

# Evolution du risque suicidaire en Tunisie, cinq ans après la révolution de Jasmin

## Suicidal Risk evolution in Tunisia, five years after the Jasmine Revolution

Rahma Damak<sup>1</sup>, Sarah Atteb<sup>2</sup>, Rania Kammoun<sup>1</sup>, Wissal Cherif<sup>1</sup>, Feten Ellouze<sup>1</sup>, Majda Cheour<sup>1</sup>

1- Hôpital Razi/ Université Tunis El manar/ Faculté de médecine de Tunis

2- Service de psychiatrie- CHU de Fann/ Université Tunis El Manar/ Faculté de médecine de Tunis

### RÉSUMÉ

**Introduction :** Depuis la révolution de Janvier 2011, la Tunisie a connu une augmentation du nombre de suicide et de tentatives de suicide particulièrement chez les jeunes.

**Objectif :** Déterminer l'évolution du risque suicidaire onze ans après l'enquête «Santé Mentale en Population Générale : image et réalité » (SMPG) réalisée en 2005 en Tunisie.

**Méthodes :** Notre étude était de type descriptive et transversale. Elle a concerné un échantillon de 300 personnes représentatif du gouvernorat de l'Ariana. L'échantillon a été déterminé par la méthode des quotas en fonction du genre, de l'âge et du niveau d'études. Le questionnaire utilisé était composé de données socio démographiques et du Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) dans sa partie risque suicidaire.

**Résultats :** Le sexe ratio était de 1,01 et l'âge moyen de 42 ±2,26 ans. La prévalence du risque suicidaire était de 22,7%. Ce risque a été qualifié de léger dans 90% des cas, moyen dans 6% des cas et élevé dans 4% des cas. Cette prévalence du risque suicidaire avait connu une hausse de 8,8% par rapport à la première enquête SMPG de 2005 qui a permis d'estimer la prévalence du risque suicidaire à 13,9%. Le risque suicidaire était plus élevé chez les femmes ( $p=0,01$ ). Un plus grand risque suicidaire avait été noté chez les personnes sans emploi (0,008) et celles avec un revenu inférieur à 850 dinars tunisiens/mois ( $p=0,01$ ).

**Conclusion :** Des mesures préventives spécifiques devraient être mise en place par les autorités tunisiennes pour réduire ce risque.

### Mots-clés

Prévalence, risque suicidaire, MINI

### SUMMARY

**Introduction:** Since the revolution of January 2011, there was an increase in suicide and attempted suicide in Tunisia, particularly among young people.

**Aim:** To establish the suicide risk rate evolution eleven years after the SMPG 2005 survey in Tunisia, which was used to estimate the prevalence of suicide risk at 13.9%.

**Methods:** We reproduce the survey SMPG of 2005. A sample of 300 people representative of Ariana's area was determined by the method of quotas according to gender, age and level of education. The questionnaire consisted of sociodemographic data and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) in its portion suicidal risk.

**Results:** The sex ratio was 1.01. The mean age was 42 ±2.26 years. The prevalence of suicide risk was 22.7%: mild (90%), medium (6%) and high (4%). The suicide risk's prevalence had increased by 8.8% compared to the first survey SMPG in 2005.

The suicide risk rate was higher among women ( $p = 0.01$ ), among the unemployed (0,008) and those with an income below 850 Tunisian Dinar / month ( $p = 0.01$ ).

**Conclusion:** Given the increase in suicide risk between 2005 and 2016, specific preventive measures should be implemented by the Tunisian authorities to reduce this risk.

### Key-words

Prevalence, risk suicidal, MINI

---

## INTRODUCTION

---

Le 17 décembre 2010, Mohamed Bouazizi, voulant protester contre l'injustice sociale, s'était immolé par le feu, tout comme l'avait fait auparavant son ancêtre Didon. Deux semaines plus tard, il décéda. Ce marchand ambulant, devenu depuis symbole de la révolte populaire tunisienne, a été à l'origine, non seulement d'un mouvement de révolte contre le régime en place, mais également d'une succession de tentatives de suicide par immolation. Tentatives qui ont déplacé les frontières du pays puisque des cas similaires ont été enregistrés aussi bien en Algérie, qu'en Egypte ou en Lybie.

Depuis la révolution de Janvier 2011, la Tunisie a connu une augmentation du nombre de suicide et de tentatives de suicide particulièrement chez les jeunes<sup>1</sup>. Ben Khelil et al ont mené une étude incluant tous les cas de suicides entre 2007 et 2014 dans le nord de la Tunisie. Cette étude a révélé que le nombre de suicides après la révolution était 1,7 fois supérieur à celui retrouvé avant 2011 avec un taux qui est passé de 1,8 à 3,12 pour 100 000 habitants par an<sup>2</sup>.

En 2005, une enquête «la Santé Mentale en Population Générale : image et réalité» (SMPG) a été menée en Tunisie sous l'égide de l'organisation mondiale de la santé, afin d'estimer la prévalence des principaux troubles mentaux en population générale<sup>3</sup>. Au cours de cette première enquête, le risque suicidaire a été estimé à 13,9%.

Dans ce travail, nous avons voulu reproduire l'enquête SMPG et ce afin de déterminer l'évolution du risque suicidaire.

---

## METHODES

---

Notre étude était descriptive transversale. Elle a concerné un échantillon de 300 personnes représentatif du gouvernorat de l'Ariana. L'échantillon a été déterminé par la méthode des quotas en fonction du genre, de l'âge et du niveau d'études.

Les différents quotas ont été établis en se basant sur les données du dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2014 relatives au gouvernorat de l'Ariana<sup>4</sup>.

Ont été incluses dans l'enquête, les personnes habitant dans le gouvernorat de l'Ariana, âgées de 18 ans ou plus, correspondant aux quotas préétablis par la méthode d'échantillonnage choisie et ayant consenti oralement à prendre part à l'enquête et à répondre aux questions

posées. N'ont pas été inclus, les sujets hospitalisés ou qui consultaient un centre de soins, marginalisés (ceux vivant à l'écart de la société) et ceux ayant refusé de répondre aux questions.

Le questionnaire utilisé était composé de trois volets : Questionnaire d'identification semi-ouvert, permettant le recueil des données sociodémographiques.

### **Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) :**

Nous avons utilisé le M.I.N.I dans sa version 1.00 basée sur les critères diagnostiques de l'ICD-10 et traduite en arabe dialectal<sup>3</sup>. Le questionnaire du MINI est un entretien à visée diagnostique, structuré, d'une durée de passation brève, explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques à savoir les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les conduites addictives ainsi que les troubles psychotiques<sup>(5)</sup>. Cet outil présente comme avantage de faire un inventaire rapide des troubles psychiatriques, en reposant sur des éléments objectifs.

Dans la présente enquête, trois niveaux de risque suicidaire ont été recensés, conformément à ceux évalués lors de l'enquête SMPG de 2005 :

- **Risque léger** : souhait d'être mort ou vouloir se faire du mal ou tentative de suicide au cours de la vie.
- **Risque moyen** : pensée suicidaire récente ou (vouloir se faire du mal et tentative de suicide au cours de la vie).
- **Risque élevé** : tentative de suicide récente ou (pensée suicidaire récente et tentative de suicide au cours de la vie).

**Fiche complémentaire du M.I.N.I.** permet d'explorer l'impact des troubles sur la vie quotidienne, professionnelle et sociale, les causes attribuées aux troubles et les éventuels recours thérapeutiques.

Nous avons obtenu au préalable, le consentement oral à participer à l'étude auprès de tous les enquêtés. Par ailleurs, au terme de chaque questionnaire aboutissant à un diagnostic positif de risque suicidaire, les enquêteurs ont orienté la personne concernée vers le centre de soins approprié.

Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel Excel. Les données ont été analysées au moyen du logiciel SPSS dans sa version 15. Des fréquences simples et des fréquences relatives (pourcentages) ont été calculées. Les comparaisons de deux moyennes sur séries indépendantes ont été effectuées au moyen du test t de Student pour séries indépendantes. Les

comparaisons de pourcentages sur séries indépendantes ont été effectuées par le test du chi-deux de Pearson, et en cas de non-validité de ce test par le test exact bilatéral de Fisher. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

## RESULTATS

Les caractéristiques de la population d'étude sont représentées dans le tableau 1.

**Tableau 1** : caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variables	Effectif : 300	Pourcentage
Sexe ratio (Homme/Femme)		1,01
Age moyen		42 ± 2,26 ans
Niveau d'études		
Sans instruction	37	12,3
Avec instruction	263	87,7
Situation matrimoniale		
Célibataire	94	31,3
marié	206	68,7
Profession		
Oui	174	58
Non	126	42
Revenu moyen par ménage		
Moins de 350 DT	41	13,7
Entre 350 et 550 DT	64	21,3
Entre 550 et 850 DT	78	26
Entre 850 et 1600 DT	66	22
Plus que 1600 DT	51	17
Religion		
Croyant	297	99
Pratiquant	165	55

DT : Dinar Tunisien

### Prévalence et évolution du risque suicidaire :

La prévalence du risque suicidaire était de 22,7% dans notre enquête (n=68). Ce risque était classé en trois niveaux : léger (90%, n=61), moyen (6%, n=4) et élevé (4%, n=3). Cette prévalence avait connu une hausse de 8,8% par rapport à la première enquête SMPG de 2005 (Tableau 2).

Seize interviewés (5,3%) avaient déclaré avoir fait au moins une fois dans leur vie une tentative de suicide et plus de la moitié d'entre eux étaient des femmes âgées de moins de 45 ans.

**Tableau 2** : Comparaison du risque suicidaire entre 2005 et 2016

Diagnostic	Effectif (/920)	2005		2016				
		Prévalence	Effectif (/300)	Prévalence				
Léger		98	10,7%	61	20,3%			
Moyen	129	16	13,9%	1,7%	68	4	22,7%	1,4%
Risque suicidaire	Elevé	14	1,5%	3	1%			

### La prévalence du risque suicidaire selon les caractéristiques sociodémographiques :

Le risque suicidaire était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (29% versus 17% ; p=0,01). Un niveau de risque élevé n'a été retrouvé que chez les hommes (1%, n=3). Un plus grand risque suicidaire avait été noté chez les moins de 45 ans, sans différence statistiquement significative (25,6% (dont 2% de risque élevé) versus 16,8% ; p=0,07). Le risque suicidaire plus important a été trouvé chez les analphabètes et les personnes avec un niveau d'étude primaire, mais sans différence statistiquement significative (26,2% versus 22,3% ; p= 0,5). Un plus grand risque suicidaire a été constaté chez ceux sans emploi (p=0,008) spécialement les chômeurs (52%, n=14) et les femmes au foyer (32%, n=17).

Les sujets ayant un revenu inférieur à 850 dinars tunisiens avaient significativement formulé des idées suicidaire (p=0,01) (Tableau 3).

**Tableau 3** : prévalence du risque suicidaire selon les caractéristiques sociodémographiques

	Risque suicidaire +	Risque suicidaire -	p
Genre			
Femmes	29 (43)	71 (106)	0,01
Hommes	17 (25)	83 (126)	
Age			
Inférieur à 45 ans	25,6 (48)	74,3 (139)	0,07
Supérieur à 45 ans	16,8 (19)	83,1 (94)	
Niveau scolaire			
Moins de 6 ans d'études	26,2 (26)	73,7 (73)	0,5
Plus que 6 ans d'étude	22,3 (45)	77,6 (156)	
Situation maritale			
Célibataire	23,1 (28)	76,8 (93)	0,08
Mariés	21,7 (39)	78,2 (140)	
Profession			
Oui	17,2 (30)	82,7 (144)	0,008
Non	30,1 (38)	69,8 (88)	
Revenu			
inférieur à 850	26,7 (49)	73,2 (134)	0,01
supérieur à 850	26,3 (32)	72,6 (85)	
Religion			
Pratiquants	21,1 (34)	79,3 (131)	0,4
Non pratiquants	25,4 (33)	75,5 (102)	

% (effectif)

---

## DISCUSSION

---

### Evolution du risque suicidaire :

Dans notre étude, la prévalence du risque suicidaire a connu une hausse depuis l'enquête SMPG de 2005, passant ainsi de 13,9% à 22,7%, dont 4% de risque élevé. De plus, 5,3% des personnes interrogées, avaient fait au moins une fois dans leur vie une tentative de suicide. À l'échelle mondiale, les taux de prévalence sur vie sont d'environ 9,2% pour les idées suicidaires et 2,7% pour les tentatives de suicide <sup>(6)</sup>. Les tentatives de suicide représentent le plus important facteur prédictif du décès par suicide <sup>(7)</sup>.

Parmi les études nationales et internationales portant sur le suicide et les tentatives de suicide, rares sont celles qui ont étudié le risque suicidaire tel qu'il est défini dans le MINI. Pour cette raison, la comparaison de nos résultats avec ceux de la littérature paraît difficile. En revanche, les statistiques faites à l'échelle nationale et internationale concernant le suicide peuvent nous renseigner sur l'ampleur et la gravité de ce phénomène.

Dans son rapport publié en 2014 <sup>8</sup>, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Néanmoins, le suicide touche particulièrement les jeunes de 15 à 29 ans ; ce qui constitue la deuxième cause de mortalité dans cette population.

Le suicide représente 1,6 des tous les décès aux États-Unis. Selon les centres de contrôle et de prévention des maladies, 42 773 suicides ont été signalés aux États-Unis en 2014 (un taux de 13,4 / 100 000) <sup>(9)</sup>. Le suicide est responsable de plus de 58000 décès par an en Europe ; avec un taux de tentatives de suicide 20 fois plus élevé que celui du suicide.

Par ailleurs, le taux de suicide standardisé selon l'âge a affiché une baisse de 26 % au cours des 12 années concernées. Cette baisse a été observée dans toutes les régions du monde excepté dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la région Afrique et chez les hommes des pays à revenu faible et intermédiaire de la Méditerranée orientale dont la Tunisie <sup>5</sup>.

À l'échelle nationale, l'incidence du suicide en Tunisie pour l'année 2015 était de 3,27/100 000 habitants contre 3,4/100 000 habitants en 2014 ; correspondant à 365 cas de suicide en 2015 contre 372 cas en 2014 <sup>(10)</sup>. Dans une étude comparant l'évolution de suicide avant et après la

révolution sur une période de huit ans (2007-2014), dans la région du Nord de la Tunisie, le nombre de suicides a été multiplié par 1,7 et la prévalence a passé de 1,8 à 3,12 suicides pour 100 000 personnes par an <sup>(2)</sup>.

La hausse des conduites suicidaires, dans notre contexte pourrait être expliquée par plusieurs éléments.

Ces tentatives s'inscrivent souvent dans un contexte d'impulsivité et de passage à l'acte en réaction à une frustration, un sentiment d'impuissance ou une injustice. Elles représentent pour certains un moyen de pression et une garantie pour obtenir gain de cause quant à leurs demandes et revendications. C'est ainsi que depuis la révolution, on a assisté de nombreuses grèves de la faim, des immolations, des précipitations en lieux public.

D'autres facteurs pourraient également expliquer cette hausse du risque suicidaire, notamment l'existence de troubles mentaux <sup>(6)</sup>, les événements de vie négatifs <sup>(11)</sup> et l'expression plus libre et aisée sur un sujet moins tabou depuis la révolution.

Toutefois, une possibilité du chevauchement des conduites suicidaires avec celles rapportés dans l'enquête de 2005 ne peut être écartée et qui devrait être prise en considération dans l'analyse de cette hausse du risque suicidaire.

### Les caractéristiques sociodémographiques relatives aux individus présentant un risque suicidaire

Dans notre étude, nous avons noté que les femmes étaient particulièrement exposées au risque suicidaire; toutefois, un risque de type élevé n'était présent que chez les hommes. Les études disponibles dans la littérature confirment que les tentatives de suicides sont plus fréquentes chez les femmes. Au contraire, les décès par suicide sont plus souvent l'apanage des hommes <sup>6, 9, 10, 12, 13</sup>. Le pic de fréquence chez l'adulte jeune correspond à celui rapporté dans la littérature aussi bien nationale qu'internationale <sup>10, 11, 14</sup>. Cette période correspond, en effet, à une phase de projection dans l'avenir avec l'établissement de projets multiples contrastant souvent avec des conditions socioéconomiques difficiles infligeant au sujet beaucoup de stress.

Dans notre étude, le risque suicidaire était plus élevé parmi les personnes disposant d'un faible revenu et celles sans emploi. En effet, la majorité des travaux s'accordent sur le fait que le chômage soit un facteur de risque pour le suicide, tout en insistant sur la corrélation entre la profession et le niveau socioéconomique <sup>12, 13, 18</sup>. La révolution de Jasmin

a été dans ce sens une revendication au droit à l'accès au travail et à la dignité à travers un emploi honnête et correctement rémunéré.

Or depuis, on assiste en Tunisie à une baisse de la plupart des indicateurs essentiellement le PIB (produit intérieur brut), la production industrielle et l'investissement direct étranger. A ceci s'ajoutent la chute du pouvoir d'achat et des recettes générées par le tourisme. La hausse continue du taux de chômage, les inégalités sociales entre les régions et l'augmentation du taux de pauvreté, rendant, les perspectives d'avenir floues dans notre pays <sup>4</sup>.

#### Limites de l'étude :

La prudence est de mise lors des évaluations des prévalences des comportements suicidaires au cours d'enquêtes comme la nôtre. En effet, avoir des idées suicidaires est souvent une expérience momentanée, fluctuante, invisible pour autrui. D'autre part, l'envie ou pas de révéler ces conduites suicidaires dépend de nombreux facteurs comme l'âge, le genre, la religion, les normes de la société et surtout la stigmatisation qui entoure ce sujet. Etant donné que le suicide se révèle être un sujet délicat à aborder, et qu'il est parfois même considéré comme tabou dans certains pays, il est susceptible de faire l'objet d'une sous-estimation.

Le MINI, bien que traduit à l'arabe dialectal, n'a pas encore fait l'objet d'une validation. De plus, cet outil ne permet pas d'évaluer la sévérité des symptômes ni leur retentissement fonctionnel <sup>(19)</sup>.

---

### CONCLUSION

---

Vue la hausse du risque suicidaire entre 2005 et 2016, des mesures préventives spécifiques devraient être mise en place par les autorités tunisiennes pour réduire ce risque.

#### RÉFÉRENCES

- 1-Amami O, Aloulou J, Elleuch M et coll. Attempted suicide in high school and university students: a Tunisian case study of 61 cases. *Tunis Med*. 2013;91(3):175-8.
- 2- Ben Khelil M, Gharbaoui M, Farhani F et coll. Impact of the Tunisian Revolution on homicide and suicide rates in Tunisia. *Int J public health*. 2016:1-8.
- 3- Ellouze F, Ateb S, Damak R, Ellini S, Cheour M. Évolution après la révolution de jasmin des troubles mentaux en Tunisie. *PSN*. 2017 ; 2 (15) : 7 -17
- 4-Recensement général de la population et de l'habitat 2014. Institut National de la Statistique. Tunis, 2016. Disponible sur <http://www.ins.tn>
- 5- Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-31
- 6- Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- 7- Prevalence, distribution, and associated factors of suicide attempts in young adolescents : School-based data from 40 low income and middle-income countries ??-
- 8- Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. Genève: OMS; 2014.
- 9- Weber AN, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. *Med Clin North Am*. 2017 May;101(3):553-571. doi: 10.1016/j.mcna.2016.12.006.
- 10- Statistiques nationales du suicide en Tunisie pour l'année 2015. Ministère de la santé publique. Disponible sur <http://www.santetunisie.rns.tn>
- 11- Liu RT, Miller I Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2014 Apr;34(3):181-92. doi: 10.1016/j.cpr.2014.01.006.
- 12-Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*. 2017 Jun 29;17(1):234. doi: 10.1186/s12888-017-1398-8.
- 13- Huang X, Ribeiro JD, Musacchio KM, Franklin JC. Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *PLoS One*. 2017 Jul 10;12(7):e0180793. doi: 10.1371/journal.pone.0180793.
- 14- Crosby AE, Han B, Ortega LA, Parks SE, Gfroerer J; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years--United States, 2008-2009. *MMWR Surveill Summ*. 2011 Oct 21;60(13):1-22.
- 15- Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et résultats*. 2004;347:1-12.
- 16-Ghachem R, Boussetta A, Benasr A et coll. Suicide et pathologie mentale à Tunis: étude rétrospective sur 12 ans à l'hôpital Razi. *L'information psychiatrique*. 2009;85(3):281-95.
- 17-Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC et coll. Demographic risk factors of self-immolation: a case-control study. *Burns*. 2009; 35(4):580-6.
- 18- Ben Khelil M, Zgarni A, Ben Mohamed M, Allouche M, Benzarti A, Banasr A, et al. A comparison of suicidal behavior by burns five years before and five years after the 2011 Tunisian Revolution. *Burns*. 2017 Jun;43(4):858-65. doi: 10.1016/j.burns.2016.10.014.
- 19- Langevin V, Boiri S ; François M, Riou A. Mini International Neuropsychiatric interview. *Références en Santé au travail*. 2013 jui : 161-3. Disponible sur <http://www.inrs.fr>