mentale dans les pays du Grand Maghreb, à travers les publications scientifiques sur la thématique du suicide. *Revue systématique. Tunisie Medicale* 2018 ; 96 (10) : 678 - 687.
4. Thomas A, Combalbert N, Fay J, Paquis J. Revue de mortalitémorbidity en psychiatrie : « suicide ou tentatives de suicide ». *Encephale* 2010; 36: 32-40.
5. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles: De Boeck et Lancier 1997 ; 13-9.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
7. Bille Brahe U, Kerkhof AJ, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lönnqvist J, Michel K, Salander Renberg E, Stiles TC, Wasserman D, Aagaard B. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997 ; 95(2): 81-6.
8. Amami O, Aloulou J, Elleuch M, Aribi L. Tentative de suicide du lycéen et de l'étudiant: Etude Tunisienne à propos de 61 cas. *Tunis Med.* 2013;91(3):175-8.
9. Staikowski et al. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Réanimation* 2008 ; 17: p. 783-789.
10. Hajji K, Marrag I, Bouanene I, Mohamed BB, Younes S, Ammar MH, Nasr M. Facteurs associés aux tentatives de suicide. *Toxicologie Analytique et Clinique.* 2016 Jun 1; 28(2): 158- 63.
11. Platt S, Kreitman N. Long term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh, 1968-1987. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990 ; 25: p.56-61.
12. Kacha F Contribution à l'étude du suicide en milieu urbain. Thèse de Doctorat en Médecine, Alger, 1971.
13. Perrot M, Weyeneth M Psychiatrie et Psychothérapie : une approche psychanalytique De Boeck 2004 ; p.437

14. Benabbas M et al. Esquisse psychopathologique du suicide en Algérie : À travers des autopsies psychologiques à l'Est Algérien (1995-2003).
15. Spadone C. et Haas L. Existe-t-il un suicide légitime. In : Suicides et Tentatives de suicide. Médecine – Sciences Flammarion 2010 ; p.31
16. Jaussent I et Perroud N De l'impossible prédiction à la détection de sujets à risque. In : Suicides et Tentatives de suicide. Médecine – Sciences Flammarion 2010 ; p.97
17. Christensen H, Batterham PJ, Mackinnon AJ, Donker T, Soubelet A. Predictors of the risk factors for suicide identified by the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. *Psychiatry Res* 2014; 219(2): 290-7.
18. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgence psychiatrique. *EMC psychiatrie* (1) 2004 ; p. 87-104.
19. Philippe Courtet et al. Suicides et Tentatives de suicide. Médecine – Sciences Flammarion 2010 ; p.223
20. Greden JF. Recurrent depression: its overwhelming burden. Treatment of recurrent depression. Review of Psychiatry. Washington DC, American Psychiatric Publishing 2001 ; 20: p.1-8
21. Anwar Mechri, Férid Zaafrane, Geneviève Khiari, Leila Gassab, Naceur Mohamed Moussi et Lotfi Gaha. Troubles de l'adaptation : étude clinique d'une population hospitalière tunisienne. *Santé mentale au Québec* 2003 ; 28 : p. 278-297
22. Bronish T, Hecht H Validity of adjustment disorder, comparison with major depression, *Journal of Affective Disorders* 1989 ; 17: p. 229-36
23. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortegz EA Adjustment disorder as an admission diagnosis, *American Journal of Psychiatry* 1995 ; 152: p.459-61
24. Kryzanovskaya A, Canterbury R Suicidal behaviour in patients with adjustment disorders, *Crisis* 2001 ; 22 : p. 125-31
25. Gaha L, Skhiri T, Bouchocha S, GAHA, L. Étude épidémiologique des tentatives de suicide hospitalisées au CHU de Monastir, *Tunisie médicale*, 1988.
26. Caldwell CB et al. Schizophrenia-a high –risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life Threat Behav* 1992 ; 22 : p.479-493
27. Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13 year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med* 2001; 31(7):1181- 91.
28. Thomas A, Combalbert N, Fay J, Paquis J. Revue de mortalitémorbidity en psychiatrie : « suicide ou tentatives de suicide ». *Encephale* 2010; 36: 32-40.
29. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, De Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007;101(1-3):27-34.
30. Brousse G, Durand Roger J, Geneste J, Jalenques I. Urgences et crises : éclosions ou résolutions ? *Ann Med Psychol* 2007; 165:729-36.
31. Horassius N, Sergent N, d'Amore AR. Quelles évaluations pour les urgences psychiatriques ? Paris: Startup 1993. p. 3-17.
32. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337(13):910-5.
33. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO world mental health surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(12): 1617-28.
34. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997—2001. *Ann Emerg Med* 2005; 46(4): 369-75.
35. Sareen J, Isaak C, Katz LY, Bolton J, Enns MW, Stein MB. Promising strategies for advancement in knowledge of suicide risk factors and prevention. *Am J Prev Med* 2014; 47(3): 257-63.