

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA
Faculté des sciences humaines et sociales



Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme Master en Psychologie Clinique

Thème :

**Les suicidants admis au service de
psychiatrie**

Réalisé par :

- ✓ *M^{lle} BORDJAH Kahina*
- ✓ *M^{lle} CHEURFA Salima*

Encadré par :

M. LAOUDJ. M

Promotion : 2015 - 2016

Remerciement

L'achèvement de ce master marque la fin d'un périple stimulant et amochissant que je n'aurais pu accomplir sans la participation de plusieurs personnes qui m'ont épaulée et Encouragée durant ces années :

Tout d'abord, mes parents, Mustafa et Marbouha , je vous remercie des valeurs que vous m'avez inculquées, des possibilités que vous m'avez offertes, de votre soutien dans mes projets et de votre amome inconditionnel. Grâce à vous, j'ai réussi à me rendre au bout de cette aventure chemin lorsque je le perds de vue. Maman et papa, vous faites de moi une personne épanouie.

Un grand merci pour notre encadreur de ce mémoire, Mr louadj mabrouk, pour sa patience, et son aide

Et aussi on remercier toute l'Equipe du service de psychiatrie CHU de Bejaia Frantz fanon pour leur aide précieuse à toutes les étapes de la réalisation de l'étude (recrutement, prélèvement..)

Je tiens aussi à remercier Mr Farid pour son soutien et pour sa précieuse collaboration

Enfin, On tient à témoigner toute la gratitude à toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail

DEDICACES

Au terme de ces années d'études, je dédie ce modeste travail en signe de respect et de remerciement :

À mes chers parents vava et yemma qui sont la source spirituelle de mon éducation et tous ce qui j'ai appris de cette vie, grâce à leurs efflores et leurs sacrifices pour réussir durant ma vie,

A mes chers grands parents Aichouche ,Saltana et djedi Ali a3zizen

À mon très cher frère (DADA IMAD)

À mes chères sœurs (Lydia, Mayssa, Nina)

qui ont été toujours à mes cotes, et m'encouragés au cours de ces années d'études et dans la réalisation de ce travail,

A mes oncles (Meki, Yasseur, Beloumi) et leurs femme et enfants

A mes tentes (Fadila, Dawia, Barkahoume) et leurs familles

Mes copines d'enfance, qui ont été présentes pour me permettre de relaxer dans les Moments où c'était nécessaire et qui m'ont permis de décrocher en me faisant rire, je le remercie de leur soutien

A tous mes enseignants de primaire au master

A tout la famille BORDJAH

KAHINA.B.

Liste des tableaux :

Tableau n : 01	<i>Tableau récapitulatif du nombre de suicide et tentative du suicide en Algérie</i>	P37
Tableau n ; 02	<i>caractéristiques de la population d'étude</i>	P67

Liste d'abréviation :

CHU	Centre hôpital universitaire
EPH	Etablissement publique hospitalier
OMS	Organisation mondiale de santé
TS	Tentative de suicide

TABLE DES MATIERES

Table de matières

Remerciements

Dédicace

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Introduction

LE CADRE GENERALE DE LA PROBLIMATIQUE

1-la problématique.....	1
2-les hypothèses.....	5
3-définition et opérationnalisation des concepts	6

PARTIE THEORIQUE :

CHAPITRE I :

Le suicide : ses types, aspects et ses approches.

1-LA QUESTION DE SUICIDE ATREVERS L'HISTOIRE.....	8
2-DEFINITION DES CONCEPTS.....	13
2-1-<Suicide>.....	13
2-2-<Milieu psychiatrique>.....	14
3-LES TYPES DE SUICIDE.....	15
3-1-Le suicidé.....	15
3-2-Le suicidant.....	16
3-3-Le suicidaire.....	17
4-LES ASPECTS DE SUICIDE	18
4-1-Les aspects clinique de suicide.....	18
4-2- aspects culturels et religieux de suicide.....	22
5-LES APPROCHES THEORIQUE DU SUICIDE.....	26
5-1-Suicide et psychanalyse.....	26
5-2-Suicidee et neuropsychiatrie	27
5-3-Suicide et psycho-dynamique.....	29
5-4-Suicide et cognitive comportement mental.....	38

CHAPITRE III :

Suicide : épidémiologie, causes et traitements

1-EPIDEMIOLOGIE ET SUICIDE.....	32
1-1-Epidémiologie et suicide dans le monde.....	32
1-2-Epidémiologie et suicide au Maghreb.....	33
1-3-Epidémiologie et suicide en Algérie.....	34
1-4-Epidémiologie de suicide à Tizi-Ouzou et a Bejaia.....	36
2-ETIOLOGIE DE LACTE SUICIDAIRE.....	38
2-1-psychiatrie et risque suicidaire.....	38
2-2-neuropathologie et risque suicidaire.....	44
2-3-biologie et risque suicidaire.....	45
2-4-facteurs socio-familiaux et risque suicidaire.....	46
3-PSYCHOPATHOLOGIE ET SUICIDE.....	50
3-1-Suicide et névrose.....	50
3-2-Suicide et psychose.....	51
4-LES MODES OPIRATOIRE DE SUICIDE.....	53
5-LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE ET LA QUESTION DE SUICIDE.....	55
5-1-Le rôle de psychiatre en milieu psychiatrique dans la prévention de l'acte suicidaire.....	55
5-2-Le rôle de psychologue en milieu psychologue dans la prévention de l'acte suicidaire.....	56
5-3-Les prise en charge du suicide.....	59

PARTIE PRATIQUE :

CHAPITRE III :

Le cadre méthodologique

Préambule.....	65
1-La pré-enquête.....	65
2-La méthode de recherche.....	66
3-Présentation des cas clinique.....	66
4-Présentation de lieu de la recherche.....	68
5-Les outilles d'investigation.....	69
6-Déroulement de la recherche.....	71

CHAPITRE : IV

Présentation et analyse des cas

1-PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTAS	72
1-1-Cas 1.....	72
1-2-Cas 2.....	83
1-3-Cas 3.....	97
1-4-Cas 4.....	110
2-DISCUSSION DES HYPOTHESES	123
CONCLUSION	
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION
GENERALE

Introduction

Le suicide et la tentative de suicide constituent de nos jours un problème majeur de santé publique, Il est la deuxième plus fréquente cause de décès chez les jeunes, la première étant les accidents de la route. Le geste suicidaire est une question grave et constitue encore aujourd'hui une énigme redoutable pour les cliniciens, C'est un moment de rupture dans l'existence d'un être vivant ou d'un ensemble d'êtres, conséquence d'une perturbation du système de régulation assurant leur continuité et leur intégrité. C'est donc un phénomène qui se voit presque à tous les âges, quelque soit la culture ou l'origine ethnique et qui recouvre des situations très variables dans leur nature puisqu'il peut affecter les domaines corporels, psychiques et sociaux.

La fréquence du suicide et des tentatives de suicide ne cesse d'augmenter Dans le monde. Une meilleure connaissance des facteurs prédictifs du suicide permettrait d'intervenir en amont et de prendre en charge les sujets à risque. Les facteurs de risque sont multifactoriels, ils peuvent être psychosociaux (problème professionnel, rupture...). Ou pathologie psychiatrique (troubles mentaux ou de troubles de la personnalité....)

L'Algérie est confrontée de plus en plus à ce phénomène qui ne cesse de prendre des proportions alarmantes dans notre société, tenu secret et considéré comme tabou par les familles des suicidaires, bien que souvent plusieurs cas de suicide aient été cachés ou simulés par une mort accidentelle, un tabou qui est brisé ces dernier temps par les études qui ont été faite dans le but de la sensibilité de la prévention du passage a l'acte suicidaire.

L'importance de ce phénomène ne se mesure pas seulement dans les chiffres recueillis par les services hospitaliers ou de la protection civil, mais par l'absence de la prise en charge psychologique et psychiatrique qui consiste à comprendre les facteurs de risque chez suicidaires au milieu psychiatrique, sachant qu'il touche toutes tranche d'âge.

Notre recherche est focalisée sur les adultes suicidaires, réalisé au sein de service psychiatrique de CHU de Bejaia et l'hôpital afin de répondre à notre question et vérifier notre hypothèse formulées à l'aide d'une pré-enquête et de la revue des différentes théories.

Pour enrichir et éclairer le thème que nous avons abordé précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui est subdivisé en deux grandes parties :

La partie théorique : qui comporte deux chapitres, le premier chapitre qui le suicide type, aspects et approches et le deuxième chapitre qui aborde épidémiologie, cause et traitements.

La partie pratique : qui comporte deux chapitres, le premier est consacré à la méthodologie de la recherche et pour le deuxième est centré sur la présentation, analyse et discussions des résultats.

Afin de terminé notre étude de recherche, nous présentons la conclusion, la Liste bibliographiques et les annexes.

1-Problématique

La mort est le destin de toute l'être humain, elle a été interpréter comme un élément qui fait partie du néant dans l'existence, cela veut dire comme un élément qui est bien ancré dans la vie de chaque individu c'est alors à chacun d'entre nous de créer le sens de sa vie et c'est par nos actes qu'on se réalise aussi bien qu'on crée le sens de notre mort. Et les causes de cette dernière sont multiples, se défaire d'un individu a l'autre.

La mort est le propre de l'homme. Heidegger pense que seul, l'homme, «être pour la mort » (Heidegger, M, 1986.p.17) meurt, parce qu'il a conscience de sa finitude. Pour autant, la mort est rejetée de la représentation et le suicide, comme mort volontaire provoque effroi et fascination. Le suicide est une tragédie qui, d'une manière ou d'une autre, touche l'ensemble de la population : les familles et plus largement tout l'entourage, le corps médical, les professionnels de santé et socioéducatifs, les responsables politiques (Chesnais, JC, 1981.p.63). Alors parmi la cause majeure de la mort le suicide.

Pour résoudre un problème un conflit le suicide est devenu pour certains une solution, l'ultime solution face au désespoir à la souffrance et à l'angoisse, il s'agit d'un acte individuel seulement derrière cet acte existe une histoire familiale, une histoire de vie subjective singulière car du centre de l'humain il y a la relation à l'autre, une relation qui convoque l'amour, la haine, la rivalité la dépendance.

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 la santé publique
Le suicide est évitable. Pourtant, toutes les quarante (40) secondes une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée.

Durkheim l'a défini comme c'est la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer (Durkheim E le suicide, Paris Alcan 1897).

Le suicide constitue la réaction antisociale la plus fréquente de la pathologie mentale. C'est ainsi qu'on est appelé à parler souvent, en psychiatrie « l'idée de suicide qui est l'expression d'un trouble instinctivo-affectif très profond ou se mêlent l'angoisse et le délire. (P.Bernard, Ca. Brisset, 1960, 1989, P95).

Les tentatives de suicide se présentent comme un moyen d'appel à l'aide, un appel à l'autre, une quête affective ou le désir d'être aimé conduit à jouer sa mort comme un défi, la tentative

de suicide se caractérise par des difficultés, le plus souvent, interpersonnelles, entraînant un sentiment de vide intérieur de détresse ou de colère.

Pour ce qui est de la prévalence de suicide, Chaque année plus d'un million de personnes se suicide dans le monde. L'organisation mondiale de la santé estime que le suicide est la troisième cause de la mortalité la plus fréquente dans le monde, il est la cause principale de la mortalité chez les adolescents et les adultes âgés de moins de 35ans.

Les moyens utilisés sont généralement la pendaison en milieu rural, la défenestration en milieu urbain, l'ingestion de psychotropes, les armes blanches, le gaz, la noyade et les produits toxiques ménagers.

Des enquêtes épidémiologiques ont été déjà menées dans notre pays, mais il reste que le drame n'est pas encore pris réellement en charge par les pouvoirs publics dans le sens de penser à la prévention et mettre les moyens nécessaires pour sa mise en place. (Rédaction nationale 31-07-2010 09:48).

Le suicide reste l'une des hantises du médecin en générale et du psychiatre en particulier, l'une véhiculant des images de mort psychique. Le suicide généralement défini comme meurtre de soi-même a d'abord été considéré comme relevant de causes purement psychiatrique) Esquirole) par suite d'autres approches sociologique) Durkhiem, 1897, Halbwachs, 1930)psychologique et plus récemment biologique, ont été utilisées pour tenter d'appréhender sa causalité. Ces diverses approches se complètent plus qu'elles ne s'excluent, le geste suicidaire s'inclut a part entière dans le concept pluridimensionnel de la crise somatopsychoxeciale.

Tous les jours, le psychiatre rencontre des patients suicidaires pour lesquels il est amené à déterminer les mesures thérapeutiques et des protections optimales ce qui exige d'apprécier les risques et les bénéfices de chaque décision à perdre

Le lien entre suicide, tentatives de suicide, problématique suicidaire et pathologie psychiatrique est une évidence qui autorise l'économie d'une démonstration préalable : troubles dépressifs, schizophréniques, addictions, troubles de la personnalité constituent, entre autres, les registres psychopathologiques qui contribuent le plus significativement au phénomène suicidaire. Ce lien ne se réduit toutefois pas à la dimension d'un facteur de risque, qui viendrait mécaniquement alimenter une surreprésentation épidémiologiquement objectivable. Il constitue aussi, hormis peut-être dans le cas des troubles psychotiques,

l'indice d'une intimité de la question du désir de mort avec la dynamique subjective à l'œuvre, traduction dans son expression clinique d'un phénomène reconnu comme un trouble par la nosographie. Ainsi pourrait-on dire que ce n'est pas forcément la dépression qui « produit » l'intentionnalité suicidaire, mais peut-être aussi parfois, et pour une part, la méditation suicidaire, le désintérêt de la vie, le choix subjectif du retrait de l'affect qui prend le masque de la mélancolie ou de la répétition des ruptures. Ainsi, objectiver la corrélation par un taux de prévalence, opération nécessaire, ne peut dispenser d'une analyse plus aiguë d'une dynamique d'abord propre au sujet, mais aussi en tant qu'il est pris dans une trame relationnelle où les registres culturels et sociaux jouent, selon l'intuition durkheimienne, un rôle déterminant. C'est sans doute la raison pour laquelle il ne se révèle pas suffisant de traiter la pathologie, de prendre en charge selon l'état de la science les problèmes de santé pour faire baisser le taux de suicide (Btt,A, compeon,A ,et lecops,p, 2007, p.14) .

Le risque suicidaire diminuant ensuite progressivement. Il peut être en rapport avec une activité processuelle, mais plus fréquemment, il est à relier avec un affect dépressif, souvent consécutif à une prise de conscience des difficultés consécutives à la pathologie(casadebaig,F,2000,p.265) et du deuil à faire d'ambitions antérieures à l'apparition de la maladie(nordentof,mM et kassow,p,2002,P.43) .Il n'est pas ici illégitime d'envisager la dynamique suicidaire chez les patients schizophrènes dans la ligne de ce qui est dit plus haut, comme l'indice d'un ensemble dont participent la situation existentielle, la structure de la personnalité, la nature et l'intensité du trouble (dont la présence d'hallucinations),l'existence de facteurs de comorbidité en particulier de nature dépressive, ou d'abus de substance les éléments singuliers de l'histoire personnelle et sans doute de façon déterminante les éléments de prise en charge et leur suivi effectif par le patient Aussi les variations objectivées de fréquence du phénomène suicidaire dans les populations de personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sauraient être appréhendées sans tenir compte de l'époque, qui influe sur le niveau et la qualité de la prise en charge, thérapeutique et sociale, de la culture, de la période d'évolution de la maladie(Barnaby,B, et Omu,N, et Aboud,A, 2004,P.184).

Il étudie ces individus qui ont fait une tentative de suicide, il affirme que les suicidaires cherchent une fuite dans le sommeil, un apaisement à leur culpabilité ou expression de leurs pulsions agressives envers l'autre, «C'est une conduite d'appel et de rupture qui permet souvent de réaménager les relations avec l'entourage familial frustrant.(kacha.f.2002.p.110)

Pour Esquirol, le suicide a toutes les caractéristiques des aliénations mentales, ce qui contribue à inclure ce comportement dans la clinique psychiatrique. L'opinion de ce clinicien est résolue dans le sens de considérer le suicide comme une maladie où prévaut le délire. En effet, Esquirol considère le suicide comme provoqué par les passions, qu'il s'agisse du délire, de la terreur, de l'amour, de la colère, de la jalousie ou du chagrin trahi.

De cet effort pour produire une clinique spécifique du suicidant (symptôme d'aliénation mentale), il ressort la notion d'irresponsabilité du suicidé au regard de la justice. Celui-ci se trouvant en état de délire, il ne peut donc être jugé comme auteur d'un acte criminel (Esquirol, J, 1839, P. 57)

Pour Henri Ey, le suicide pathologique résulte de la dépression et de l'anxiété. Trois niveaux de troubles instinctivo-affectifs déterminent le suicide, et correspondent à trois variétés de réactions suicidaires :

1. le raptus suicidaire, à craindre au décours d'une mélancolie, dans l'épilepsie, l'alcoolisme aigu, l'hébéphrénocatatonie ...
2. les comportements suicidaires impulsifs, secondaires à une pathologie qui peut être soit démence sénile ou les états confuso-oniriques, soit la mélancolie mais aussi par des angoisses majeurs, des idées suicidaires, voire des hallucinations, avec le cas extrême du suicide collectif.
3. le suicide délirant, qui serait observé chez 12% des schizophrènes selon Deshaies. La tendance suicidaire serait brusque, soudaine et violente. Les suicides des délirants s'observent dans les différentes psychoses chroniques, paranoïdes, paranoïaques, rarement dans les psychoses hallucinatoires chroniques (Anusaksathien, N, 2011, p. 56)

Alors le suicide d'un patient est l'accident majeur en psychiatrie hospitalière. Il est sans cesse présent à l'esprit du psychiatre puisque beaucoup des personnes hospitalisées expriment leur intention de mettre fin à leurs jours au moment de l'admission ou sont hospitalisées dans les heures qui suivent une tentative de suicide. Durant le séjour hospitalier, de nombreux patients confient leur intention suicidaire ou en font la tentative sans en avoir jamais parlé auparavant. Alors qu'un décès survenant à l'issue d'une maladie physique est généralement perçu comme inévitable, le suicide lors d'une hospitalisation est souvent considéré comme ayant pu ou dû être empêché.

A cet égard, pour mieux amener à cerner notre sujet de recherche, nous formulons question de départ suivant :

Es-ce- que toute acte suicidaire due à une affection psychiatrique ?

Quelle -sont les causes du suicide en milieu psychiatrique ?

2-Formulation de l'hypothèse :

Afin de répondre à cette question nous proposé l'hypothèse suivante :

Les pathologies mentales constituent les facteurs motivationnels pour la conduite suicidaire en milieu psychiatrique

3-Les objectifs de l'étude :

L'objectif principal de se mémoire et de choix de ce thème <le suicide au milieu psychiatrique> dans le but de comprendre plus profondément se phénomène et vouloir apporter des nouvelles connaissances

Déterminer l'étiologie psychiatrique la plus fréquente

Evaluer les facteurs de risque d'un suicide au milieu psychiatrique

Décrire les principes caractéristiques sociodémographiques et cliniques

4-définition et opérationnalisations des concepts :

4.1- Définition des concepts :

- Tentative de suicide : L'O.M.S – en la nommant lésions auto-infligées- a défini la tentative de suicide comme étant :« Acte sans issue fatale, réalisé volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui ou qui se traduisent par l'ingestion de substances en excès par rapport à une prescription médicale ou par rapport à ce qui est reconnu comme une posologie thérapeutique, et ce, dans le but d'induire les changements espérés ».

- Suicidé : individu qui s'est donné la mort volontairement (Lemperière T, 2000, P232).
- Suicidant : l'individus qui a réalisé une tentative de suicide (Lemperière T, 2000, P232).
- Suicidaire : individus ayant des idées à l'exprimant des menaces de suicide (Lemperière T, 2000, P232).
- Un primo-suicidant : une personne qui n'a jamais eu d'antécédent de tentative de suicide et qui passe à l'acte pour la première fois.
- Un multi-suicidant : une personne qui a des antécédents de tentative de suicide
- Un comportement suicidaire : correspond à des « idées, communication, comportement avec une intention mortelle » (vanorden et al, 2010, P576).
- La crise suicidaire : est une crise psychique pouvant conduire au suicide. Une personne de l'entourage proche est témoin des premières manifestations du début d'une crise suicidaire (Pienick Hardé, 2016)
- Conduite suicidaire : ensemble nosographique regroupant les idées suicidaires, les tentatives de suicide, les suicides et les équivalents (Chatillono et Galvano F., 2014 p238)
- Les idées suicidaires : les personnes disent penser ou avoir pensé souvent ou régulièrement au suicide. Ces pensées mortifères peuvent être passagères en rapport avec des conditions difficiles ou des conflits que vie la personne. Elles peuvent résorber ou s'aggraver et être suivi par une tentative de suicide ou un suicide (Badra M, 2010, p20).
- Troubles psychiatrique : il impliquant l'existence d'un ensemble de symptôme ou de comportement cliniquement reconnaissables associés dans la plupart des cas à la détresse et à la perturbation des fonctions personnelles.
- Schizophrénie : est une psychose elle se caractérisé par des troubles du cours de la pensé, des idées délirantes des hallucinations et une discordance affective, c'est une pathologie dévaluation bien souvent chronique ou pronostic lourd source de désinsertion socioprofessionnelle et d'isolement affectif.

- Dépression : est un trouble de l'humeur caractérisé par une profonde tristesse, un désespoir, un manque de désir de vivre, un repli sur soi, une perte d'intérêt de motivation d'un changement de comportement et un ralentissement psychique moteur qui peuvent conduire dans les cas extrême au suicide.

4-2- Opérationnalisations des concepts :

- Suicide : c'est une agression contre soi-même, parfois il est accompagné d'une dépression et des troubles de la personnalité, qui consiste a un moment d'une perturbation et a une souffrance psychique intense.
- Tentative de suicide : tout acte fait par l'individu dans le but de se suicider mais l'aboutissant pas à la mort.
- Milieu psychiatrique : environnement spécialisé dans le traitement des troubles mentaux comprend l'aire géographique, le matériel et une équipe médicosociale.

CHAPITRE I :

Suicide : ses types, aspects et ses approches

1- La question de suicide à travers l'histoire :

Bien avant d'être un objet d'étude et un sujet de préoccupation de nos jours, le suicide a été au cours de l'histoire une pratique qui interrogeait la philosophie, la religion, et les sciences de l'homme. Il nous paraît important d'en donner un aperçu dans la mesure où l'on peut supposer qu'il en reste des traces dans les représentations sociales du suicide. Nous nous appuyerons, dans cette partie de notre travail, essentiellement sur l'ouvrage de (MINOIS, G, 1995. P.19)

A- L 'Antiquité

Le positionnement de la pensée antique face au suicide n'est pas univoque. Les courants de pensée s'affrontent autour de la question.

Pour les Epicuriens et les Stoïciens, la valeur suprême est l'individu, et ils prônent sa liberté de décision quant à la vie et la mort, ils sont donc favorables au suicide : les Cyniques et les Stoïciens prôneront détachement vis-à-vis d'une vie qui perd de sa valeur si elle ne peut être suffisamment empreinte de raison ou de dignité ; quant aux Epicuriens, ils vont argumenter leur préférence à l'égard d'une mort douce versus une vie insupportable. (Anusaksathien, N,2011,p14)

A l'inverse de ces courants de pensée qui mettent l'individu au centre de leurs conceptions philosophiques, Platon et Aristote considèrent l'homme avant tout comme un être social. Le devoir prime sur l'intérêt personnel.

Pour Platon, il s'agit d'obligations spirituelles que l'individu a envers la divinité qui l'a placé à son poste. Sa position est cependant assez ambiguë dans la mesure où il reconnaît trois situations où le suicide peut être acceptable : le cas d'un condamné à mort, le cas d'une maladie très douloureuse et incurable, et la situation où l'individu connaît un sort misérable, ce donc la définition est assez vaste. Dans la pensée chrétienne, le platonisme sera à l'origine de certaines pratiques mystiques qu'on peut qualifier de suicides mystiques, visant la mort à soi et au monde pour atteindre, dès cette vie, la félicité de l'au-delà.

Quant à Aristote, sa condamnation du suicide est entière et réside sur le fait qu'il le considère comme une injustice que l'on commet contre soi-même et contre la cité. Il y voit un acte de lâcheté face aux responsabilités et l'oppose de ce fait à la vertu. Cette conception de manquement au devoir vis-à-vis de la société se prolongera par la considération criminelle du suicide qui se verra condamné juridiquement à partir du Moyen Age. (Anusaksathien, N,2011,p16)

B- Le Moyen Age :

L'articulation avec l'ère chrétienne se fait dans ce contexte historique. La démarcation voulue quant à la morale antique païenne sera un des déterminants forts de la prise de position de l'Eglise. C'est à partir de Saint Augustin que la condamnation du suicide par la morale chrétienne sera totale et absolue.

En effet, l'enseignement du Nouveau Testament est un enseignement de renoncement, pouvant tendre vers le mépris à l'encontre de la vie terrestre. Le sacrifice du Christ s'inscrit dans ce principe de renoncement qui détermine également les martyrs aux débuts du christianisme.

Ce détachement extrême de la vie, et l'engagement dans des comportements dont l'issue fatale ne fait pas de doute, ont pu donner lieu à l'interprétation de ces actes comme des suicides. Mais, le suicide joyeux du martyr contraste avec le désespoir qui conduit le pécheur à se suicider. Et c'est le désespoir mettant en doute la miséricorde divine qui sera initialement à l'origine de la condamnation du suicide, faisant donc exception du martyr. Néanmoins, l'exaltation du martyr sera de plus en plus sujette à caution. Finalement, tous les types de

suicide seront interdits à partir de Saint Augustin. Le caractère sacré de la vie devient le paradigme essentiel.

La même condamnation est retrouvée chez Saint Thomas d'Aquin, avec un triple argument faisant du suicide un attentat contre la nature, contre la société, et contre Dieu.

Le Moyen Age connaîtra donc les procès aux suicidés, avec des sanctions alliant la confiscation des biens aux châtements corporels. 16

Minois G. situe au 13^{ème} siècle l'apparition d'une explication du suicide par la folie. On en distingue deux types : folie de tristesse qui s'appellera plus tard mélancolie, ou folie furieuse avec délire et agitation. Evoquée comme une excuse au suicidé, permettant alors d'alléger le châtement, cette explication est selon Minois une autre forme de condamnation du suicide, qui ne peut pas se concevoir que comme l'action du diable ou de la folie, en excluant toute décision délibérée. . (Minois,G ;1995,p,25)

C- La Renaissance :

Minois G. souligne l'importance déterminante de la contestation des valeurs traditionnelles : sociales, avec la montée de l'individualisme ; religieuses, avec l'interrogation suscitée par le protestantisme ; scientifiques, avec la remise en cause des dogmes cosmologiques, géographiques etc.

L'immixtion du suicide dans la pensée de la Renaissance se fait sans remise en question directe de la morale chrétienne, qui ne montre pas de tendance à l'assouplissement. Cependant, au travers de l'interrogation intellectuelle, le caractère condamnable et aberrant du suicide vacille. (Minois,G ;1995,p,20).

D- Le Grand Siècle :

Le 17^{ème} siècle répondra aux interrogations soulevées à la Renaissance par une rigueur religieuse, morale et judiciaire visant à préserver l'ordre. Minois G. (Minois,G ;1995,p,39) parle de la « rigueur immobile et rassurante de l'âge classique ». L'interrogation sur le suicide est donc réfutée, le suicide reste un crime de lèse-majesté divine et humaine, condamné par le droit canon et la loi séculaire. Descartes prendra également position contre le suicide, non pas au nom d'un quelconque argument religieux ou moral, mais bien parce qu'il le considère comme une erreur, contraire à la raison.

Or, si la morale continue à condamner le suicide, le procès aux cadavres de suicidés commence à être critiqué. Les condamnations se raréfieront, en particulier pour les suicidés issus des classes sociales supérieures. Par ailleurs apparaîtront des substituts au suicide, sous la forme des duels chevaleresques, véritables conduites ordaliques, ou encore au travers de la quête d'anéantissement mystique. Vers le milieu du 17^{ème} siècle la mélancolie commence à être interprétée d'un point de vue médical, psychologique, qui commence à se détacher du jugement moral porté sur le désespoir. En Angleterre, Thomas WILLIS sera le premier à inscrire la mélancolie et la manie dans une continuité cyclique rapportée à une circulation anormale des esprits animaux dans le cerveau. 17 (Minois,G ;1995,p,39)

E- Les Lumières

L'impact des philosophes, notamment de Voltaire, est à retenir dans la généralisation de la conception du suicide en tant que folie ou maladie. La pensée de l'ère des lumières remplace les principes moraux par des considérations scientifiques. Ce mouvement va s'accroître à l'occasion de la Révolution, avec la modification de tout le système de valeurs fondé sur la morale religieuse. La décriminalisation du suicide a lieu dans ce contexte, en 1791.

F- Du 19^{ème} siècle à nos jours :

Les Aliénistes du 19^{ème} siècle prendront le relais des Philosophes dans l'élaboration du suicide-maladie.

Pinel insistera sur le caractère morbide du penchant suicidaire, en individualisant, sur le plan étiologique, d'une part les réactions psychiques violentes à des événements de vie, à l'origine du désir de mourir, et d'autre part un désir irrésistible de suicide indépendant de toute explication causale, dont il ne peut donner l'origine. Nous verrons cette dichotomie se poursuivre dans nos conceptions actuelles du suicide. Le traitement proposé sera de provoquer une sédation morale par les procédés de l'époque, la douche brutale, le fauteuil rotation, le fauteuil de répression, l'isolement, le jeûne etc.

Esquirol E reprend les théories de Pinel, en procédant à des descriptions cliniques détaillées. Il considère le suicide comme une conséquence d'un état pathologique sous-jacent, et non pas comme une entité clinique à part entière. Il affirme que « l'homme n'attend à ses jours que lorsqu'il est dans un délire et que les suicidés sont des aliénés ». Il individualisera les « suicides involontaires aigus » et les « suicides volontaires chroniques ». Il proposera des traitements par la répression, les émotions vives, mais prônera également la pathologie mentale sous-jacente. Il évoquera des mesures préventives à mettre en place dans les institutions pour éviter le suicide des aliénés.

Dans la deuxième partie du 19^{ème} siècle, cette conception du suicide en tant qu'état délirant va évoluer vers celle d'une aliénation partielle, ou encore celle d'une idée déraisonnable. La possibilité de sa survenue chez un homme sain d'esprit est admise. L'œuvre de Durkheim, à la fin du dix-neuvième siècle, marque un tournant dans l'approche du suicide. Le suicide est choisi comme objet d'étude par Durkheim en raison même de son caractère empiriquement individuel, et donne naissance à un ouvrage majeur intitulé « le suicide, étude de sociologie ». Aux points de vue des Aliénistes et des philosophes se surajoute alors celui du sociologue, qui mettra en évidence une multitude de paramètres sociologiques dont la fréquence concorde avec celui du suicide, faisant émerger la notion de facteurs de risque. Même s'il n'est pas

question d'affirmer un lien de causalité, la société vient d'être confrontée à sa part de responsabilité face à un phénomène aussi individuel que le suicide. . (ESQUIROL Étienne,2003,p678)

2- DEFINITION :

2-1- LE SUICIDE :

Le suicide est un décès volontaire provoqué par la personne elle-même, considéré le plus souvent comme l'ultime étape d'un processus au cours duquel une personne a tenté de trouver des solutions en vain, jusqu'à ce qu'un suicide devienne l'unique solution envisagée pour faire cesser une souffrance psychologique insupportable. Ainsi, un suicide ne représente pas un choix mais un geste de désespoir concevant moins une volonté de mourir qu'un moyen de mettre un terme à une souffrance insupportable (caroline N., 2015, P102).

Emil Durkhiem 1897 on appelle « suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » .(Mourice Halbwachs,2002,p.339.)

Le suicide est un acte par lequel le sujet met sa vie en jeu et la prise en compte de l'intentionnalité du geste pose le problème de la définition du suicide. Suit l'on considère tout acte d'autodestruction quel que soit le degré de la conscience qui l'anime soit l'on se limite aux comportements ou existe une intention délibérée de mourir » (Lemperière T, 2000, p3)

L'organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1988 définit le suicide comme « un acte ayant une issue fatale, entrepris et exécuté délibérément par l'individu décédé, celui-ci connaissant ou recherchant cette issue fatale et visant par cet acte à causer des changements désirés.(Djebar .L.2014/2015,p14.)

Le suicide est une mort volontaire, il résulte d'un comportement conscient, soit actif (geste suicidaire : pendaison défenestration, phlébotomie ...) ou passif (refus d'alimentation, interruption de traitement ...) et pour parler de suicide, il faut qu'il y ait décès. (Chatillon O, Galvao F., 2014, P237)*

Le suicide peut être défini comme la volonté ou le désir conscient et délibéré de se donner la mort. » (Pierre.G.coslin ,2003,p.101.

Acte de se donner soi-même la mort Le suicide est soit un acte rationnel, exécuté en fonction de considération morale, social religieuses, philosophique ou personnelles. Soit au contraire un acte pathologique survenant alors au cours de l'évaluation de divers affections mentales (dépression, délire chronique, démence, confusion ...) ou d'une crise existentielle aigue sous forme d'un raptus anxieux auto agressif raptus très différent du suicide prémédité de certains mélancoliques ou délirant (Bloch. Henriette et Call, 2000, P911)

Le suicide et le fait de se donner la mort. On peut considérer qu'il existe un continuum entre velléité suicidaire, chantage au suicide, équivalent suicidaire, tentative de suicide et suicide réussi (Kipman. Simon et Call, 2005, P391).

Classiquement le suicide est « le meurtre de soi-même » ou acte de se donner soi-même la mort.(steefka ivanov.M.,2005,p.187.)

on appelle suicide, la volonté ou le désir conscient de se donner la mort par un acte personnel bien que, comme le rappelle Soubrier.(Dominique cupa et Gérard pirlot-2012-p.111.)

2-2- < le milieu psychiatrique >:

Le milieu psychiatrique correspond à une aire géographique bien délimitée desservie par service de psychiatrie, la même équipe médicosociale assurant les soins intra et extrahospitalier.

C'est Un hôpital psychiatrique ou clinique psychiatrique spécialisé dans le traitement des troubles mentaux. Certains hôpital consacrent aux consultations à court terme aux thérapies de patient à risque moindre d'autre sont spécialisé dans les soins temporaire ou permanents résident qui à cause de leurs troubles mentaux requièrent une assistance et un traitement quotidiens ou un environnement spécialisé et contrôlé des patients peuvent être admis de force lorsque il représente un danger pour eux même ou pour entourage

3- LES TYPES DE SUICIDES :

3-1- Le suicidé : (suicide complété)

Suicidé : individu qui s'est donné la mort volontairement (Lemperière T, 2000, P232).

On définit une mort par suicide, quand c'est une mort intentionnelle causée par soi-même, dans le but de mettre fin à ses jours. Le suicide est considéré comme complété, lorsque le geste a abouti ou bien l'acte a été mortel. Et l'auteur de l'acte devient à titre posthume « Un suicidé. »

Autrefois, il était souvent appelé en littérature, tant que scientifique comme étant « suicide réussi ». Aujourd'hui cette dénomination n'est plus acceptable, puisqu'un tel acte ne peut pas être considéré comme une réussite, à partir de là, on trouve plusieurs nominations préférables tel que le « suicide complété », « suicide consommé », « suicide abouti » et aussi considéré comme « comportement suicidaire fatal ». (Chatillon O. et Galvo F, 2014, P237).

3-2- Le suicidant : (tentative de suicide) :

Suicidant : l'individu qui a réalisé une tentative de suicide (Lemperière T, 2000, P232). Le suicidant est l'individu survivant à sa tentative de suicide (Florian N, Florian F, 2011, P273)

La tentative de suicide est l'acte ainsi défini et intentionnel, posé par une personne dans le but de se suicider mais, qui n'aboutit pas à la mort, ou bien arrêté avant que la mort en soit résulté. C'est la situation dans laquelle un individu s'expose à un danger, dans le but avoué de vouloir mourir. La tentative de suicide est appelée aussi par certains comme « comportement suicidaire non fatal » ou « parasuicide » l'auteur de cet acte, est appelé le « suicidant. »

Pour déterminer le degré d'intentionnalité du suicidant, Certains chercheurs classent les tentatives de suicide selon le degré de gravité de l'acte ; en tentatives graves (tel qu'une personne qui s'immole par le feu et qui survit aux blessures, ou une personne qui se tire une balle dans la tête et se sauvera...) et en tentatives mineurs (une personne qui s'empoisonne avec des médicaments, sans que cela cause des risques ou des dommages importants, ou de sauter d'un étage). Actuellement, certains experts remettent en question cette question, en prétendant que la gravité de l'acte suicidaire posé par l'individu, n'est pas un facteur fiable pour déterminer le degré d'intentionnalité du suicidant. Dès lors, il y a une seule classe qui les regroupe tous.

Les tentatives de suicide sont des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se tuer ; ces actes n'aboutissent pas toujours à la mort (guide pratique clinique (prévenir le suicide pour préserver la vie), P14).

En 1966 l'organisation mondiale de la santé d'écrit la tentative de suicide comme un « un acte à l'issue non mortelle dans lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence d'intervention d'autre personnes, lui sera dommageable, ou ingère une substance en quantité supérieure aux doses thérapeutiques prescrites ou généralement admises, et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des physique effectives ou attendues (INSERM, J Libbey, 2001, P446).

- Une tentative de suicide est acte grave. Il s'agit pour une personne d'essayé de mettre fin à ses jours, une tentative de suicide se distingue du suicide par le fait que l'acte n'engendre pas le décès. Cependant la personne ayant réellement eu l'intention d'aboutir, il convient de prendre toute tentative de suicide au sérieux et d'effectuer un examen psychiatrique. Certaines conduites à risques sont également assimilées à des tentatives de suicide (consommation de drogue, conduites en état d'ivresse) (Pierrick H., 2016).
- Tentative de suicide (TS) comportement par lequel le sujet met sciemment danger, sans toutefois aboutis à la mort, pour parler de tentative de suicide ait survie, on parle alors de sujet suicidant (Chatillon O. et Galvoo F, 2014, P237).
- Selon le dictionnaire cordial de français : tentative de suicide l'un des arguments sens tient au fait que le facteur de risque de mourir par suicide le plus important est d'avoir commis une tentative de suicide antérieurement.

Un primo-suicidant : une personne qui n'a jamais eu d'antécédents de tentative de suicide et qui passe à l'acte pour la première fois.

Un multi-suicidant : une personne qui a des antécédents de tentative de suicide

3-3- Le suicidaire : (Idéation suicidaire)

Suicidaire : individus ayant des idées à l'exprimant des menaces de suicide (Lemperière T, 2000, P232).

Suicidaire est l'individu ayant des idées suicidaires et/ou exprimant verbalement ou comportementalement des menaces suicidaires (Florian N, Florian F, 2011, P273).

Les idées de suicide correspondent à l'élaboration mentale de la mort, comme seul issu possible. C'est de penser sérieusement à sa propre mort, en tant que solution pour en finir avec une souffrance on parle alors d'une personne suicidaire.

Une enquête nationale publiée en 1994 par Marie Choquet, directeur de recherche à l'INSERM, révélait que les idées suicidaires est un facteur de risque de passage à l'acte : « si seulement 8% des garçons et 13% des filles pensent sauver au suicide, 41% parmi ceux-ci ont fait une tentative de suicide, alors qu'ils ne sont que 1% parmi ceux qui n'ont jamais eu de telles idées. »

Les idées suicidaires : les personnes disent penser ou avoir souvent ou régulièrement au suicide. Ces pensées mortifères peuvent être passagères en rapport avec des conditions difficiles ou des conflits qui vit la personne. Elles peuvent résorber ou s'aggraver et être suivi par une tentative de suicide ou un suicide (Badra M, 2010 p20).

Les idées suicidaires désignent des idées sérieuses d'en finir avec la vie (guide pratique clinique (prévenir le suicide pour préserver la vie), P14).

L'apparition des idées suicidaires

Au cours de cette étape, la personne en arrive à éliminer des solutions et des stratégies qui ne fonctionnent pas. L'idée du suicide apparaît comme une solution envisageable afin de mettre fin à sa souffrance 27. Cette idée peut se manifester sous forme de flash, c'est-à-dire de manière non constante, en allant et venant. L'idée peut venir subitement pour disparaître aussi vite ou bien revenir plus tard. Par exemple, la personne peut se dire : « Si j'étais morte, cela réglerait le problème » ou « Ce n'est pas la peine de se battre ». À cette étape, la personne cherche encore des solutions et des stratégies afin de mettre fin à cette crise et retrouver son équilibre. Mais parfois les solutions identifiées n'aident pas et la personne vit un autre échec et s'enfonce un peu plus. À ce moment, l'idée du suicide peut revenir plus régulièrement et la personne s'y attarde chaque fois un peu plus 28. Par exemple, elle peut se dire : « Cela réglerait les choses » ou « Si j'avais du courage, je me tuerais ». La personne commence à envisager de moins en moins de nouvelles solutions, son énergie diminue et elle se sent de

plus en plus impuissante à cause du sentiment d'échec dans lequel elle vit en étant incapable de résoudre ses problèmes.

Plus de 70% des suicidés auraient d'une manière plus ou moins explicite averti leurs proches de leurs projets.

La plupart des tentatives de suicide ont une valeur d'appel.

Nombres de suicidants consultent avant le passage à l'acte (Dr Nathalie P, Dr Nicolas L, Dr Cyril M, Pr Jean L., P6).

4- Les aspects de suicide :

4-1- Les aspects clinique suicide

A- La crise suicidaire

La crise suicidaire n'est pas une maladie au sens strict : il s'agit d'une crise dans la trajectoire de vie, qui ne préjuge en rien de la structure psychique de base ou des aménagements de caractère. Elle est une crise en ce qu'elle constitue une rupture, un déséquilibre ou une brèche dans une apparente continuité psychique (laurent, M, et francois, D, 2008,68)

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Durant cette période face à une problématique, le sujet va échouer dans sa quête de solution et voir la mort comme seule échappatoire. Il s'agit donc d'un évènement aigu, brutal tempéré et réversible mettre en jeu le pronostic vital qui doit être identifié rapidement (chatillon,O, galvace,F,2014,p7).

La crise suicidaire chez un patient atteint d'une pathologie psychiatrique

- Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un patient déjà suivi en psychiatrie, les éléments suivants guident la conduite à tenir :
 - Il faut prendre contact avec le ou les thérapeutes habituels ;
 - Il faut assurer la sécurité par rapport à des objets ou des médicaments dangereux

- En cas de crise suicidaire avérée, la prise en charge s'appuie généralement sur l'hospitalisation.(Floria,N, et floria,F,2011, p283)

Les phases de la crise suicidaire

La crise suicidaire est un processus classiquement décrit autour de trois phases (Quenard et Rolland, 1982 ; Benoit, 2001) :

- Une *phase pré-suicidaire*, plus ou moins longue, qui peut parfois passer inaperçue et qui se caractérise par une augmentation de la tension interne et l'émergence de pensées suicidaires de plus en plus prégnantes ;
- Une phase de passage à l'acte dont l'impulsivité dépend autant du fonctionnement interne de chaque sujet que des caractéristiques (nature, durée ...) de la phase pré-suicidaire ;
- Une phase post-suicidaire qui débute souvent par un apaisement lié à la fonction cathartique de l'acting. Ce dernier ne préjuge toutefois pas de l'évolution positive de la crise suicidaire en cours, la récurrence, parfois même très précoce, étant toujours à craindre(laurent,M, et francois,D,2008,p93-94)

Diagnostic de crise suicidaire

La conférence de consensus de 2000 nous donne une liste de signes cliniques à rechercher pour poser le diagnostic de crise suicidaire :

- la présence d'idées suicidaire, leur fréquence et leur intensité ;
- l'intention que le sujet peut livrer ou qu'il a pu communiquer à des tiers,
- des conduites de préparation du passage à l'acte ;
- des troubles de l'image de soi ;
- des changements de comportement récents ;
- L'anxiété physique et psychique ;
- Le sentiment de désespoir ;
- des signes d'impulsivité ou d'agressivité ;
- des conduites à risque récentes parfois de plus en plus fréquentes.

La conférence de consensus les crises suicidaires en trois niveaux d'urgence en fonction de la présence ou non de tous ces critères [4] :

- on considère comme une urgence faible un patient qui :
 - désire parler et est à la recherche de communication,

- cherche des solutions à ses problèmes,
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis,
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise
- n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant,
- a établi un lien de confiance avec un praticien ;
- on considère comme une urgence moyenne un patient qui :
 - a un équilibre émotionnel fragile,
 - envisage le suicide et son intention est claire,
 - a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée,
 - ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir,
 - a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;
- on considère comme une urgence élevée un patient qui :
 - est décidé : sa planification est claire et détaillée,
 - est coupé de ses émotions,
 - dont l'expression de la souffrance est omniprésente ou complètement tue,
 - a un accès direct et immédiat à un moyen de suicider,
 - a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé,
 - est très isolé.

Quel que soit le degré d'urgence évalué, les interventions devront tenir compte de l'individu, de son entourage ainsi que d'une pathologie psychiatrique sous-jacente éventuelle. La prise en charge de la crise suicidaire devra impérativement être de nature pluridisciplinaire. (Charles-Siegfried, P, 2013, p.120).

B- Les comportements suicidaires

Un comportement suicidaire correspond à des « idées, communication, comportements avec une intention mortelle ». il inclut le suicide, la tentative de suicide, les idées suicidaires, le plan suicidaire et les conduites à risque suicidaire. Selon Boutgeois (2001), ces éléments peuvent être situés sur un continuum en fonction d'étapes associées à la suicidalité.

Un scénario mis en œuvre ou envisagé pour la tentative de suicide est à rechercher et est repéré par l'Echelle d'Intentionnalité Suicidaire de Beck. La préméditation du geste et sa

forte létalité potentielle ou perçue par le patient sont reconnues comme des facteurs de risque de suicide ultérieur (De Moore et Robertson, 1996)

Des comportements " terminaux " à type de préparatifs signifiant un projet de changement profond ou un départ sont à repérer, avec l'aide de l'entourage, car ils sont souvent dissimulés. Des écrits et des lettres exprimant des idées de fin ou de désespoir sont à prendre en considération, d'autant plus chez des sujets utilisant peu ce mode de communication, car ils reflètent assez bien les états passionnels du sujet avant la réalisation de son geste ou peuvent aussi être un ultime moyen pour interpeller l'entourage (Bareil-Guerin et col, 1991). Le fait de laisser une lettre d'adieu a été corrélé à une intentionnalité suicidaire plus forte (Sarro et col, 1994) Les comportements à risque de survenue ou d'aggravation récente sont à repérer : conduite automobile ou moto à risque, goût nouveau pour sports très dangereux, conduites sexuelles risquées telles que rapports non protégés avec partenaires multiples, alcoolisations massives ou abus de drogues. Ces comportements ont été bien identifiés chez des adolescents et les jeunes adultes à risque suicidaire.

On repère parfois des comportements passifs tels que refus alimentaire chez le sujet âgé, assimilés parfois à des syndromes de glissement, ou refus de soins ou de poursuivre des traitements cruciaux pour la santé de l'individu (insulinothérapie, antibiothérapie, cardiotropes...). Ces conduites sont qualifiables d'équivalents suicidaires (Vedrinne, 1981) Les enquêtes épidémiologiques plaident pour une reconnaissance meilleure des signes qui peuvent faire suspecter une situation de crise suicidaire, même si on ne connaît pas l'impact potentiel de ces efforts de dépistage. Comme le souligne Hardy (Hardy, 1997), la valeur prédictive positive des variables liées au risque de suicide est faible en raison de leur faible spécificité.

Ces signes d'intention suicidaire doivent être réexaminés tout au long de la gestion de la crise. On évaluera sur une durée suffisante le jugement critique que le patient prête à son acte, la confrontation de ce qu'il en attendait avec ce que lui évoque sa survie, la reprise de contrôle sur ses pensées erronées. Il est tout aussi important après la tentative de suicide de déterminer la ou les significations de ce geste, en restituant cette démarche au patient, ce qui est en soi thérapeutique (Caroline, N, 2015, P102).

4-2- Aspects religieux et culturels du comportement suicidaire

La différence épidémiologique du taux de suicide à travers les pays a poussé les chercheurs à s'intéresser aux facteurs prédisposant au risque suicidaire. Beaucoup d'études s'accordent que la religion et la culture sont impliquées dans la compréhension du comportement suicidaire et qu'en fait elles devraient être intriquées parmi les stratégies de prévention des tentatives de suicide.

Ceci amène à poser certaines questions :

- Y a-t-il un lien entre les facteurs religieux et culturels et les conduites suicidaires ?
- Quelle est la part de la religion et celle de la culture ou les deux dans le comportement suicidaire ?

A- Aspects religieux :

Il n'existe pas de consensus quant à la définition du mot "religion". Une définition globale a été adoptée. Elle comprend à la fois la spiritualité (en rapport avec la transcendance) et la religiosité (les caractéristiques comportementales, sociales, doctrinales et de dénomination spécifiques).

Relation entre suicide et religion

De nombreuses études ont montré que le comportement suicidaire est moins important chez les personnes religieuses. Par exemple, McClain Jacobso a mené une étude dont le but est d'évaluer le niveau psychologique par rapport à la croyance de la présence d'une vie après la mort chez une population suivie pour maladie cancéreuse terminale. Trois groupes ont été identifiés ; les croyants, les non croyants et les non sûrs. D'après cette étude, il n'y a pas de différence significative d'anxiété et de dépression entre les différents groupes. Par contre, plus que le groupe est non croyant, plus il y a présence du désespoir, des idées suicidaires et du désir de mourir le plus tôt possible.

Le support social n'est pas analysé dans ces études. Mofidi suggère que l'effet protecteur de la religion s'interpose avec celui du support social mais aussi le rôle que joue le support social dans cette relation. Daniel et al. Ont réalisé une étude ayant comme objectif, non seulement la compréhension de la relation entre spiritualité, religiosité et comportement. Ils ont conclu que l'activité religieuse reste significativement associée à une baisse de tentatives de suicide malgré la suppression des facteurs du support social. D'après une autopsie psychologique portant sur des personnes suicidées âgées de 50 ans et plus, Nisbet et

al. ont trouvé qu'elles étaient moins pratiquantes. En somme, la religion peut protéger contre les tentatives de suicides en donnant à la personne un sens à sa vie, par des valeurs morales ou en étant source d'espoir et de courage dans les moments difficiles.

Relation entre comportement suicidaire et religion chez les malades mentaux :

Parmi les sujets suicidés, 90% ont une pathologie psychiatrique (dépression majeure, anxiété, schizophrénie, abus de substance...). Daniel et al. ont constaté que les affections psychiatriques sont significativement indépendantes de la religiosité [88]. Cette dernière est liée au comportement suicidaire chez les malades mentaux de la même façon que chez la population générale. Certaines études s'accordent à dire que la religiosité diminue le comportement suicidaire chez les patients dépressifs. A partir d'une étude d'un échantillon de patients dépressifs [N=371], Dervic a montré que les sujets sans affiliation religieuse font plus de tentatives de suicide [91]. Ces sujets jeunes, rarement mariés, généralement solitaires, sont dépourvus de raisons de vivre, impulsifs, agressifs et mêmes consommateurs de drogues. Tandis que le niveau bas d'agressivité et la présence des objections morales de suicide diminuent les tentatives de suicide chez les patients religieux. Cependant, il reste encore à clarifier si cette association est nettement indépendante aux autres facteurs cliniques et sociodémographiques (statut marital et parental, le niveau d'éducation, dépression ou désespoir...). Parmi les facteurs de risque suicidaire, Oquendo et al. proposent la propension de réagir envers le pessimisme, la perception subjective de la dépression, le désespoir et l'absence de raisons pour vivre. Dans ce contexte, il faut identifier d'autres facteurs prédicteurs de ce risque. Par exemple, il est possible que les objections morales et religieuses de suicide puissent contrarier cette subjectivité. Pour cette raison, Lizardi a mené une étude comprenant des patients (N=265) avec épisode dépressif majeur selon les critères de DSM IV. L'évaluation objective de différents paramètres a été réalisée en se basant sur différentes échelles de mesure concernant la dépression, l'anxiété, le niveau psychosocial, les traits impulsifs, la présence ou non d'une psychose, des événements stressants et/ou d'une agression et la recherche chez ces dépressifs des raisons pour vivre. Cette étude a conclu que les sujets ayant moins d'objections morales de suicide font beaucoup de tentatives de suicide, aperçoivent leur dépression comme étant sévère et présentent un désespoir. Leur degré d'anxiété psychique est minime par rapport aux autres ayant des objections morales de suicide plus élevées. Par contre, Foster et al. ont trouvé que lorsqu'il y a un trouble de l'axe I, la relation entre la religiosité et le risque suicidaire devient non significative. Une étude faite sur une cohorte de patients psychotiques (N=88) jeunes a montré que le taux de tentatives de

suicide commises chez ces patients est inversement associé à la satisfaction de la croyance religieuse. Une autre étude, comparant entre deux groupes schizophrènes ; un suicidant et l'autre non, a noté que les patients psychotiques suicidants ont rarement une affiliation religieuse ou appartiennent à une religion autre que le protestantisme. Huguelet et al. n'ont pas trouvé d'association entre la religiosité et le suicide chez les schizophrènes.

Néanmoins, leur étude n'a pas exploré ce que veut dire la religiosité pour ces patients ni sur le plan quantité ni qualité. Ceci a amené cette équipe à refaire une autre étude en se basant sur la mesure du niveau de religiosité et de spiritualité à partir de trois groupes : un groupe de schizophrènes suicidants [N=50], un groupe de schizophrènes non suicidants [N=65] et un groupe de suicidants non psychotiques [N=30]. La mesure de la religiosité implique le concept de centralité : plus la religion occupe une place centrale dans la vie de la personne, plus elle va influencer ses expériences et ses comportements. Dans cette perspective, la centralité a été estimée à partir de la transcription des entretiens. A l'issue de cette étude, Huguelet et al. ont conclu que la religion joue un rôle spécifique et protecteur dans la décision de suicide chez les trois groupes .

Dans notre contexte marocain, la religion occupe une place importante dans notre société, tant sur le plan des croyances, que sur le plan des pratiques. Cela se traduit sur les manifestations cliniques de l'idéation et du comportement suicidaire.

Ainsi les psychiatres sont souvent confrontés à des situations de patients souffrants énormément d'une symptomatologie dépressive, à tel point qu'ils demandent le pardon de la part du Dieu à chaque fois que surgisse une idée suicidaire ou une intention de passer à l'acte suicidaire.

B- Aspects culturels et suicide :

« La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société, un groupe social ou un individu. Subordonnée à la nature, elle englobe, outre l'environnement, les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions, les croyances et les sciences. »

Les facteurs culturels jouent un rôle très important dans les variations nationales et régionales du taux de suicide. Une comparaison récente des taux de suicide au Canada et aux États-Unis a révélé que le taux de suicide chez les hommes est de 57% plus élevé au Canada qu'aux États Unis. Antoon Leenaars attribue cette différence à la théorie culturelle selon laquelle les canadiens sont plus brimés que les Américains, étant donné que, au moment où il était

colonie, le Canada s'appuyait sur des valeurs britanniques de la loyauté et de la religion, tandis que les États-Unis ont été fondés par des pionniers impétueux, agressifs et armés qui ont poursuivi leur route vers l'ouest en abattant tous les obstacles rencontrés sur leur passage. A cause de cette évolution différente, déclare Leenaars, certains ont prétendu que les Américains se tuent les uns les autres, tandis que les Canadiens se suicident. Le taux de suicide chez les adolescents du Québec est le plus élevé au Canada et l'un des plus élevés au monde. Selon M. Samy, la révolution tranquille et l'éclatement de la famille seraient des facteurs clés du phénomène. Un autre facteur serait la possibilité de suicide qu'offre la société " nous vivons dans une société qui accorde de la valeur à la qualité de vie plutôt qu'à la durée de vie..." Crow 1987. Le taux de suicide au Japon a d'ailleurs toujours été très élevé. Contrairement aux civilisations occidentales, ce n'est pas dans les villes mais à la campagne que le taux de suicide y est le plus élevé. Le rituel du suicide, le [seppuku] a été pratiqué par la noblesse et les guerriers [samourais]. Le suicide pratiqué à la mort de son supérieur est appelé Junshi. De manière générale, la culture japonaise ne condamne pas le suicide.

Le religieux relève que le suicide est un acte contre nature et antireligieux par excellence. Il nécessite une prise en charge basée sur les principes religieux : prise de conscience de la gravité de l'acte entrepris et des effets qu'il pourrait avoir sur son devenir dans l'au-delà, nécessité de le ramener à Dieu en lui rappelant « Sa miséricorde » et « Sa bonté ». Selon l'imam, l'explication et la lecture du Coran sont les principaux vecteurs de cette rééducation thérapeutique du suicidant qui ne doit pas être rejeté, mais bien au contraire ramené sur la Voie de Dieu.

Le juriste musulman ne fait que rappeler que l'être humain n'a pas le droit de porter atteinte à sa vie. Il n'en a que « l'usufruit et non la propriété », et aucune disposition pénale ou thérapeutique n'est prévue en dehors de conseils de « retour à Dieu » et de respect des préceptes religieux.

Le phénomène de suicide en Algérie, reste parmi les pires sujets tabous qui soient, disant, sous l'influence de la religion (musulmane) et de sa culture, la société algérienne ne tolère pas ce genre de phénomènes. Notre société n'arrivait pas encore à accepter, le suicide ou la crise suicidaire comme une affaire publique, une affaire dont chaque membre peut être considéré, et que cet acte, est le résultat d'une grande souffrance psychologique, sociale et économique, et non pas, un acte individuel comme le considère la majorité. Les suicidés et les suicidants sont souvent traités comme : des fous, des déviants, ils ne croient pas en Dieu, ils

n'ont reçu aucune éducation religieuse, sans fois, sont souvent mal vu et mal compris par l'entourage ; Pour cela, les victimes de ce drame, ont toujours honte de leurs actes et de leurs souffrances. Elles n'en parlent que rarement, et les filles sont encore plus stigmatisées que les hommes, parce que la première pensée qui vient à la tête de tout un chacun est : était-elle enceinte ? était-elle violée par quelqu'un ? Peut-être elle a perdu sa virginité. Les institutions de leur côté, ne considèrent pas le suicide comme un drame digne d'intérêt, ni comme problème de santé publique.

La société algérienne vit une ambivalence culturelle profonde et dangereuse. De par son histoire, l'Algérie a été toujours envahie par différents colonisateurs qui ont laissé leurs empreintes culturelles – parfois contradictoires et diamétralement opposées – dans l'imaginaire social et culturel. Il est tout à fait évident que toutes ces cultures ont provoqué, d'un côté, un dysfonctionnement culturel de la société algérienne – dualité : authenticité/modernité, religiosité/laïcité, urbanité/ruralité ... - et d'un autre côté un problème d'identification qui a mené à un déséquilibre de la personnalité algérienne et une acculturation. Cette ambivalence est sans doute un facteur favorisant l'émergence du phénomène du suicide. (Djebar,L,2015,p.91).

5- LES APPROCHES THEORIQUE DE SUICIDE :

5-1- SUICIDE ET PSYCHANALYSE :

A rebours de la doxa contemporaine qui promet la production d'individus autonomes, autodéterminés et disposant d'une intériorité et d'affects maîtrisables, la psychanalyse affirme au contraire l'existence d'un sujet divisé par ses contradictions, qui ne peut faire l'économie d'une dépendance à l'autre, que celle-ci connote son rapport à sa propre histoire, à ses objets libidinaux ou au langage. Si les idéations ou le passage à l'acte suicidaire sont abordés comme des symptômes, c'est d'abord parce que ces phénomènes possèdent un sens qui n'est pas transparent et qui réclame un déchiffrement. Le psychanalyste ne peut se satisfaire de causalités générales (suicide à cause d'une rupture amoureuse ou d'un licenciement) qui font l'impasse sur les déterminations propres du sujet. Tout passage à l'acte représente une tentative de figuration d'une souffrance psychique qui ne trouve pas d'autre issue, tant que ses

coordonnées n'auront pas été mises en perspective avec ce qu'elles traduisent d'achoppement, de perte et d'injonction chez chaque sujet.

C'est son étude sur la mélancolie fournit à Freud (1915) l'occasion d'aborder le suicide, non dans sa seule dimension de geste autopunitif, mais pour y révéler un désir de mort dirigé contre autrui. Dans le processus mélancolique, la perte insupportable d'un objet fortement investi narcissiquement est résolue par une double transformation : identification à l'objet et régression au stade du sadisme.

Dans cette même perspective, le suicide pour Menninger (1985) est un acte complexe où se mêlent trois dimensions : la mort (dying), le meurtre (killing) et le souhait d'être exécuté (wish to being killed) qui révèlent trois motivations différentes.

Grunberger (1971) et Kernberg (2001) ont poursuivi l'analyse de l'acte suicidaire en l'éclairant de sa dimension narcissique et en soulignant l'importance du rôle du surmoi et des idéaux. Si l'abandon, les séparations ou les échecs réactivent la dépréciation et la haine de soi, c'est d'abord parce que « l'incapacité à tolérer le manque en tant que support du désir fait vivre au sujet tout achèvement, toute inadéquation à une image idéale de lui-même, d'où la tentative de tout immobiliser, dans la mort et dans le cadavre » (Botta, 1982). Le suicide se révèle inséparable d'une tentative de maîtrise, par laquelle le sujet se livre entièrement à lui-même, par où l'acte d'agression raisonne aussi comme une tentative de restaurer son intégrité et sa puissance. Et parce qu'il est sans retour, se séparant des équivoques inévitables de toute parole, alors l'acte suicidaire peut se signaler comme le seul acte qui ne soit pas manqué, au risque « de n'(en) rien savoir » (Lacan, 1973 p60).

5-2- SUICID ET NEUROPSYCHIATRIE

La recherche biologique constitue une approche pour comprendre les facteurs du suicide. Elle révèle des associations possibles entre la physiologie, la génétique, l'environnement et le suicide mais n'établit pas de lien direct de cause à effet.

- **Neurotransmission et dérèglement neuroendocrinien**

La sérotonine joue un rôle majeur dans la régulation de l'humeur et l'apparition d'épisodes dépressifs ou suicidaire (Pompili, Serafini, Innomorati et al., 2010) en fait, la très grande majorité des personnes qui se sont suicidées montraient des taux de sérotonine plus

bas que la normale dans diverses parties du cerveau (institut de recherche en santé du Canada, 2012). Le cortisol, une des hormones principales liées au stress, pourrait également jouer un rôle important dans le processus suicidaire par son effet sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (Brent, Malhen, Ferrell et al., 2010 ; Pompili et al., 2010).

Malheureusement, il n'existe aucun médicament capable d'influer sur le comportement suicidaire. Cependant, les produits qui régulent le taux de la sérotonine, par exemple les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, sont efficaces dans le traitement des troubles de l'humeur qui accompagnent souvent les idées suicidaires (Barbui, Exposito & Cipriani, 2009.)

- **Epigénétique**

L'épigénétique est la science qui étudie l'influence des expériences de la vie sur l'expression des gènes.

Autrement dit, elle étudie comment les interactions quotidiennes d'une personne influent sur le fonctionnement génétique de son organisme. Ainsi, les expériences vécues sur le plan physique, biologique, psychosocial et environnemental jouent un rôle important sur le développement, le fonctionnement et le comportement de la personne, incluent sa santé mentale et physique (Turecki, Ernst, Jollant et al., 2012).

Les recherches portant sur l'épigénétique révèlent des altérations neurobiologiques dans le cerveau des personnes qui se sont suicidées qui ont vécu des relations humaines traumatiques pendant leurs enfances. Ces changements cérébraux dus aux expériences de vie traumatique sont liés à une plus grande susceptibilité à l'anxiété, à la dépression et au suicide (McGwan, Sasaki, D'Alessio et al., 2009). Il a également été démontré que des expériences de vie positives peuvent modifier l'expression génétique de manière à améliorer la santé. Ainsi, dans une expérience menée en laboratoire, les rats qui avaient reçu beaucoup de soins maternels (p. ex., le léchage maternel fréquent) étaient notablement plus calmes et moins stressés que ceux dont les mères n'avaient pas été aussi attentionnées. Par la suite, en jumelant ces rats à des mères plus affectueuses, les chercheurs ont pu modifier le profil de stress chez les rats « mal-aimés », changement qui leur permettait de se développer normalement (Weaver, Cervoni, Champagne et al., 2004). Ces connaissances permettent de souligner les effets thérapeutiques qu'une relation sociale

positive peut apporter chez la personne à risque de suicide. (Katherine M. Fortinash, Patricia A. Holoday Worret, Soins infirmiers, 2013,p790)

5-3- SUICIDE ET PSYCHODYNAMIQUE :

Une autre façon d'appréhender le phénomène suicidaire consiste à considérer la tentative de suicide comme la manifestation d'une crise, nommée crise suicidaire, et non comme une pathologie en elle-même. Cette théorie a surtout été développée par les auteurs anglo-saxons. La crise suicidaire peut survenir à tous les âges de la vie, mais nous nous contenterons de décrire celle des adolescents, à partir des trois interventions de Monique

Seguin lors de la conférence de consensus d'octobre 2000, à Paris.

Le fonctionnement psychique habituel, hors événement stressant et hors pathologie mentale avérée, permet de maintenir un état d'équilibre. Lors de la survenue d'événements traumatisants, un ensemble de réponses permet de maintenir cet équilibre. L'individu met en œuvre des mécanismes d'adaptation qui ont déjà fonctionné par le passé, ou développe des stratégies nouvelles.

Il peut arriver qu'une succession d'événements stressants vienne perturber gravement cet équilibre au point que les mécanismes habituels ne fonctionnent plus, ou pas assez bien. La perte de la capacité à faire face aux événements met la personne en situation de vulnérabilité.

Dans une telle situation, la tension interne augmente. La perte des moyens habituels faisant appel à l'expérience et aux connaissances accumulées par la personne peut la faire plonger dans le monde des émotions souvent négatives, accompagnées par une baisse de l'estime de soi. La perception de la réalité s'en trouve progressivement altérée ; les problèmes semblent insurmontables.

La personne peut alors entrer progressivement dans une phase de désorganisation et de confusion émotionnelle. Cette crise peut durer plusieurs semaines. La phase aiguë peut produire des réactions allant jusqu'à la tentative de suicide, mais cela peut aussi être une autre forme de passage à l'acte, comme une fugue ou une crise d'agressivité, ou tout autre moyen susceptible de faire baisser la tension interne...

Après le « passage à l'acte » vient une phase de récupération, qui peut n'être que transitoire, si les événements qui ont provoqué la crise ne sont pas résolus.

La personne essaye toujours de trouver une solution.

- Parfois elle y parvient ; le problème de départ a trouvé une forme de solution, et la personne sort de la crise en ayant appris de nouvelles stratégies d'adaptation, de nouveaux mécanismes de maîtrise de soi et/ou en ayant acquis une meilleure capacité d'expression de sa souffrance.
- Parfois la personne parvient à retrouver l'équilibre antérieur, comme si rien ne s'était passé. La crise n'a pas été une occasion d'apprentissage et d'introspection, mais elle a permis de résoudre les problèmes qui l'ont engendrée.
- Parfois la personne parvient à réduire le stress et l'anxiété à court terme ; la douleur est engourdie. Mais cela peut avoir à plus long terme des conséquences négatives. Souvent, la personne demeure dans un état de vulnérabilité, et un autre événement la plongera à nouveau dans un état de crise.

Cette présentation est bien sûr très schématique. Il faut garder à l'esprit que les différentes étapes d'un processus psychique ne sont pas comparables aux différentes étapes d'un processus somatique. Les différences de réaction d'un individu à l'autre sont très grandes, et l'on peut difficilement les prévoir. Le mal-être et la souffrance psychique que vivent les personnes suicidaires sont souvent cachés et ne deviennent évident que lorsqu'un intervenant ou un membre de l'entourage pose des questions spécifiques, ou réagit à de subtils signes avant-coureurs.

Cette seconde façon d'envisager le phénomène suicidaire l'inscrit dans une perspective beaucoup plus vaste qui est celle de la santé mentale en général (composante de la santé au sens global, aux côtés de la santé physique et de la santé sociale). La tentative de suicide est alors une des manifestations possibles d'un état de souffrance psychique, qui peut aussi bien se traduire par d'autres comportements nuisant à la santé : dépendance à un produit, prise de risque, violence, etc.

5-4- Suicide et Approche cognitive

Les études sur les distorsions cognitives prédictives d'un passage à l'acte suicidaire ont conduit A. T. Beck à individualiser la profondeur du désespoir (expérience émotionnelle

et cognitive qui colore toute perception d'une tonalité négative) comme étant un meilleur indicateur de comportement suicidaire que la sévérité de l'humeur dépressive. Neuringer a montré que les suicidaires avaient tendance à adopter un mode de pensée dichotomique à travers lequel le monde n'est entrevu qu'en termes binaires, les privant d'une souplesse psychique nécessaire à la résolution des difficultés rencontrées.

Quant à Williams, il a postulé l'existence d'un déficit qualitatif de la mémoire autobiographique, qui provoquerait des difficultés à la remémoration des « raisons de vivre » et des stratégies s'étant révélées efficaces lors de situations problématiques (Wasserman et Wasserman, 2009 p,49).

CHAPITRE II :

Suicide ; épidémiologie, causes et traitements

1- Epidémiologie du suicide

1-1- Epidémiologie du suicide dans le monde

Les suicides et tentatives de suicide posent, de nos jours un important problème de santé publique. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2002) il est de nos jours à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes, il est tout aussi tentant que difficile d'établir des comparaisons entre pays. Toutefois, si l'on s'en tient aux données fournies par les pays qui acceptent de se plier au protocole de l'OMS, on observe de grandes différences, puisque les taux de suicide varient considérablement d'un pays à l'autre.

Avec une mortalité estimée à un million de morts chaque année, le suicide constitue un profond problème de santé publique, inscrit au rang des priorités de l'OMS depuis 1999 (Bat et al., 2007, Courtet, 2010). Le taux d'incidence mondiale est de 14/100 000 et correspond au décès d'une personne toutes les quarante secondes. Sa distribution géographique est marquée par de fortes disparités, à pondérer toutefois par les disparités dans les modalités de recensement : les taux de mortalité les plus importants sont retrouvés en Europe de l'Est (Lituanie : 42/100000, Biélorussie : 35/100 000, Russie : 38,7/100000), mais aussi au Japon (23,8/100000) et en Corée du Nord (17,9/100 000) Les taux les plus bas sont observés en Amérique du Sud (Colombie : 4,5/100000) et dans certains pays d'Asie (Thaïlande : 2,1 / 100000

La surmortalité masculine (incidence de 18/ 100 000 pour les hommes et de 11 / 100000 pour les femmes à l'échelle du globe) concerne tous les pays, à l'exception notable de la Chine (VASSILIS.K, 2012, P712).

1-2- Le suicide Au Maghreb

Le Pr. B. Bensmail, psychiatre algérien, s'est basé sur des études souvent ponctuelles et fragmentaires, pour avancer les taux suivants concernant le Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie) :

- Pour les tentatives de suicide, leur taux annuel, tout en restant en deçà des chiffres européens, ne présente pas de différence notable pour les trois pays. Ils sont de 31 à 34 pour cent mille (100000 h) habitants (en France, 266 TS pour cent mille habitants). On constate une très forte prédominance juvénile (70% chez les moins de 25 ans) et notamment féminine avec en moyenne deux femmes pour un homme. On remarque

tout de même un pourcentage insignifiant pour les personnes âgées (plus de 60 ans) de 0 à 0,7%.

- Pour les suicides, le taux annuel est relativement faible : 2 pour 100 000h en Algérie et au Maroc, il est de 4.5 pour 100 000h en Tunisie, alors qu'il gravite autour d'une moyenne de 13 pour cent mille habitants (ce taux va jusqu'à 20/100 000h dans certains pays comme la France) et 40 pour 100 000h dans les pays Scandinaves (Baudelot et Estabiet 2006).

Nous avons effectué des études sur les tentatives de suicide dans le monde arabe et le Maghreb mais sans grands résultats. Ce sont souvent les problèmes d'édition qui empêchent la diffusion des résultats de travaux réalisés dans le Maghreb.

Une étude sur les tentatives de suicide enregistrées à l'hôpital de Monastir en Tunisie signale un taux de tentatives de suicide chez les femmes moins important que celui que nous avons relevé (60% contre 40 chez les hommes), les auteurs notent également un âge moyen des personnes ayant fait des tentatives légèrement plus élevé 26 ans contre 24 ans dans la population algérienne. Les facteurs incriminés sont essentiellement le manque de moyens, l'ennui, compte tenu de la médiocrité des loisirs ainsi que les conditions de vie difficiles.

Au Maroc, Rita El Khaya, abordant la psychopathologie chez les femmes dans le Monde arabe, signale brièvement que le suicide et la tentative de suicide chez les femmes sont en augmentation depuis une quarantaine d'années. Ainsi elle note un changement dans les conduites suicidaires au Maroc : alors que la tentative de suicide était surtout le fait des femmes (dix fois plus que les hommes) et le suicide abouti le fait des hommes, l'auteure constate que les différences se réduisent de plus en plus : puisque des hommes font beaucoup de tentatives et se rapprochent des taux féminins et de plus en plus de femmes se suicident vraiment (MOUTASSEM-MIMOU. B, 2010, P22-23).

Dans les autres pays Maghrébins, les taux de suicide et de tentatives de suicide sont sensiblement proches de ceux que nous avons obtenu, Ainsi le taux de suicide est de 2,09/100.000h pour le Maroc et de 4,5/100.000 h pour la Tunisie (ce dernier étant peut-être en rapport avec une acculturation plus massive et un courant « moderniste » plus accentué) (BENSMAIL. B, 2007, P132).

1-3- Epidémiologie de suicide en Algérie :

Le nombre de cas de suicide en Algérie reste inconnu, puisqu'il n'existe aucun organisme ou service qui peut nous donner les chiffres exacts de morts au niveau national. Et l'Algérie est parmi les rares pays, qui ne figurent pas dans la liste des pays par taux de suicide, établie par l'OMS (2008). Aucune étude nationale fiable et exhaustive n'a été faite, seuls les services de sécurité (la gendarmerie, la sûreté nationale et la protection civil) et beaucoup moins quelques enquêtes qui se font dans quelques régions, qui déclarent de temps en temps, quelques données et des statistiques, qui restent toujours au-dessous de la réalité. Avec la montée importante du suicide ces dernières décennies (à partir des années 1990 jusqu'à présent), un intérêt remarquable de la part de certains CHU (comme ceux de Tizi-Ouzou d'Oron, et d'Alger), des psychiatres, et un peu moins des recherches universitaires, mais ça reste insuffisant pour dévoiler toute la réalité, et ainsi insuffisant pour juger l'ampleur réelle du phénomène.

Après une large lecture bibliographique, recherches documentaires (livres, revues, communications, enquêtes, articles...), et la visite de plusieurs services (hôpitaux, services de sécurités, ONS, quelques cellules d'écoutes. . .) ; on a pu faire le tour de la question en Algérie. La plupart des analyses et études, renvoient la montée du phénomène suicidaire en Algérie, à la montée de la violence qui déchire ce pays, et que le régime n'a pas su désamorcer le déséquilibre social, économique et politique qu'a connu le pays à partir des années 1990, c'est-à-dire aux mutations et aux crises qu'a connu la société algérienne, (comme le terrorisme 1990-2000, et puis les événements en Kabylie 2001, et dernièrement les événements de 2011). Les changements rapides, dus aux projets de développement et d'épanouissement qu'a connu l'Algérie sur tous les niveaux, ont laissé de lourdes conséquences sur les membres de la société. L'application de nouvelles politiques de développement, a causé un climat de déséquilibre, de dérèglement social et d'injustice sociale, vu de leurs échecs, ce qui a mené à l'apparition de multiples crises et faits sociaux au sein de la société comme : l'exode rural, la croissance démographique notamment dans les grandes villes, l'urbanisation anarchique, le chômage, la pauvreté et la délinquance...etc Cette situation a rendu la vie des individus plus compliquée, une vie misérable, stressante et injuste. Ce qui les pousse à faire des crises psychologiques, pathologiques et un désintéressement total pour la majorité de la population algérienne, et notamment la jeunesse qui est la tranche la plus vulnérable. Un marasme qui pousse la majorité de jeunes à fuir par tous les moyens et à tout

prix. Le haraga est la première issue et solution, à laquelle pense le jeune algérien, ceux qui ont pu traverser la méditerranée, ils sont sauvés, et ceux qui restent, soit, par ce qu'ils ne pouvaient pas, ou soit, ils ont échoué, trouvent d'autres refuges aussi dangereux, comme la délinquance, la drogue, la violence et pour les plus vulnérables, le suicide reste la solution la plus définitive et la plus sûre.

Les statistiques déclarées par différents organismes, indiquent que 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, Soit, toutes les 12 heures, un Algérien se suicide. Une analyse de données de mortalité de (2000 à 2012) nous montre qu'environ 1000 algériens sont, en moyenne, se suicide chaque année, et 5000 tentatives de suicide par an. Si l'on regarde les répartitions de ses décès par tranche d'âge, on trouve qu'entre 18 et 35 ans, et la catégorie la plus vulnérable, suivie par des personnes, dont l'âge varie entre 35 et 45 ans, et des personnes plus de 45 ans et puis les mineurs. C'est-à-dire contrairement aux pays occidentaux, en Algérie plus qu'on est jeune, plus que le risque de suicide augmente. (0606.html, source : le soir d'Algérie mardi 18 Octobre 2005).

Les services de la gendarmerie nationale, ont traité durant la période allant de 1993 à 2008, 3987 cas de suicide, dont 3005 suicidés sont des hommes, contre 982 femmes ; et 1701 tentatives, dont 667 commises par des hommes, contre 1034 femmes. Rien que pour la période allant du 1^{er} janvier 2011 au mai 2012 selon un représentant du service de sécurité, quelque 2191 cas de suicide ont été enregistrés à travers tout le territoire national, dont 335 suicides aboutis, et 1856 tentatives de suicide. 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. Un docteur en psychologie clinique, lors d'une journée d'étude sur la prévention du suicide, organisée par l'association scientifique *Ambi Science* de la wilaya de Tizi-Ouzou, annonce que pour l'année 2012, quelques 321 cas de suicides et 787 tentatives de suicide ont été enregistrés en Algérie. Rien que pour le service de médecine légale de l'hôpital Mustapha Bacha à Alger, 291 suicides aboutis ont été déclarés entre 2000 et 2007, le professeur Hadji, déclare que dans leur service médecine légale, il enregistre une moyenne de 2 à 3 suicides pour chaque semaine. De son côté le service de médecine légale de CHU de Bâb-el-Oued, annonce 269 suicides aboutis ont été enregistré entre 2007 et 2011. Rien que pour ses deux hôpitaux, 560 cas de suicide ont été déclarés, entre 2000-2011 Dans la wilaya d'Oran selon une étude faite par le service des urgences de CHUO, déclare que, entre

2001 et 2005, 1832 tentative de suicide ont été enregistrés, en passant de 295 en 2001, à 400 en 2002, et 508 en 2003 et 629 en 2005. Et les chiffres restent toujours au-dessous de la réalité. Revue de presse : El watan d'Algérie, file:///c:/321-cas-de-suicide-en-2012-en-algerie-13-06-2013-217269_109.php.htm consulté le 18/06/2013

1-4- Le suicide a Tizi-ouzu et a Bejaia :

« Drame en Kabylie : des enfants qui se suicident... », « Silence, on se suicide en Kabylie », « Explosion du suicide en Kabyle », « tentative de suicide collective à Tuviret (Bouira) », « Béjaia : le nombre passe du simple au double, « Suicide à Tizi-Ouzou ». Tels sont quelques-uns des titres ou sous-titres d'articles, publiés dans des journaux algériens en ces dernières années (2010 à nos jours). Tout le monde se demande est ce que c'est vrai que les taux les plus élevés qu'a connus l'Algérie sont enregistrés en Kabylie ? Et si c'est le cas, on se demande pourquoi exactement cette partie de l'Algérie ? En quoi les habitants de cette région, se distinguent-ils au sein de l'ensemble national ?

Les statistiques de suicide connues sur les différents coins du pays, qui sont avancées là et là-bas, témoignent que la Kabylie est la partie d'Algérie, où le suicide a fait et continu à faire des ravages. Mais une autre lecture est probable dans l'explication de l'évolution fréquente du phénomène suicidaire dans cette région. L'existence des chiffres énormes, ne renvoie pas au fait que les Kabyles se suicident plus que les autres (région), mais la présence importante de la couverture médiatique dans cette région, ou la majorité des quotidiens nationaux disposent d'un correspondant dû à la réalité de son histoire, sa géographie, sa culture et ses structures sociales assez spécifiques, donc ça ne veut pas dire que dans la région sud ou ouest par exemple, les gens ne se suicident pas, mais plutôt on entend rarement.

Une autre étude prospective faite par CHU Nedir-Mohamed de Tizi-Ouzou sur le suicide à Tizi-Ouzou, déclare que les deux wilayas, Béjaia comme Tizi-Ouzou enregistrent chaque année un nombre inquiétant de morts par suicide. Pour la période allant du 01 Janvier 2007 au 15 janvier 2012, la wilaya de Tizi-Ouzou selon le directeur de ce CHU, a enregistré 889 tentatives de suicide, et l'année 2011 a battu tous les records, avec 217 cas, sur ces 889 tentatives, 640 ont été dénombrés chez les femmes, et 249 chez les hommes, et les ruraux sont les plus touchés, ainsi que les célibataires avec 69,29%, dont la plupart sont des chômeurs. Soit du janvier 2009 au 31 mai 2012, pour le même CHU, 609 cas de suicide autopsiés, dont

484 sujets de sexe masculin contre 125 de sexe féminin. Et dans la wilaya de Bouira en 2009, plus de 30 cas de suicide ont été enregistré.

Le chef de services de médecine légale de CHU de Tizi-Ouzou, le Pr. Boulassel sous a confirmé que rien que pour son service, $\frac{3}{4}$ d'autopsies effectuées chaque jour, sont des suicides. Une moyenne de 2 à 3 suicide chaque jour. Si on fait un petit calcul annuel, donc on peut enregistrer 720 suicides chaque an, rien que pour un seul service, et le chiffre surement est, au-dessous de la réalité. (Revu de presse : le soir d'Algérie 11/11/2012 le suicide, un véritable probleme de santé publique)

Tableau N°01 : Tableau récapitulatif du nombre de suicide et tentative du 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

Il faut savoir que ces chiffres sont incomplets, et ne représentent pas réellement tout le territoire national. Ce sont des statistiques qu'on a collecté juste auprès de quelques organismes nationaux. Et parmi ces suicidés on compte une moyenne de :

- **69% d'entre eux sont du sexe masculin ;**
- **65% sont des célibataires ;**
- **63 % sont des chômeurs ;**
- **59% sont de 18 à 35 ans ;**
- **70% d'entre eux, ce sont suicidé par pendaison.**

2- ETIOLOGIE DE LACTE SUICIDAIRE

2-1- ETIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

La présence d'un ou plusieurs troubles mentaux représente le facteur le plus largement répandu parmi les personnes suicidées. En particulier, ces dernières sont significativement plus nombreuses à souffrir au moment du décès, d'un trouble de l'humeur (70,15 %, 3,36 % du groupe contrôle), de la consommation de substances (abus ou dépendance) (44,78 %, 5,36 %) ou un trouble anxieux (14,43 %, 1,79 %) (Séguin et al., 2011). Ces tendances sont retrouvées au cours de la vie. En outre, les personnes suicidées endossent significativement plus de troubles de la personnalité, surtout les troubles des groupes B et C⁴. Des travaux conduits par Hawton et Van Heeringen (2009) recensent le trouble psychiatrique, en particulier un trouble de l'humeur, lié à une substance, anxieux, psychotique ou une personnalité pathologique, comme le facteur de risque suicidaire le plus robuste. De plus, dans une revue de littérature, Nock et al. (2008) rapportent que 90 % à 95 % des personnes suicidées souffraient au moment du décès d'un trouble psychiatrique et concluent que le trouble psychiatrique constitue une cause principale du suicide. Enfin, dans un ouvrage synthèse, Caillard et Chastang (2010) explorent les études menées dans le cadre de l'ESEMED⁵ ou avec l'OMS et résument que le facteur le plus associé au suicide est le trouble psychiatrique, surtout un trouble d'abus et de dépendance aux substances (en particulier, une dépendance alcoolique), un trouble anxieux (en particulier, un trouble anxieux généralisé) et un trouble associé au contrôle des impulsions. (Nicolas C., 2015, P127).

Le risque suicidaire au cours des troubles dépressifs :

Les patients présentant un Trouble de l'humeur ont un risque de suicide multiplié par 30 par rapport à la population générale. Leur taux annuel moyen de mortalité est de 3 % dont un tiers est imputable au suicide, soit une prévalence annuelle du suicide chez les déprimés de l'ordre de 1%. Environ 15 % des patients déprimés décèdent par suicide. Le geste suicidaire, dénué d'ambiguïté chez le mélancolique, s'inscrit dans un vécu de culpabilité et de profonde souffrance morale. Il apparaît comme le mode ultime de résolution d'un intense sentiment de faute ou l'unique moyen d'échapper à une intolérable torture psychologique ; il est souvent dissimulé, minutieusement préparé, perpétré dans la solitude et avec une violence dans le choix des moyens qui authentifie le désir de mort. Les données concernant les fréquences

respectives du suicide dans les dépressions unipolaires et les dépressions bipolaires sont contradictoires mais il semble que les troubles bipolaires II exposent particulièrement au suicide. On a aussi récemment souligné l'importance des dépressions brèves récurrentes dans la genèse des gestes suicidaires. Ces dépressions durant deux à trois jours et répondant aux critères d'épisode dépressif majeur pourraient, chez certains patients, réapparaître toutes les deux ou trois semaines. (Lemperiere.T et Fiiline.A., 1989, P272).

Risque suicidaire liés à l'addiction :

Selon de nombreux travaux académiques, les troubles liés à l'utilisation d'une substance (dépendance ou abus) constituent un facteur de risque suicidaire, en particulier une dépendance ou un abus alcoolique et une toxicomanie (Adès & Lejoyeux, 2001 ; Haw, Houston, Townsend & Hawton, 2001 ; Lesage, 1994 ; Michel et al., 2007 ; Nock et al., 2008 ; Riedi et al., 2012 ; Van Orden et al., 2010). A ce sujet, selon Craplet (2008), une dépendance alcoolique peut être assimilée à un équivalent suicidaire, la substance étant utilisée pour supprimer une souffrance psychologique par une destruction physique. En outre, selon Soubrier, Laqueille, Gomez et Quemada (1993), certaines alcoolisations sont des « ivresses suicidantes », parce qu'autodestructrices et associées à un danger de mort (danger à la fois conscient et inconscient), qui sont différentes de tentatives de suicide isolées utilisant l'alcool. En d'autres termes, une ivresse suicidante est une ivresse suicidaire, c'est à dire un acte auto agressif au moyen d'une consommation d'alcool, associé[e] à un vécu d'autodestruction chronique par l'alcool » (p. 144).

Plus largement, la jonction entre un trouble lié à une substance et un risque de suicide peut être faite de différentes façons. En effet, selon Guillaume et Bellivier (2013), les différents troubles liés à une substance sont en lien avec un danger de développer un autre trouble psychiatrique, la comorbidité psychiatrique renforçant le risque. De plus, un passage à l'acte sous la forme d'un raptus suicidaire, serait facilité par la désinhibition résultante d'une prise d'alcool, ainsi que plus dangereux.(Ncolas,C,2015,p.129)

Les troubles de la personnalité et le risque suicidaire :

D'une manière générale, les troubles de la personnalité sont associés à une suicidalité plus élevée (Jeammet, 2001 ; Nock et al., 2008). Parmi les personnalités spécifiquement

concernées, sont recensées des personnalités borderline (Lesage, 1994 ; Van Orden et al., 2010). Et antisociale (Séguin et al., 2006, 2011), principalement en raison d'une impulsivité renforcée. Cela est discuté dans la littérature scientifique. Ainsi, selon McGirr, Paris, Lesage, Renand et Turecki (2009), d'autres symptômes d'une personnalité borderline sont moins associés au décès par suicide, en particulier une instabilité affective, une idéation paranoïde ou des symptômes dissociatifs. Cependant, d'une manière générale, les personnalités pathologiques des groupes B et C augmentent le risque de suicide (Kim et al., 2003 ; Séguin et al., 2011).

Outre un diagnostic de personnalité pathologique, des éléments d'une personnalité et d'un état psychologique doivent être considérés. En effet, selon Jeammet (2001), un état psychologique spécifique, nommé « vulnérabilité narcissique », combinant une instabilité (ou dévalorisant) de l'image de soi, l'estime de soi, la confiance en soi ainsi qu'un sentiment d'insécurité interne, est partagé par la plupart des personnes suicidantes. De plus, selon une revue de littérature menée par Nock et al. (2008), un sentiment de désespoir, d'une part, une anhédonie, une impulsivité ainsi qu'une réactivité émotionnelle, élevées ou exacerbées, d'autre part, sont liés à un risque suicidaire plus élevé. (Nicolas, C, 2015, p128)

Les troubles anxieux et risque suicidaire :

Selon Michel et al. (2007), les troubles anxieux sont généralement liés à un danger amplifié, pouvant multiplier un risque de tentative de suicide jusqu'à 28 fois. Plusieurs études témoignent de cette association. Selon Nepon, Belik, Bolton et Sareen (2010), analysant la deuxième vague de données issues de l'étude épidémiologique nationale sur l'alcool et les conditions liées (NESARC⁷-II). 70 % des personnes, hommes ou femmes de tout âge et tout statut marital, ayant réalisé dans le passé au moins une tentative de suicide présentent un trouble anxieux (trouble panique avec ou sans agoraphobie, agoraphobie sans antécédent de trouble panique, phobie spécifique, phobie sociale, état de stress post-traumatique, anxiété généralisée). Les associations les plus fortes seraient celles entre une tentative de suicide et un trouble panique ou un état de stress post-traumatique (voir également Jeammet, 2001). D'autres travaux

académiques concordent vers un lien entre un état de stress post-traumatique et le suicide. Néanmoins, la robustesse de ce lien pourrait être grandement modulée par la comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques tels qu'un trouble dépressif majeur ou une personnalité pathologique (Chaudieu et Ducrocq, 2013).

Généralement, l'association entre suicidalité et troubles anxieux ne fait pas consensus dans la littérature scientifique. Selon Pfeiffer, Ganoczy, Ilgen, Zivin et Valenstein (2009), une comorbidité anxieuse (trouble ou symptômes) accroît un risque suicidaire parmi des personnes dépressives, indépendamment du trouble de l'humeur. Néanmoins, selon Nock et al., (2008), sans comorbidité avec un trouble dépressif, un trouble anxieux ne constitue pas un facteur de risque suicidaire. Plus largement, selon Caillard et Chastang (2010, p.128), la présence d'un trouble anxieux augmente un risque suicidaire à condition d'une comorbidité avec un autre trouble psychiatrique, décrivant une « composante anxieuse [...] qui vient colorer et compliquer la maladie cible [trouble bipolaire, schizophrénie, dépression, personnalité borderline, addictions, etc.] et [...] lui conférer un risque de passage à l'acte suicidaire particulier. »

Enfin, certains auteurs exposent qu'une anxiété peut aggraver un risque, sans qu'un diagnostic soit posé. Ainsi, selon Shea (2005), un pic d'anxiété aiguë peut faciliter un passage à l'acte suicidaire de manière impulsive.(nicolas,C ,2015,p130-131)

Les troubles des conduites alimentaires et risque suicidaire :

Communément, selon Desseilles et al. (2012), la quantité et la qualité des aliment consommés sont des indices d'un état psychologique. En effet, une alimentation en « trop » ou « pas assez » serait associée à un processus autodestructeur. De même, une alimentation riche en sucres ou graisses est

qualifiée par les auteurs de « toxique », car significativement liée à une détresse psychologique et des symptômes dépressifs, voire un trouble de l'humeur.

Concernant le diagnostic d'un trouble des conduites alimentaires, une anorexie mentale et une boulimie sont généralement en jonction avec un taux de suicide élevé, bien qu'elles ne constituent pas des facteurs principaux (Michel et al., 2007 ; Van Orden et al. 2010). Quelques travaux ont été menés à ce sujet. Selon Pompili et al. (2012, cité par Desseilles et al, 2012), le suicide est la première cause de décès parmi des personnes souffrant d'une anorexie mentale. De plus, un risque de tentative de suicide serait augmenté. En effet, selon Desseilles et al. (2012), une tentative de suicide est significativement plus fréquente parmi les personnes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires.(nicolas ,c,2015,p131)

Les troubles schizophréniques et risque suicidaire :

Chez les jeunes souffrant de troubles schizophréniques, la première cause de mortalité est le suicide. La fréquence du suicide chez les schizophréniques varie selon des études entre 10 et 13 %. La signification du suicide n'y est pas univoque ; il s'inscrit souvent dans un contexte dépressif, lors de la phase d'extinction du délire, chez des patients apparemment améliorés mais confrontés, au moment de la sortie de l'hôpital, aux réalités familiales et socioprofessionnelles. Il peut être le fait d'une paradoxale et imprévisible impulsion auto-agressive, ou survenir au cours d'une crise d'angoisse liée à un vécu de désintégration de la personnalité. Il peut aussi être en rapport avec le caractère intolérable de la souffrance occasionnée par l'état délirant ou avec la thématique délirante (persécution, menace).

Au cours des délires non schizophréniques, le suicide est souvent lié à la conviction délirante (suicide altruiste chez les mélancoliques délirants, hallucinations impératives de suicide dans une psychose hallucinatoire chronique...).(lemperiere,T, et Filine,A,1998,272-273).

Les états-limite et risque suicidaire

Le suicide est également très présent dans les troubles de personnalité dits limites, là où la récurrence des idéations suicidaires, des comportements auto-agressifs (phlébotomies, automutilations, conduites à risque), des conduites addictives facilitatrices (alcool notamment) et des tentatives de suicides est immanente à leur définition : de fait, un comportement suicidaire est retrouvé dans les antécédents de 55 à 90 % des personnalités borderline, avec une moyenne de trois à quatre gestes par patient (Gaillard et Chastang, 2010). La labilité affective et l'impulsivité participent étroitement à une psychopathologie de l'agir où le projet reste peu élaboré. Ce trouble se caractérise en outre par la répétition des conduites suicidaires (« suicidose » de Racamier), qui peut devenir un mode de réponse stéréotypé aux frustrations affectives ou aux blessures narcissiques.(vasslis,K, 2012,p717).

Neuropathologie et risque suicidaire :

Le suicide a souvent été mis en relation avec l'agressivité et l'impulsivité. Les recherches actuelles en neurosciences notent que les suicidants ont une plus grande vulnérabilité au stress. Ph. Courtet (Inserm) insiste sur la baisse du taux de sérotonine et son lien avec le suicide, le gène transporteur de sérotonine joue un rôle dans la prise de décision. Ces personnes sont irritables, ont propension à la colère, anxiété, impulsivité, neuroticisme. Damacio et coll. Notent une anomalie du lobe préfrontal qui joue un rôle dans l'inhibition et le contrôle des impulsions. La désinhibition est responsable des réactions impulsives à la base du suicide, des conduites délinquantes, des problèmes relationnels et difficultés à prendre des décisions.

Agressivité, difficultés d'inhibition n'impliquent pas forcément des troubles d'origine organique ou neurologique, mais peuvent être en rapport avec le reste subi quotidiennement par des personnes placées dans des conditions insupportables. Le mode d'éducation, basé sur la répression, sur des violences physique, verbales ou psychologiques peut exercer des pressions telles que le cerveau en subit les conséquences et rend le sujet, qui à force de subir des pressions, intolérant aux frustrations ce qui risque de faciliter le passage à l'acte. (moutassim-momouni,B,2010, p49).

2-3- Biologie et risque suicidaire :

Les recherches biologiques se sont surtout orientées vers l'étude neuroendocrinienne de l'axe hypothalamo-hypophysaire, de la sécrétion de cortisol et vers l'étude des systèmes monoaminergiques centraux.

Depuis la mise en évidence par Mary Asberg en 1976 d'une relation entre un taux abaissé de 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien et le comportement suicidaire de patients déprimés, la Plupart des travaux sur les aspects biologiques du suicide s'intéressent à l'étude de la sérotonine.

De nombreuses études évoquent une relation entre hypofonctionnement sérotoninergique et passage à l'acte suicidaire : diminution des concentrations de la sérotonine et de ses métabolites dans le liquide céphalo-rachidien, le sang des déprimés suicidaires, anomalies du test à la fenfluramine, diminution des sites de liaison à l'imipramine tritiée, augmentation du nombre des récepteurs 5HT2 postsynaptiques dans le cortex frontal des sujets décédés par suicide.

L'hypothèse qu'une diminution de l'activité sérotoninergique pourrait être considérée comme un marqueur de vulnérabilité au passage à l'acte suicidaire violent et impulsif est corroborée par l'étude prospective de Roy, menée pendant 5 ans chez des patients déprimés ayant un taux abaissé du 5-HIAA : 25 % d'entre eux sont décédés par suicide.

L'hypofonctionnement sérotoninergique ne peut néanmoins pas être considéré comme un marqueur biologique fiable et prédictif, du suicide chez le déprimé et n'est pas spécifique du trouble dépressif.

Les modifications observées du fonctionnement sérotoninergique ne seraient ainsi pas associées à une entité nosographique, les troubles de l'humeur, ni à un trouble du comportement, le passage à l'acte suicidaire, mais à une dimension psychophysiologique : la diminution de la capacité à attendre, à différer une conduite

Ces recherches psychobiologiques ne sont pas encore actuellement à l'origine d'applications en pratique quotidienne mais sont intéressantes à considérer car elles mettent en cause des dimensions psychopathologiques comme la dépression l'anxiété, l'impulsivité, l'agressivité qui apparaissent comme des facteurs de risque suicidaire.(Marceli,D, et Berthaut,E, 2001,p119).

2-4- Les facteurs socio-familiaux et risque suicidaire :

Des facteurs d'ordre social peuvent également être associés à l'étiologie suicidaire. Un isolement social, provoquant le plus souvent des sentiments de solitude et d'inutilité, pourrait

amplifier le risque (Michel et al., 2007 ; Van Orden et al., 2010). Effectivement, selon Beck et al. (2011), les personnes vivant seules sont significativement plus nombreuses à déclarer penser au suicide et chez les hommes, généralement, l'environnement interpersonnel au social d'une personne suicidaire est source d'informations parce que concentrant nombre de facteurs de risque et protection (Shea, 2005). Toutefois, en plus de conditions actuelles, des événements passés d'ordre social pouvant être d'intérêt. Ainsi, selon Séguin et al. (2009), des difficultés avec la justice, notamment relatives à des actes criminels, sont significativement associées à des passages à l'acte suicidaire et au décès par suicide chez des personnes ayant une comorbidité avec un trouble de jeux pathologique. Enfin, une humiliation publique constitue parfois un facteur déclencheur d'un passage à l'acte suicidaire.

Ce type de suicide est bien codifié socialement et permet à celui qui le commet d'effacer une offense, de laver son honneur, de restaurer son image et sa valeur au sein de sa société, il ne nous intéresse pas dans le cadre de ce travail. (Nicolas, C, 2015, p.134).

Pour le sociologue, les facteurs sociaux tels que le niveau socioéconomique et culturel, les problèmes du divorce, etc. participent à l'augmentation du suicide. Mais c'est Durkheim qui va apporter de nouvelles données en étudiant de façon systématique toutes les 'cause' du suicide. A la fin du dix-neuvième siècle, Emile Durkheim publie l'ouvrage le plus complet, le plus approfondi intitulé « le suicide » et qui plus d'un siècle plus tard reste d'actualité. Il va utiliser des méthodes modernes : statistiques, recherches, épidémiologiques, comparaison avec différentes cultures. Il va considérer les facteurs dans toute leur diversité en partant des facteurs organiques, héréditaires, psychiatriques, économiques, culturels et enfin sociaux :

- Durkheim élimine les facteurs liés à la démence et à la maladie mentale. Pour considérer un suicide, il faut que l'acte soit conscient, intentionnel et qu'il cherche la mort en toute conscience. (moutassim-momouni, B, 2010, p49).
- Isolement affectif
 - Etre célibataire, séparé, veuf ou divorcé ;
 - Un échec sentimental plus ou moins proche ;
 - L'absence d'enfants ou le départ des enfants ;
 - L'éloignement familial ;
 - La perte d'amis de même âge, notamment chez les personnes âgées.
- Isolement social
 - Pas ou peu de vie sociale et de loisirs ;

- Un ou plusieurs déménagements ;
 - Un déracinement socioculturel (immigration) ;
 - Un environnement social désintégré ;
 - Un emprisonnement ;
 - Une hospitalisation avec éloignement familial ;
 - Un habitat socialement désorganisé ;
 - Une perte d'emploi, (notamment chômage dans les cinq dernières années et absence d'activité professionnelle dans l'année [59]) ;
 - Un conflit professionnel, des difficultés économiques, la retraite ;
 - L'absence ou la perte de convictions religieuses, politiques ou syndicales.
- (Marceli,M, et Berthaut,E,2001,p.138).

Le lien entre la famille et le suicide est important dans la mesure où elle est la cellule qui assure la pérennité de la société :

- La famille est le principal lieu des actions et interactions entre les individus et les groupes.
- Elle est l'espace de socialisation par excellence.
- C'est là que l'enfant trouve sécurité et sérénité fondatrices de la confiance en soi et en l'environnement.
- C'est là aussi qu'il peut ne trouver qu'insécurité, souffrances et violences ; ce qui crée la peur et risque de l'amener au renferment et ou à la violence et à l'intolérance.
- Enfin, si de nombreuses études s'élèvent contre la transmission générationnelle de la violence (B. Cyrulnik, B. Moutassem Mimouni, etc.) cela n'empêche pas pour autant qu'un certain nombre de personnes et de parents maltraitants ont subi des violences durant leur enfance et leur adolescence. (Moutassim-Momouni,B,2010, p57).

La famille peut concentrer un certains nombres de facteurs de risques où s'origine le malaise ressenti par les suicidants, mais quels que soient ces facteurs de risques, ils ne peuvent à eux seuls être la « cause ». Comme nous l'avons dit plus haut, il n'y a pas de cause mais un ensemble de facteurs qui, selon une alchimie particulière à chaque personne, vont donner une réaction particulière. Ensuite la famille est le meilleur allié (ou pas) du thérapeute et des intervenants. Enfin, elle est en détresse autant que le suicidant et la soutenir devient fondamental pour ramener l'équilibre nécessaire à la poursuite des actions thérapeutiques, de

prévention, de formation, mais aussi de soutien aux suicidants, etc. (Marceli,M, et Berthaut,E,2001,p.25).

Les études familiales ainsi que les rares études de jumeaux et d'adoption sont en faveur de l'existence d'une vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires. Deux études ouvertes suggèrent une augmentation du risque suicidaire dans la famille au premier degré des sujets décédés par suicide et 3 études contrôlées sur 4 confirment cette association.

Suivant une opinion courante, disait Dukheim, du moment que le célibataire a la vie plus facile que l'homme marié, que le mariage apporte avec lui toutes sortes de charges et de responsabilité, on peut s'attendre à ce que les gens mariés se suicident plus que les célibataires, Telle a été l'opinion défendue par un certain nombre d'auteurs, en particulier par A. Wagner.

Les facteurs de risque familiaux illustrent fort bien l'interpénétration des différentes dimension décrites jusque-là et le caractère par nature réducteur des approches épidémiologiques. Elles ont tout au moins le mérite de nous rappeler l'importance de l'évaluation de la dimension et du contexte familial dans la prise en charge d'un patient souffrant de crise suicidaire.(Laurent,M, et Francois,D,2008,p83).

- Hérité
- Célibat
- Veuvage
- Divorce
- Pas d'enfants
- Antécédents psychiatriques
- Antécédents de suicide
- Syndrome du survivant
- Plus de quatre enfants
- Un seul enfant
- Séparation
- Maladie d'un proche
- Violence intrafamiliale
- Violence psychique

- Etc. .(Laurent,M, rt Francois,D,2008,p84).

3- Suicide psychopathologies :

3-1- Suicide et névrose

Les conduites suicidaires chez les névrotiques sont très fréquentes mais n'aboutissent heureusement pas toutes à la mort. Les tentatives de suicide s'inscrivent en général dans un contexte où la structure névrotique est encore instable, facilement déséquilibrée à l'occasion de la perte d'un objet réel ou imaginaire ou par le surgissement de conflits intra-psychiques et relationnels dont la futilité apparente est sans commune mesure avec leur perception subjective : une légère déception, une frustration anodine, une parole maladroite deviennent des traumatismes destructeurs, parce qu'elles viennent confirmer un phantasme d'insatisfaction, d'infériorité et d'incomplétude et mesurer l'écart par rapport à l'image idéalisée de soi.

Certains gestes surviennent au cours d'état névrotique organisé, le plus souvent chez les hystériques. Ceux-ci parlent ou menacent si souvent de mettre fin à leurs jours que leur entourage tend à douter de l'authenticité de leur souffrance et de la sincérité de leur intention. On néglige ainsi fréquemment les symptômes comme les messages de détresse des hystériques, ce qui explique sans doute que le premier contact du médecin avec l'hystérique se fasse souvent lors d'une tentative de suicide comme le signale ISRAEL (1977)²⁰. Les modalités du suicide hystériques (intoxication médicamenteuse, phlébotomie) laissent une chance aux secours d'intervenir d'autant que la tentative a souvent été annoncée ou a été organisée de façon à être découverte avant qu'il ne soit trop tard. Il ne faut cependant pas se laisser surprendre par le jeu de l'hystérique dont l'une des ruses (inconscientes) est précisément d'arrêter de jouer comme il le fait d'habitude en commettant par exemple une tentative de suicide à l'insu de tous. Nous pensons ici à certains patients, estimant « avoir tout pour être heureux » qui ne peuvent exprimer leur affect dépressif en raison de la culpabilité, voire de la honte que cela entraîne et qui utilisent des voies détournées (symptômes névrotiques banaux, traits caractériels, somatisations diverses) pour tenter de se faire entendre et reconnaître.

Chez ces patients, la promesse d'une trop grande satisfaction peut être vécue de façon aussi insupportable qu'une frustration. Dans ce cas, la tentative de suicide préalable autorise le sujet à soutenir son désir et ouvre-en quelque sorte le droit au plaisir.

On voit qu'on est là dans un registre névrotique un peu différent déjà infiltré d'éléments obsessionnels. Le passage à l'acte est heureusement, beaucoup plus rare chez les obsessionnels, car il est souvent très grave et s'apparente à celui du mélancolique. Ces tentatives souvent déclenchées par un propos jugé offensant, réactivant une culpabilité grandiose, doivent être distinguées des phobies d'impulsions où le malade lutte par des évitements compulsifs contre son attirance pour la fenêtre ou des objets coupants par exemple. Ces impulsions donnent très rarement lieu à des passages à l'acte car elles restent généralement à l'état d'idée et sont métabolisées à l'intérieur du psychisme de l'obsessionnel.

Le risque de suicide dans les pathologies mentales montre que pour presque tous les troubles mentaux le risque de suicide est significativement accru ce risque de suicide est plus fortement majoré dans les états psychotiques aigus ou chroniques de type schizophrénique ou paranoïaque (Charlier-antoninie,G, et paponaud ,ch,2011.p12)

3-2- Suicide et psychose

Nous nous intéressons ici aux états psychotiques aigus ou chroniques de type schizophrénique ou paranoïaque.

Les suicides des schizophrènes sont assez fréquents. Classiquement, il s'agit de passage à l'acte imprévisible, irrationnel et incompréhensible dont la violence et par conséquent l'issue sont souvent fatales. En fait, on peut distinguer les suicides qui se produisent en phase aiguë, au cours d'épisodes délirants, hallucinatoires, que ceux-ci soient primo-invasifs ou évolutifs et ceux qui surviennent au cours de période d'amélioration et de stabilisation. C'est probablement au premier des cas que se rattachent les suicides qui se caractérisent par l'emploi de procédés bizarres ou symboliques parfois accompagnés d'automutilation avec une mise en scène impressionnante par son étrangeté ou son horreur (transfixion, auto-crémation, castration, décapitation...). Certains scénarios font parfois suspecter une origine criminelle. Dans ces phases processuelles, on invoque plusieurs « explications » au passage à l'acte : soumission à un ordre hallucinatoire, rationalisme morbide, raptus au cours d'un accès de dépersonnalisation, panique devant l'étrangeté du vécu délirant, fuite devant des persécuteurs imaginaires... Parfois, la confusion mentale du sujet est telle que se pose le problème de l'intentionnalité suicidaire et qu'est soulevée la possibilité d'un accident par méconnaissance du danger. Cette hypothèse est particulièrement défendable au cours des bouffées délirantes ou certaines convictions délirantes de toute

puissance ou d'immortalité doivent être éprouvées dans la réalité. La même question est actuellement permise dans un tout autre contexte lors des crises d'agitation autodestructrice chez certains oligophrènes (arriérés mentaux) ou chez des catatoniques chroniques.

Mais s'ils sont moins spectaculaires, les suicides de schizophrènes adviennent souvent au cours de période où l'amélioration se traduit par une reprise des contacts avec la réalité, un réinvestissement des relations, une réappropriation de l'identité. Avec les traitements chimio

et psychothérapeutiques actuels, ces phases de stabilisation tendent à se prolonger et constituent même la plus grande partie de leur vie. Les suicides qui s'apparentent alors à ceux des sujets « normaux ou normalement dépressifs, peuvent être reliés à des difficultés relationnelles d'apparence banale (rupture sentimentale par exemple). Mais c'est surtout la perte des défenses psychotiques usuelles qui menace le plus directement l'équilibre existentiel des schizophrènes. Les traitements modernes, s'ils ont transformé l'évolution et les conditions de vie de ces patients, en luttant contre leur chronicisation, les exposent à d'amples variations thymiques et émotionnelles que la fragilité de leur structure n'arrive pas toujours à tempérer efficacement.

Plusieurs mécanismes peuvent fonctionner de façon isolée ou synergique : abrasion trop rapide du délire qui était une néo-réaliste plus supportable, rupture avec la relation d'objet hallucinatoire, effets dépressogène des neuroleptiques et surtout sentiment d'abandon de la part du thérapeute dont l'éloignement est pourtant indispensable à leur individuation. Il en découle que les patients se retrouvent confrontés avec une réalité frustrante, voire persécutrice devant laquelle ils ont l'impression qu'ils ne seront jamais suffisamment armés pour l'affronter comme le font les autres. Ils savent par expérience qu'il leur sera difficile d'échapper à la rechute, qu'ils restent sous l'emprise de mouvements émotionnels incoercibles et que l'angoisse est toujours là, prête à resurgir. Un bilan logique et rationnel peut alors les amener à se supprimer pour n'avoir pas à supporter de vivre leur folie dans un monde qui la rejette. Les responsabilités des thérapeutes se trouvent ici engagée lorsqu'ils entraînent le schizophrène dans des épreuves où il s'agit de les « normaliser » à tout prix, c'est-à-dire de les soumettre à des modèles communs mais inadaptés à leurs possibilités et de les convertir à des objectifs idéaux, dépassant leur capacité.

Nous serons beaucoup plus brefs pour le suicide du paranoïaque, d'abord parce qu'il paraît rare et que lorsqu'il se produit il se rapproche du suicide mélancolique dans son déterminisme, ses modalités et sa signification, même si les motivations avouées sont différentes. Le paranoïaque va parfois jusqu'à mettre en jeu sa propre vie pour prouver la justesse de sa cause et faire valoir son droit. Son acte est particulièrement hétéro-agressif, visant à se venger de son persécuteur qu'il pense atteindre indirectement mais sûrement. Par contre les réactions paranoïaques sont très souvent en cause dans de multiples conduites suicidaires notamment chez les sujets présumés psychopathes. (Papnaud et l'abbé charler,2011.p15)

4- Les modes opératoires du suicide

Les méthodes utilisées sont multiples, selon le sexe, les régions, et un peu moins selon les âges.

La disponibilité et l'accessibilité à certains moyens, pouvait avoir un impact sur le choix, l'importance et l'évolution du suicide. Plus cette disponibilité est grande, plus le risque de passer à l'acte est élevé, pour cela, on observe une différence selon les régions ou les pays. Aux Etats-Unis et comme en Suisse, par exemple, l'arme à feu devient le moyen le plus utilisé par une grande majorité des décès par suicide, L'empoisonnement par pesticide selon l'OMS, est plus fréquent dans les pays d'Asie et en Amérique latine ; l'empoisonnement médicamenteux est fréquent dans les pays nordiques et le Royaume-Uni. d'un endroit élevé est très connu dans les grandes villes, telles que Hong Kong (chine). En Algérie, le professeur Hadji, chef de service de la médecine légale de l'hôpital Mustapha Bacha à Alger,

Méthodes violentes : Ce sont des moyens plus mortels et décisifs comme : (la pendaison, l'immolation, arme à feu... etc.). Ces moyens utilisés par les hommes, renvoient dans la majorité des cas, à la représentation traditionnelle de la virilité, un signe de force, de détermination et de réussite.

Méthodes non violentes : ce sont des moyens moins mortels et incertains comme : (l'empoisonnement médicamenteux, les intoxications, la noyade, l'inhalation de gaz, couper les veines, le saut d'un lieu élevé, . . . etc.). Selon une étude de l'INSEE, comportements vis-à-vis de la santé

Tous les statisticiens et d'autres chercheurs, qui ont étudié les modes de suicide (comme Guerry et Durkheim), ont confirmé que la proportion de divers moyens utilisés connaît une constance remarquable pendant les années, pour une même société ; la variation est toute relative, Durkheim écrit « chaque peuple à son genre de mort préféré. »

Selon Halbwachs, le choix du mode de suicide « est guidé par des forces extérieures à l'individu, et qui résulte des conditions nationales, et des manières d'être nationales de chaque pays, ou d'un ensemble de pays qui se rassemble en matière de coutumes, de tradition, de l'espace géographique, de civilisation... etc. »

Durkheim disait que les causes de suicide, ne sont pas les mêmes causes qui guident le choix du moyen, ces dernières varient par exemple, du milieu de vie (ville ou campagne), ou le taux des homicides.

D'ailleurs, il y a même ceux qui nomment ces cas de mort, non comme suicide, mais plutôt, mort par pendaison. Selon les cas enregistrés par différents organismes de sécurité, CHU, et plusieurs articles et contributions qu'on a pu collecter et d'après notre enquête sur le terrain, on a estimé que la pendaison occupe un taux de 70%_d'empoisonnement (médicaments, produits chimiques,), l'utilisation d'une arme à feu, des armes blanches, les chutes et les noyades viennent ensuite. (Djebar,L,2015,p91).

5- La pratique psychiatrique et la question de suicide :

5-1 Le rôle de psychiatre dans la prévention du l'acte suicidaire au milieu psychiatrique :

Le psychiatre vise essentiellement la disparition des symptômes ainsi qu'une amélioration du moral du patient.

Le psychiatre vise donc essentiellement le symptôme plutôt que la compréhension que le sujet, en à, la façon dont le patient vit sa maladie est secondaire. Il est pris en charge à tous les niveaux, dans une certaine passivité de sa part, on prend surtout en charge la pathologie et l'objectif est soit la guérison, soit un dont le but est de rendre les symptômes les moins

invalidant possibles pour le sujet, et ce qui concerne l'action ou le rôle de psychiatre dans la prévention du suicidaire, il met l'accent (Kathy Nutini, 2006, P15)

Le psychiatre met l'accent sur la nécessité de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique : certains mettent l'accent sur la dépression qui précède le passage à l'acte suicidaire (souvent révélée par l'autopsie psychologique), d'autres considèrent que toute personne qui fait une TS est dans un état psychologique équivalent à une crise paroxystique qui nécessite une hospitalisation d'urgence et des soins médicamenteux en mesure d'amener à une sédation de l'anxiété et pouvoir par la suite entreprendre une psychothérapie approfondie (Badra moubtassm-mimouri,2010,p.117)

Pour le psychiatre, le suicide est lié à une souffrance psychique et non psychiatrique puisque seuls 20% sont des cas psychiatriques avérés. Le suicide est un acte hors norme qu'il est facile de le ramener à la folie, à la perte de la raison ; cela déculpabilise et ne fait que renforcer la souffrance psychique et l'isolement de ces personnes (Badra moubtassm-mimouri, 2010,p.116)

Tout ceci amène le psychiatre à :

- rechercher une pathologie psychiatrique plus ou moins grave qui pourrait nécessiter une prise en charge spécialisée ambulatoire, voire hospitalière ;
- essayer d'évaluer les facteurs de risque en fonction du contexte de la tentative de suicide, de la dynamique familiale et de la situation socio-économique ;
- apprécier l'importance de la problématique actuelle et la place de l'éventuel facteur déclenchant. (Lemperière thérèse , 2000,p.138)

La conduite suicidaire est avant tout une urgence psychiatrique et elle doit le redevenir dès que les « urgentistes » non-psychiatres ont résolu les problèmes somatiques. Plus qu'une simple consultation, c'est une prise en charge psychiatrique

Une hospitalisation en milieu psychiatrique du suicidant est indispensable.

Le temps d'hospitalisation d'un suicidant dans une unité de psychiatrie d'un service d'urgence d'un hôpital général, doit être laissé à l'appréciation du psychiatre. Ce dernier donnera un avis favorable de sortie quand l'orientation sera clairement définie et que les contacts éventuels avec les correspondants extérieurs seront pris (Badra moubtassm-mimouri, 2010, p.134)

5-2- Le rôle du psychologue dans la prévention de l'acte suicidaire en milieu psychiatrique :

Le travail psychiatrique n'englobe pas seulement celui des psychiatres. Il faut tenir compte de celui des membres de l'équipe pluri professionnelle et notamment des infirmiers et des psychologues(caroline.d.2011,p,13)

Le psychologue en service de psychiatrie est au cœur d'enjeux cliniques, politiques, épistémologiques et éthiques qui sont étroitement liés. Il est concerné et impliqué afin que l'institution psychiatrique continue d'être un abri et un accompagnement pour ces sujets en équilibre fragile dans leur rapport à l'Autre. Il ne se situe pas en position d'extraterritorialité par rapport à ces enjeux mais il s'appuie sur sa cure personnelle, le contrôle de sa pratique par un pair, l'étude de cadres théoriques solides pour se faire partenaire de l'inguérissable de chaque sujet.(caroline.d.2211,p67)

Les psychologues ont pu progressivement intervenir dans la prévention du suicide : avec sa neutralité et sa capacité d'analyse l'aménagement également à favorisé l'interprétation de comportements déviant ou dangereux, et ce faisant à prévenir le passage à l'acte (Colette Duflat , 2008, P183).

Il aura à sa charge la mission d'évaluer la situation du suicidant et de son entourage mais surtout de bien d'orienter par rapport à sa prise en charge thérapeutique (Badra Montaisem mimouni, 2010, P133).

Les psychologues voient également la nécessité de prendre en charge les personnes qui ont fait une TS et leur entourage de manière à éviter la récurrence d'une part et soulager en aidant le patient à verbaliser ses souffrances, d'autre part. La famille à autant besoin que le patient d'un soutien psychologique pour l'aider à surmonter ce traumatisme (Badra Montaisem mimouni, 2010, P117).

Alors le psychologue permettre aux patients d'exprimer ses conflits relationnels à l'origine de son acte. Et grâce à des entretiens avec le suicidant. P132

Nous analyserons les antécédents familiaux et personnels du sujet à la recherche :

- des antécédents suicidaires.

- des antécédents des troubles psychiatriques.
- des conduites toxicomaniaques.
- de l'existence de séjours hospitaliers psychiatriques.
- de la présence d'affections médicales chroniques ...

L'entretien tient aussi à mettre en exergue l'éventuelle présence de facteurs de vulnérabilité mais aussi de protection.

Il faut, évidemment, rechercher tout investissement affectif extra-familier et son lien avec l'histoire du sujet et les éventuels conflits conséquents avec sa propre famille.

Toute suspicion de pathologie mentale doit faire l'objet d'un examen clinique et éventuellement la demande d'un avis psychiatrique.

Il est important de rappeler que les troubles psychopathologiques, particulièrement anxio-dépressifs, ont un fort lien avec le suicide.

L'analyse proprement dite de l'acte suicidaire vise à préciser :

- si le passage à l'acte était prémédité ou impulsif
- la gravité du moyen utilisé
- la concomitance avec des symptômes psychopathologiques (anxiété, dépression, délire, hallucination, confusion ...)
- la réaction émotionnelle (rupture sentimentale, sentiment d'humiliation, conflit familial, stress socio-professionnel)

L'analyse de la structure de la personnalité sous-jacente permet de reconnaître les traits vulnérables rendant le sujet intolérable aux frustrations (personnalité immature, narcissique, névrotique, schizoïde ...). (Badra Montaisem mimouni, 2010, p. 131)

Les tests sont également très présents dans la pratique du psychologue en service de psychiatrie. On lui demande régulièrement d'évaluer les patients des points de vue de leur efficacité intellectuelle mais aussi d'apporter une aide au diagnostic par la passation de projectifs, dans cette unité, les épreuves les plus régulièrement employées sont le WAIS, le Rorschach et le MMPI.

Il arrive d'autre part que la psychologue du service soit sollicitée pour des expertises psychologiques et qu'à cet égard elle effectue un bilan complet de la personne. (KATHY NUTINI, 2006, P19) .

5-3- La prise en charge des suicidant

Prise en charge hospitalière

Chaque personne suicidant, doit être adressée immédiatement aux urgences d'un établissement de soin, une équipe de pluridisciplinaire devrait être au service du patient. Dès que son état le permette, un contact d'empathie et de confidentialité, paraisse essentiel entre le médecin et le patient. Ce dernier devrait sentir qu'il est compris, reconnu et accepté par son médecin, pas le juger ou l'humilier.

Le travail des soignants des urgences, c'est de faire sortir ces suicidants de leur tension interne, destructrice et anémique, pour les réinscrire dans une nouvelle trajectoire de vie. Retisser le lien avec soi-même en premier, et avec son entourage en suite ; qui sera renforcé par un suivi psychothérapique. Le soin de la crise suicidaire doit s'inscrire dans une continuité, entre un accueil aux urgences, une hospitalisation au milieu psychiatrique et le suivi psychothérapie ultérieure.(Djebar,L,2015,p9).

La prise en charge médicale et psychologique ne peut seule être efficace, s'il n'aura pas un suivi et une prise en charge familiale et sociale. Prévenir le suicide, est une affaire complexe qui demande un effort multidisciplinaire.

Aux urgences, il faut tout d'abord assurer la sécurité du patient en prenant :

- Des mesures de réanimation nécessaire : instaurer immédiatement le traitement d'intoxication (lavage, antidote) et se méfier de la toxicité des médicaments ingérés ;
- Une prise en charge chirurgicale ou médicale d'urgence en fonction des cas ;
- Un examen clinique complet du suicidant ;

Après l'évaluation du médecin généraliste au service hospitalier, l'avis psychiatrique est indispensable.(Dtaik,O,2002,p60).

Le premier entretien doit se faire dans un endroit calme, en toute confidentialité et en face à face. Il a pour premier but de travailler l'alliance thérapeutique. Il ne faut pas hésiter à laisser le patient exprimer ses émotions. (Florian, N, et Florian, F 2011, p280). Il permet :

- D'aborder et interroger le sujet suicidant ;
- D'identifier l'existence de facteurs précipitants ;
- De distinguer entre crise psychosociale et crise en rapport avec un trouble mental afin d'orienter la prise en charge et les interventions proposées ;
- D'analyser les circonstances qui conduisent la personne à vouloir mourir ;
- De préciser les caractéristiques psychosociologiques du sujet La structure de la personnalité
 - L'existence d'une pathologie sous-jacente
 - L'existence de symptômes dépressifs ou impulsifs
 - La qualité de l'entourage.

Il s'agit ensuite d'assurer la prophylaxie des récurrences et d'envisager la valeur symptomatique du geste suicidaire. Ensuite, plusieurs décisions restent possibles :

- Sortie avec consultation ambulatoire ;
- Hospitalisation en milieu psychiatrique. (Batt, A, et Leguay, D, et Lecorps, p, 2007, p20).

L'hospitalisation a pour but :

- D'éviter le passage à l'acte (risque suicidaire élevé)
- De permettre une résolution de la crise en milieu protégé,
- D'instaurer une relation d'aide et de confiance avec le milieu hospitalier,
- De mettre en route un traitement spécifique, si l'on retrouve une pathologie psychiatrique (mélancolie, psychose, etc).

Elle présente une solution, en cas d'échec du traitement ambulatoire, en cas de risque suicidaire authentique ou de pathologie psychiatrique grave.

La surveillance dans le service est permanente. Il faut retirer tout objet dangereux auprès du patient. (Pierre,L,2007,p357).

1.2. Traitement pharmacologique en milieu psychiatrique :

L'objectif du traitement pharmacologique est le soulagement des symptômes aigus, et le contrôle de l'étiologie responsable de la conduite suicidaire. Parmi les médicaments qu'on peut prescrire :

- Les Antidépresseurs sédatifs à dose efficace par voie parentérale ;
- Les Benzodiazépines ;
- Les Neuroleptiques ;
- Thymorégulateurs

Le médicament	Rôle dans le traitement de risque suicidaire
Antidépresseurs	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune étude versus placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout venant. - De nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés. <p>Ceci n'exclut pas la possibilité de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire rapportée avec tous les antidépresseurs.</p>
Neuroleptiques	Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de tentative ou de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie ; il existe quelques arguments en faveur d'un effet protecteur des neuroleptiques atypiques.
Benzodiazépines	<ul style="list-style-type: none"> - Elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire. -Aucune étude expérimentale n'est venue confirmer la nécessité d'associer systématiquement les benzodiazépines aux antidépresseurs dans le traitement de la dépression.

1.3. Psychothérapie

Elle joue un rôle important dans le traitement des individus avec des idées et conduites suicidaires. Plusieurs preuves soutiennent l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de certains troubles : le trouble dépressif majeur et la personnalité limite, qui sont les plus associés à un risque de suicide.

Les psychothérapie les plus indiqués sont :

- Les psychothérapies telles que la psychothérapie interpersonnelle et la thérapie cognitive de comportement peuvent être indiquées pour les comportements suicidaires, survenant dans un contexte dépressif.
- La psychothérapie structurée type cognitivo-comportementale peut être utilisée en cas de désespoir.
- La thérapie psycho dynamique et la thérapie comportementale dialectique peut être utile chez les patients suicidants avec un diagnostic de trouble de la personnalité type borderline.

Il existe peu d'études concernant le suivi des patients après une tentative de suicide. Or, il existe un risque important de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte : environ 10 à 20 % des patients. Néanmoins, le problème est que les suicidants ne se plient pas facilement au suivi, en particulier après un passage aux urgences ou une hospitalisation de courte durée. Les études montrent en tous cas que le suivi est essentiel, notamment lorsque des troubles psychologiques sont associés, telles que la dépression ou la schizophrénie.

Mais sa mise en place doit se faire de manière adaptée, en fonction de l'évolution, du contexte...

Ce suivi exige :

- D'organiser les soins dès le début ;
- Favoriser l'établissement d'un lien de confiance entre les intervenants, le patient et son entourage ;

- Que le suivi soit assuré par une personne déjà impliquée dans la prise en charge ou connue du patient, comme son médecin traitant ;
- Une attention et une mobilisation soutenues durant l'année qui suit le début de la crise.

Une réévaluation de la situation après quelques jours est toujours souhaitable. Elle permet à la personne de se fixer des échéances pragmatiques et atteignables ; on considère que même chez une personne sans facteur de risque primaire, une vigilance de l'entourage est nécessaire dans l'année suivant une crise suicidaire ou une tentative de suicide (: La crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge. Texte recommandation conférence de consensus du 19 et 20 Octobre 2000)

2. Les Prise en charge familial :

Un entretien avec le conjoint ou la famille doit être réalisé. Cet entretien sera important plusieurs raisons. Il permettra d'évaluer l'impact de la tentative de suicide sur la famille, de se faire une idée de la crise sous-jacente sur laquelle ce symptôme essaie d'insister, enfin d'évaluer ce qui pourrait se passer à la sortie du service des urgences.

Le rôle des proches, est un facteur puissant dans la prévention du suicide et de la prise en charge du suicidant. Les parents, la famille et les amis du suicidant ou du suicidaire, possèdent un pouvoir très efficace pour la protection de ces personnes. Chez les personnes suicidaires, on remarque souvent des conduites inhabituelles et déviantes, elles souffrent majoritairement des troubles de personnalité, de la dépression, de l'anxiété, d'isolement, et une dépendance à l'alcool ou à la drogue.

Ces difficultés se compliquent s'aggravent avec le temps, et les proches sont les premiers à sentir et être influencés par ces personnes en risque. Le premier pas qui devrait se faire, c'est de se rapprocher de ces personnes, et essayer de les sortir de leur isolement et surtout les faire parler de leurs soucis.

La famille et les amis possèdent le pouvoir de convaincre la personne suicidante, la faire sentir qu'ils ont besoin d'elle, lui rendre l'espoir de vivre, être souvent proche, lui donner une aide matérielle et morale, et participer à surmonter ses difficultés. Le soutien du groupe Familial, professionnel, ou scolaire est fondamental, en essayant d'éviter de la juger, de la

catégoriser et de la rejeter ; mais la mettre sous contrôle dans des groupes, pour la resocialiser et la réintégrer. (Djebar,L,2015,p92).

CHAPITRE III :

Le cadre méthodologique

Préambule :

La méthodologie est une étape importante dans notre recherche, elle comporte les données relatives à la durée de l'étude, à son terrain d'investigation, aux outils employés et à la population impliquée dans un tel processus.

Après une première partie théorique qui nous a permis de mieux cerner notre objet de recherche et d'aboutir à une hypothèse générale au sujet de suicide au milieu psychiatrique, nous allons présenter nos choix méthodologiques dans ce chapitre.

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation des différentes étapes que nous avons suivies dans notre recherche, qui comprend les éléments suivants : la méthodologie de recherche, la description du lieu de recherche ainsi que les outils utilisés et le déroulement de la pratique et les caractéristiques de groupe d'étude.

1. La pré-enquête

Nous avons effectué notre pré-enquête auprès de l'hôpital FRANTZ FANON à la ville de Bejaia dans le but de recueillir des informations sur notre population d'étude on s'est présentée en tant qu'étudiante en psychologie clinique.

On déduit que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête, afin de préparer l'enquête proprement dite, Elle se révéla très utile pour enrichir notre problématique, affiner nos hypothèses, et construire notre guide d'entretien.

Mais avant d'entamer notre recherche nous avons d'abord expliqué notre thème de recherche au médecin chef, ainsi aux psychologues et aux psychiatres qui travaillent au niveau de service psychiatrie.

Nous avons présenté aux équipes de service.

Et avant chaque entretien avec un patient en prend d'abord la permission de psychiatre si le patient est stable et passif et même avant l'entretien en doit d'abord voir le patient pour voir s'il est d'accord de faire un entretien s'il n'est pas fatigué en se présentant et expliquant le but de notre recherche.

Et après avoir l'accord de toutes ses personnes en demande à l'agent de service de nous ouvrir le bureau et de rester près de bureau en cas d'urgence

2. LA METHODE DE RECHERCHE

Dans l'élaboration d'une recherche scientifique il faut utilisé une méthode efficace qui correspond à l'objectif visé en pratique.

Nous sommes appuyés sur l'étude de cas clinique dans le but de décrire les raisons psychologiques du suicide et des tentatives de suicides et comprendre la relation qui soutienne les tentatives de suicides avec les pathologies mentales les plus motivantes, telles par exemple les dépressions.

2.1- L'ETUDE DE CAS CLINIQUE :

Dans notre travail de recherche on a choisi l'étude de cas clinique. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu.

Nous avons adopté cette méthode de recherche car au fait elle tient compte des circonstances actuelles et passés pour décrire les problèmes actuels en utilisant des outils différents tels que l'entretien et le test, et cela répond exactement à nos objectifs, car notre étude est porté sur quatre cas d'adultes qui ont fait une tentative de suicide et nous avons utilisée pour le recueil des données des entretiens semi directifs et un test projectif (de personnalité) qui est le Rorschach.

3- PRESENTATION DES CAS CLINIQUE :

Durant cette période, j'ai rencontré des patients qui avaient différents problèmes de maladies mentales.

Pour la pratique de ma recherche, j'ai rencontré des dizaines de sujets suicidaires. Ces personnes hospitalisées pour une ou plusieurs tentatives de suicide sont admises pour une période d'observation

Parmi mes cas cliniques, j'ai choisi quatre cas venant pour une hospitalisation

Pour un motif de tentative de suicide [TS] quelque soit la nature de la maladie et quelque soit l'âge.

Pour répondre aux objectifs de cette étude, nous avons choisi 04 cas clinique. cinq patients, qui ont fait des tentatives de suicide à l'hôpital Frantz Fanon (CHU- Bejaia).

Les deux sexes étaient représentés dans l'étude. Nous n'avons pas pris en considération le niveau socioculturel

Tableau 02 : caractéristiques de la population d'étude

Nomination des Cas Cliniques.	Sexe	Age	Niveau d'étude	Situation professionnelle	Nombre de tentatives	Les moyens utilisés
Naim	Homme	29 ans	1 ^{re} année lycée	Sans emploi	2fois	Ingestion médicamenteuse (loxapac)
Naima	FEMME	45 ans	2 ^{eme} CEM	FEMME AU FOYER	3fois	Brulure par eau chaude
Anissa	Femme	45ans	5 ^{eMme} année primaire	Femme au foyer	2fois	Immolation
Lamine	Homme	49ans	Diplômé	Sans emploi	1fois	Ingestion drogue et over dose d'alcool Mélange les stupéfiants les 4 bouteilles de vodka

Le tableau N°02 récapitule les cas d'étude, il s'agit de quatre 04 cas.deux_femmes et deux hommes. Leur âgevarieentre 24 ans et 49 ans.

4- Présentation de lieux de la recherche ;

Le CHU de Bejaia a été créé par le décret exécutif n° 09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires annexée au décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaàbane 1418 correspondant au 23 décembre 1997 fixant les règles de création , d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

La liste des centres hospitalo-universitaires annexée au décret exécutif n°97-467 du 2 chaàbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisé

Et le service psychiatrie Les services Hospitalo-universitaires ont été créés par le décret exécutif n° 97-467 du 02 Chaabane 1418 correspondant au 2 décembre 1997, compété, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

Les 22 services hospitalo-universitaires relevant du centre hospitalo-universitaire de Béjaia. Leurs constitutives ainsi que leurs capacité technique sont comme suit Capacité litière : Homme 18 lits, Femme 08 lits.

Personnel médical : Médecin Généraliste : 02, Médecin Spécialiste : 02 Hospitalo-universitaire : 17. Personnel paramédical : 18, Nombre d'unités : **02** (Femme, Homme). Date de création : 2011 chefs de service : **Dr ABASSIA** Maître Assistante en psychiatrie.

5- LES OUTILS D'INVESTIGATION :

L'observation clinique

En tant qu'étudiants en psychologie, j'avais une place d'observateurs sur le travail de la psychologue autant auprès des patients lors des entretiens individuels qu'avec le reste de l'équipe lors des réunions.

Lors de mon expérience de terrain, j'assistais aux entretiens psychologiques en tant qu'observatrice. Je me tenais en retrait derrière le patient face à la psychologue et je prenais des notes. La psychologue. Les entretiens ont une durée d'une demi-heure à trois quarts d'heure. La fin de la séance se finissant par une question ou une observation sur laquelle le patient pourrait réfléchir. Lors de l'entretien, le sujet parle et laisse libre court à ce flux de parole, en l'interrompant lorsqu'un mot, une phrase ou une expression lui fait écho.

Après chaque entretien, je discutais avec la psychologue du sujet afin de définir sa structure psychique et de l'évolution du discours dans le temps.

On assiste aussi auprès des psychiatres lors des entretiens avec leurs patients venant pour une consultation ou pour une hospitalisation et même pour une urgence dans tout ce cadre je me suis dans l'observation clinique qui est une étape essentielle dans toute recherche scientifique et qui nous as permet de profonde nous connaissances sur les techniques de l'entretien

2.2- L'entretien clinique :

L'entretien a été le fruit d'une lecture de la littérature sur les conduites suicidaires, notamment les facteurs de risque de suicide ont été inclus.

Notre choix s'est porté sur une méthode de recherche par entretien en raison de thème abordé, et aussi en vue de récolter le maximum d'information sur nos sujets, et en raison des critères personnelles de ses patient suicidant qui acceptent de parler

C'est l'entretien qui permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. il sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande qui préside à l'entrevue.

L'entretien clinique semi-directif :

Nous connaissons dans l'entretien de recherche semi-directif l'outil ou la technique la mieux adaptée pour notre travail de recherche

Selon M. Angers : cette technique est toute indiquée pour qui veut explorer les motivations profondes des individus et découvrir, à travers la singularité de chaque rencontre, des causes communes à leurs comportements (M. Angers, 1994, p.17).

Elle a aussi ceci de particulier, qu'elle s'adapte mieux avec notre objectif de description d'un domaine encore largement méconnu par nous, celui de vécu psychologique des suicidants et les facteurs de risque, ce qui va nous permettre non seulement d'établir des faits, mais de saisir les significations données par les personnes aux situations qu'elles vivent.

Cet entretien nous permet de retracer les différents moments de la vie du sujet comme les maladies antérieures et actuelles ainsi que les conséquences qui l'ont mené à l'état psychique du moment, c'est une technique qui autorise une certaine liberté d'expression, une fois la consigne donnée, on se retient d'interrompre son sujet et si celui-ci reste silencieux car il n'arrive pas à sortir d'une situation de gêne, on le relance par d'autres questions qui vont nous permettre de noter l'investissement du sujet par rapport aux autres objets extérieurs, sa relation avec l'entourage, la façon par laquelle il gère les conflits, les mécanismes de défense qu'il utilise contre ses conflits.

Le guide d'entretien :

Pour ce faire, le chercheur se présente avec un schéma de questions à aborder avec chaque personne, on donne à la personne la liberté d'élaborer ses réponses à sa guise.

Notre guide d'entretien est reparti en quatre axes essentiels. Dont chaque axe comprend un nombre de questions dont :

AXE1 : contient les données personnelles du suicidant à savoir l'âge, le sexe, la profession, le niveau d'instruction... ;

AXE II : le rapport de patient avec sa famille

AXE III : les renseignements sur la vie sociale et professionnelle

AXE IIII : des questions sur son passage à l'acte suicidaire et la santé mentale du patient.

Moyens de la TS, son déroulement, ses circonstances (lieu et temps), les motifs invoqués et les, les soi et les symptômes, soins...

6- Déroulement de la recherche :

Nous avons pu trouver le groupe d'étude adéquat à notre recherche à l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia, au service psychiatrie a , comme des stagiaires en Psychologie clinique, et après avoir fait un entretien avec le chef du service, ou nous avons lui expliqué les objectifs et les outils de notre recherche, il nous à accorder un avis favorable pour effectuer notre stage pratique.

Nous avons était dirigé par les psychiatres du service de psychiatrie eu niveau de l'hôpital Frantz Fanon.

Notre premier jour au niveau de l'hôpital nous nous somme renseigner d'abord au prés des psychologues puis chez les personnes suicidaires.

Alors, nous avons été pour leurs rendre visite, et de se présenter comme des stagiaires en psychologie clinique pour l'obtention d'un Diplôme de fin de cycle, sous thème : « le suicide en milieu psychiatrique».

Nous avons expliqué nos objectifs, et demandé leurs consentement libre, afin de participer à notre recherche, y nous n'avons pas eu de difficultés vus que nous avons insisté sur le secret professionnel des données, et garantie la confidentialité de leurs vie privé, et leurs identités, nous disons que tout reste dans l'anonymat.

Nous avons commencé avec les quatre (04) cas, qui sont adéquate à notre recherche par l'entretien clinique puis le test du Rorschach

Nous remarquons que nos patients ont des difficultés à nous décrire le moment de passage à l'acte suicidaire, nous rependaient brièvement, et directement commencent à nous raconter de leurs souffrances psychiques, leurs douleurs.

Lors de l'entretien, nous avons eu des difficultés, les conditions de le faire sont vraiment gênantes, absence du cadre (bureau) ajoutant. Ils ont des difficultés pour s'exprimer, sans oublier les interventions des infirmiers à chaque fois.

A la fin, nous les remercions pour leurs participations dans notre recherche, on leur souhaite un bon rétablissement.

Ce travail, nous a permis de voir le milieu professionnel, de connaître le terrain et surtout, de partager la souffrance des patients, et essayer d'améliorer leurs états psychiques.

V-Présentation et analyse du contenu et de test du Rorschach du 1^{er} cas :**V-1- Présentation et analyse de l'entretien 1^{er} cas :**

Mr « Naim » est un jeune âgé de 29ans il est le benjamin d'une famille de 4membres (deux sœurs, deux frères.) il a eu son diplôme de finance à l'université de Bejaia il a été intelligent et brillant pendant son parcours. Il occupait un poste très important dans une grande entreprise. Vivant au sein d'une famille ou les relations sont mutuelles, surtout avec sa grande sœur et son père, mais ce dernier est décédé il y a quatre ans de cela, « Naim » fut totalement bouleversé après cette perte. Cela alors a été la cause de sa première tentative de suicide.

Evoquons ses relation Naim n'était pas une personne réservée, il a de nombreux amis qu'ils l'ont beaucoup aidé à surmonter cette épreuve. En particulier Yanis son confident. Yanis qu'il considère comme frère.

Après sa remise en bon état Naim rencontre une jeune fille nommée Leticia, ils sont devenus très attachés l'un a l'autre. Leticia lui disait toujours qu'elle était possédée par un mauvais esprit. Naim croyez a ses choses, Pour lui c'est la cause de leurs problèmes si comme si c'est l'esprit qui veut les séparé. Disent « il veut nous séparer pour qu'il reste avec elle ». « yevgha anem séparé iwaken adhiqim yidhes ».

Après un certain temps de la guérison de Leticia, elle a découvert que Naim a un compte face book sans qu'elle le sache elle l'a directement quitté. Naim n'arrêtait pas de s'accuser il dit « c'est a cause de moi que Leticia ma quitté pour quoi je ne lui pas dit que j'avais se compte ? ». « Neki idheseba imi iytheja leticia iwachou ifragh felas ? ».

Les idées suicidaires s'installèrent dans sa tête. Il a ramenait toujours dans sa poche une bouteille d'acide, et quand il a décidé de passer a l'acte, il a envoyé des messages de remerciement a ses amis, mais c'est derniers l'ont empêché et incité à renoncer a cette idée. Naim et Leticia se sont remis ensemble et leurs relation a duré quatre ans. Mais quand Naim a demandé sa main au mariage. Le père de Leticia a refusé a cause de quelques problèmes familiaux.

Ils ont rompues encore une deuxième fois, envahi par le chagrin, Naim est devenu insomniaque, en manque d'appétit, il a été suivi en psychiatrie ou on lui a prescrit des anti

dépresseurs avec lesquels il s’est servi pour se suicider en avalant 100 comprimés, après cela il a laissé un message d’adieu à Leticia.

De l’entretien nous avons su que « Naim » avait frôlé la dépression ou il y a la présence du tableau symptomatologique de la dépression. Ou il disait : « Je ne trouve aucun intérêt pour la vie » « Leticia est le centre de ma pyramide que j’ai construit, après son départ la pyramide s’est effondré » « j’ai annulé mon voyage en France à cause d’elle » « ouythouqi3gkhra g dounith agui » « jegh avoyage iw are frança 3lajal-is ». Naim nous a révélé qu’après avoir rompu avec « Leticia » il est devenu sélectif il ne fréquente plus les filles mais uniquement les garçons.

. Ce passage à l’acte n’a pas été panifié au part avant, il l’a fait au moment de folie « c’été inconsciemment » selon ses dires

V-1-1- La Synthèse de l’entretien de Mr Naim :

D’après l’entretien clinique que nous avons effectué avec le patient « Naim » nous constatons que ce patient face aux problèmes, il a des difficultés à dépasser les événements traumatisants vu son attachement et son étayage aux personnes qu’il aime, la présence d’une dépression vu ses symptômes, et la dévalorisation de soi. Et le sentiment d’abandon ce sont ces facteurs qu’il en poussé au suicide. Il a fait cet acte au moment de folie « c’été inconsciemment » selon ses dires. Concernant la question de ses projets dans l’avenir « Naim » nous a répondu avec une incertitude « je ne sais pas peut être je vais aller en France »

V-2- Présentation de protocole de Rorschach de Mr Naim :

Planches	Texte	Enquête	Cotation
Planche I	:7” « C’est difficile...je ne peux pas me fonctionné, la première intention... J’ai rien vu et pourtant il ya quelque chose mais... Peut être c’est l’effet du	C’est un homme entrain de dense, voila sa main et pour l’autre coté c’est la même chose. (G k h ban). C’est un masque voila c’est 2 yeux, mais les 2 autre vide	Refus

	médicament ou » ? 1' :41''	je ne sais pas pour quoi c'est ce qui m'étonne. G(ou éventuellement, selon l'enquête).	
Planche II	:38'' 1-« ...je ne trouve pas quoi dire il ya quelque chose mais je n'arrive pas a l'explique Quesque c'est ... Deux personnes qui se tapent la main, ou deux animaux. » 1 :18	D (grandes parties latérales).	DKH
PlancheIII	:38'' 2-« c'est une partie d'une personne les reins. les os d'un être humain. » 2 :11	D (rouge extérieure en haut). D (partie inferieure de coté). c'est comme si des organes des hanche et part apport a ce qui est a l'intérieure je ne sais pas.	DF ⁺ anat DF ⁺ anat
Planche IV	:12'' 3-« En dirait pas deux personnes dos a dos ?il s'étaye sur quelque chose, 4-peut être c'est un arbre .il ya deux partie qui se ressemble. » 1 :03''	(Moitié supérieure). D (parties centrales entières). Deux homme qui s'étaye sur quelque chose arbre et sa tête est coté sur le dessin.DF-H	DKH DF ⁺ Bot
PlancheV			GF ⁺ A ban

	:2'' 5-« C'est un papillon, c'est la forme d'un papillon, c'est tous. »58''	G (éventuellement, selon l'enquête). J'essaye d'ajouté quelque chose mais ya rien.	
Planche VI	:14'' « (étonné). c'est sa sont sens ?c'est l'inverse de la planche précédente .c'est un homme 6-en aux sens contraire la tête en bas et les pieds en haut. » 1 :44	Grande partie latéral. Il s'étaye sur un arbre D (toute la ligne médiane entière).	DF ⁺ H DF ⁺ bot
Planche VII	:1 :02'' (Etonné) sincèrement mon cerveau est bloqué il ne peut pas imaginer (il bouge sa tête, il ferme ses yeux offff .je me sent renversé. 2 :02''	Ça ne ressemble pas à des continents ? C'est une carte géographique. G (éventuellement, selon l'enquête). Voilà ya des partie je ne suis pas sur, je ne suis pas d'autre imagination.	REFUS
Planche VIII	: 27'' 7-(étonné) eh eh ...2 animaux un par la et l'autre par la qui marche, 8-c'est comme un chat. ou je ne sais pas Quesque c'est, je suis août, je me sens écarté c'est ça ? 1 :20''	D (parties rose latéral). Les déférente couleurs c'est la terre, sur tous quand on regarde de profil. D/bl (l'ensemble sans les parties roses latérales)	DKanAban
Planche IX	:17'' « c'est sont sens ? φ (prend la comme tu veux) .je peut la	Aucune image dans ma tête, désolé.	Refus

	manipulé ? v > ^ je voix rien du tous, n'arrive pas, j'ai essayé de voir quelque chose par tous les sens, mais ya rien. »1 :30''		
Planche X	<p>:26''</p> <p>9-« Ou il ya des couleurs je me trouve bloqué .il ya un mélange d'animaux.</p> <p>c'est des animaux, chaque dessin ressemble a quelque chose Ψ (ressemble a quoi ?).</p> <p>10-un mouton</p> <p>11--une gazelle qui saute</p> <p>Ψ (est ce que vous pouvez dire quelque chose par apport au bleu ?).non je n'arrive pas, c'est tous.</p> <p>mon cerveau est arrêté (sourit). Je n'arrive pas a me concentré quand il ya beaucoup de couleur déjà maintenant je me sens ayeur, c'est tous »2 :07''</p>	<p>G (éventuellement selon l'enquête).</p> <p>D (brun latéral, en bas).</p> <p>D (gris brun de coté).</p>	<p>DF⁺ A</p> <p>GFA</p> <p>DKanA</p>

Choix + :

1 - la planche VIII : « Sa forme elle me plaît bien et la position du chat la il est prêt a faire quelque chose ».

2- la planche V : « Papillon c'est jolie c'est par apport a la forme par la quelle ils ont fait. C'est jolie et la couleur du sombre qui me plais beaucoup ce né pas trop de couleur ».

Choix - :

1- La planche VII : »Parce que je n'arrive pas a lire ce que je voix de ces continents. Ça ne me plaît pas ».

2- 2-la planche IX : « Elle me plais pas ni la forme ni la couleurs je voix rien, je n'arrive pas ni avec la couleur ni avec la forme a voir quelque chose .c'est de ma faute si je ne voix rien ».

Psychograme de Mr Naim :

R=11 Temps total = 14',34''

Temps par planche=1' :02''

T.Lmoten =28''

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
G = 9 % D =90,90 % Dd =0 Dbl =0 Do =0 Db+Dbl+Do =0 TA= Succession=	F ⁺ =7 F ⁻ =2 F [±] =0 F% =82% F ⁺ % =87 ,5% F %Elargi=78% F+Elargi=92% K =2 Kp =0 Kan =2 Kobc =0 TRI :2K>0C introversif mixte FC: 0 CF: 0 C: 0 F.compl=0 FE =0 EF =0 E =0 Formule d'angoisse : RC% =27% Fclob =0 ClobF =0 Clob =0	A = 36 % Ad =0 H = 27% Hd =0 Elem: 0 Frag: 0 Obj: 0 Anat :2 Geo : 0 Bot :2 Sc: 0 A/Ad=0 H/hd=0	Banalités =27% Persévération : Refus : 3 R .symétrie :3 Critique objet : 0 Description : 0 Commentaires : 1 Ref axe : 2
Choix+ V-VIII Choix-VII-IX			

- **L'analyse qualitative de test de Rorschach de Mr Naim :**
- **Impression générale :**

Le rorschach du patient laisse apparaître un ensemble de remarques

Les temps de latence sont long dans toute les planches varient entre 17'' à 1':02''sauf a la planche I, IV et la planche VI il a pris un temps moyen, alors que a la planche II il a prit un temps court.

Tout en notant que le patient a été étonné par les planches pendant la passation sur tous au deux planches la VI et VII .les temps totaux sont varies entre 1' et 2' :07''

Notons aussi que le patient a refusé trois planches I, VII, IX ou nous avons remarqué des tentatives d'essai par plusieurs manipulations ou il dit « je ne sais pas qu'est-ce que c'est mais je sais qu'il ya quelque chose ».

La chose qui a été confirmé a l'enquête ou il s'est rattrapé et il a dépassé le blocage retrouvé à la passation spontané.

Il nous a remarqué le malaise de Naim a la planche X a cause de ses couleurs il nous a dit « ou il ya les couleurs je me trouve bloqué »

Nous remarquons la présence des réactions de registre narcissique la critique de soi et affecte dépressif, l'étayage a la planche IV et la planche VI ou il a dit « deux personnes dos a dos ils s'étaient sur un arbre ».

- **L'investissement de l'intelligence :**

Le nombre de son bat G=9% le F+= 87% un peut élever a la norme,

Type d'appréhension nombre de réponses des K=2

Type d'appréhension absence de réponse K=0

Les A=36% bas.

Le nombre de réponse est très bas R=11

Les banalités= 18% inférieur a la norme

- **La qualité de l'approche du monde :**

L'approche du monde qui se fait sur un monde essentiellement partielle D=91% un pourcentage élève par rapport à la norme (70-80). Ce qui explique la désintégration de l'unification corporelle ce qui se fait au réponse globale G=9% c'est un pourcentage non considérable a norme donné par D.Anzieu .C .Chabert (20-30).Ce qui signifie que le sujet n'a pas une vision globale sur la réalité extérieure .

- **Les intérêts :**

Nous remarquons que le patient a manifesté une variété d'intérêts entre les H=27% un pourcentage qui est un peu élevé et aussi nous trouvons le pourcentage de réponse A=36% qui est inférieure a la norme ce que signifie l'inadaptation sociale. Concernant les réponses banale =18% C'est un pourcentage inférieur a norme ce qui indique que le sujet ignore les conventions sociales. Face aux réponses anatomique=2 et botanique=2, géographie ce qui prouve que le sujet n'a pas une grande variété des couleurs il s'est contenté de ce qui seulement.

- **Le rapport à la réalité :**

D'après les réponses de la qualité, il semble faire un grand effort pour maintenir un bon rapport a la réalité, chose que nous démontre le F%=74% qui est supérieure a la moyenne (60-65). ce que signifie le contrôle et l'étouffement de la vie affective et la privation de contacte immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi même. Nous remarquons que les réponses formelles correcte F+%=88% qui est dans la norme ce qui signifie le contrôle. Il ya aussi les A=36% et les G%=9% qui sont inférieure a la norme ce qui signifie les H=27%

- **La dynamique conflictuelle :**

- **L'image du corps :**

L'image du corps du patient à la planche I a été refusé, la planche IV le patient nous donne deux réponses partielle l'une est bonne et l'autre mauvaise par contre dans la planche V il donne une réponse globale de bonne forme et unie a la planche VI il nous a donné deux réponse partielle donc l'image du corps. N'est pas satisfaisante, identité pose problème.

- **Les identifications :**

Le patient s'identifie à trois images humaines aux planches II, IV, VI une identification qui n'est pas sexuée et définie. Nous remarquons qu'il y a présence de kinesthésie humaine. Ou il y a deux dispositions d'étaillage.

- **Le conflit :**

La présence d'une seule kinesthésie à la planche III ce qui signifie l'absence de l'inhibition dans les relations interpersonnelles. Et besoin d'appui.

- **Les défenses :**

D'après les réponses du patient nous remarquons sur le plan syntagmatique :

Les critiques de soi presque à tous les planches, les précautions verbales l'hésitation, le refus de trois planches la I, VII, IX mais il s'est rattrapé à l'enquête.

V-2-1- Synthèse de test de Rorschach du « Naim » :

Après avoir fait notre analyse qualitative et quantitative nous avons relevé ce qui suit :

La nature adaptative du sujet avec la réalité externe ce caractérise par l'incapacité de l'unification de l'image du corps et la rigidité des processus défensifs qui apparaît dans l'utilisation de la réalité $G=9\% < D91\%$. Nous remarquons sa tentative de contrôle rationnel et la distance des affects $F\%$ élevé à la norme ce qui signifie le contrôle et l'étouffement affectif. Concernant la problématique identitaire du sujet elle n'est pas satisfaisante il a une fragilité de corps.

Et pour la relation d'objet c'est une relation miroir « deux personnes qui se ressemblent » l'étaillage apparent clairement à la planche IV et la planche VI,

réponses spéculaires. La représentation de soi : processus de dévalorisation de soi. La représentation d'affects : TRI nous montre une extra Tensift pur 2k<0c. absence de l'agressivité.

L'ensemble de ces éléments nous amenant a considéré qu'il s'agit d'une dépression.

V-3- Synthèse de Mr Naim :

D'après l'analyse de l'entretien clinique et le test projectif de Rorschach de cas « Naim », nous avons pu ressortir un tableau clinique d'une dépression, que nous avons détecté par ce qui suit: isolement, tristesse et perdre de plaisir...

III-Présentation et analyse de contenu de l'entretien et de test de Rorschach de deuxième cas :

III-1- Présentation et analyse de l'entretien du 2^{eme} cas :

Madame Naima est âgé de 45ans, marié divorcé, mère de deux garçon. son niveau d'étude est de neuvième années CEM, la situation socio-économique est dérisoire. elle a des antécédent psychiatrique elle est sous traitement médicamenteuses (nozinon , haldol), le contacte avec Mm Naima été difficile vu son discours incohérent elle saute du coq a l'âne.

Nous avons remarqué sa tenue vestimentaire qu'elle n'est pas bien soigné et aussi sa coiffure. Évoquons ses relations Naima nous a raconte la mort de son père a l'âge de 9ans, elle n'a pas pleuré, elle a été traumatisé l'orsque elle a vue le sang de son père s'écoule « zrih idhamen nvava g svitar aka igtkitir » « j'ai vue le sang de mon père s'écoule de son corps, mais je n'est pas pleuré ». Suite a ce décès la famille de Naima vie une situation de crise économique,

C'est sa mère qui est allé travailler, après la mort de la mère notre patiente été obliger de quitté et prendre la responsabilité de la maison, de s'occupé de ses frères et sœurs. « a l'âge de 16ans dh neki ighdmen kulech gkham,neki idireban aythma » « a l'âge de 16ans c'est moi qui a prit la responsabilité de la maison, c'est moi qui a élevé mes frères ».

Naima présentée des délires de son jeune âge ou elle nous a raconté son viol à l'âge de 6 ans « j'ai rêvé que quelqu'un m'a violé, je ne sais pas si c'est la réalité ou bien c'est un rêve » « d'ailleurs c'est ce qui m'a empêché de me marier je ne sais pas si je suis toujours vierge ou pas ». Elle a perdu le contact avec la réalité. Ou elle pense toujours à l'existence de sa mère « je l'ai vue à la maison ou elle me disait prend soin de tes frères ».

Nous avons évoqué sa relation avec son mari, elle nous a dit « c'est un monstre il me frappe toujours et il m'insulte, il me traite de folle » « argaziw dhlahch,yekathiyi, yarna iqariyid tamahvult », à chaque dispute avec son mari. Naima manifeste des comportements d'auto-agressivité, elle pense à se suicider. Elle a fait deux TS par une déféstration, après 3 ans de cela son mari demande le divorce. Et pour ses enfants elle les voit 2 fois par semaine, son fils aîné a 17 ans elle le décrit de beau gosse, elle l'aime beaucoup, « je lui donne toujours des conseils, j'ai peur qu'il fréquente de mauvaises personnes » « toujours takghas les conseils aken outkhaladh ara yar l3ivadh ». Mais quand Naima a découvert que son fils a une petite amie elle s'est mise en colère elle manifeste des crises de colère elle pleure toujours.

Elle a fait sa troisième tentative de suicide par une ingestion médicamenteuse. « je veux mourir, personne ne m'aime ».

III-1-1- La synthèse de l'entretien de Mme Naima :

D'après l'entretien de Madame « Naima » le contact a été un peu difficile vu son discours qui n'a pas été cohérent elle saute du coq à l'âne donc c'a été facile de repérer les symptômes comme le délire et le déni de la réalité, elle manifeste des comportements d'impulsivité d'ailleurs c'est ce qui l'a poussée au suicide à plusieurs reprises.

III-2-Présentation de protocole de Rorschach de Mme Naima :

	Texte	Enquête	Cotation
Planche I	: « dhalkhofach ...daya daya, dagui dhavarkan, wakila		

	<p>dhagharda ifghad daguidh adyach, iwach idifigh daguidh ?dagui tala tafat ».</p> <p>25'</p> <p>1- « chauvae sourie ...c'est tout, c'est tout,</p> <p>2-aussi ça c'est noir, possible un rat qui sort la nuit, mais pour quoi la nuit ?ici il ya de la lumiere.1'13''</p>	<p>(Toute la planche)</p> <p>Le rat (saillies médiane superieur et mamelon centraux</p>	<p>DF-A</p> <p>DF+</p> <p>A</p>
<p>Planche II</p>	<p>:</p> <p>« (étoné, elle touche la planche) ozrighara tamatotisse nalkhofach ni, dagui lane idamane, af idharniss ak d okaroyisse »</p> <p>19'</p> <p>« (etoné, elle touche sa tête), je ne sais pas,</p> <p>3-c'est la femelle de chauve sourie,</p> <p>4-il ya une tache du sang ici, sur les pieds et sa tête »40''</p>	<p>Rouge en bas</p> <p>Rouge ehaut exterieur</p>	<p>DF-A</p> <p>DF+s</p> <p>ang</p>

Planche III	<p>: « dakaroy, akagui izaragh g la télé, atass n l3okdat igalan »</p> <p>31'</p> <p>5-« c'est une tête, c'est ce que je vois sur la télévision,</p> <p>6-il ya beaucoup de noeud »1'08''</p>	<p>Partie inferieur lateral, partie noire inferieur mediane</p>	<p>DF+</p> <p>Ad</p> <p>DF-</p> <p>obj</p>
Planche IV	<p>:</p> <p>« tagui itamghart n khafafich,ig wagui ad chaf nssane , ad wiss rav3a daya izamragh adinigh »12''</p> <p>7--« c'est la vieille des chauve sourie, c'est leurs chef, c'est le quatrième, c'est tout ce que je peux dire »1'33'</p>	<p>Moitier superieur</p>	<p>DF+</p> <p>A</p>
PlancheV	<p>« :</p> <p>« wagui ak idamachtih nsane,miss n l khofach,...damachtoh mlih »</p>		

	<p>15''</p> <p>8-« c'est leur enfant, l'enfant de chauve souris, il est trop petit »59''</p>	<p>(Toute la planche)</p>	<p>GF+ Aban</p>
<p>PlancheVI</p>	<p>:</p> <p>« Dachot daghan wagui, > tagui tiss 4, 5,6em (elle tourne la planche et eesaye de lire ce qui est eccrit) fane tachkili, ozrighara dachot, ozmirghara ad 3abragh, ozrighara dachot lahlak agui »</p> <p>5''</p> <p>9-« c'est quoi ça aussi ...> celle la c'est la 4 ,5,6eme (elle tourne la plancheet essaye de lire ce qui est ecrit deriere)c'est un tableau artistique,je ne sait pas c'est quoi,je peut pas m'exprimé,je ne sais pas c'est quoi cette maladie »(elle pleure)1'24''</p>	<p>(toute la planche)</p>	<p>GF- obj</p>
<p>Planche VII</p>	<p>« é é é (elle est étoné) dalkhofach itamtat, dagui atnah ifriwniss ghlind, dhaya «</p> <p>Entré directe :</p> <p>10-« é é é (elle est étoné c'est un chauve souris mourant, ici</p>		

	voila ses ailes qui tombent » 36''	Toute la planche	GF- kan
Planche VIII	: « tagui d malikat el djamel n l khofach d la princesse nsen » 16'' 11-« celle la c'est miss monde des chauve souris, c'est la princesse »36''	(toute la planche)	GF-A
Planche IX	3'' « Wagui d lprince nssane v dargaziss, le rose agui ichvah ^wigui dafriwniss tachvah la couleur agui » 3'' 12-« ici c'est le prince v c'est son marie, le rose est très beau^ici c'est ses ailes »40''	(le rose en bas enterieur)	DF+(Ad)
Planche X	40 '' « < iiiih (elle sourit) saltanan tadart ni mara (elle sourit) achkales wa hacharate, atass les		

	<p>couleurs igalane, atass n lhacharat, at trakim imanis s lhachrate agui »</p> <p>40''</p> <p>13-« iiii (elle sourit) c'est la princesse de tout le village (elle sourit), il ya beaucoup de formes et d'insectes, beaucoup de couleurs, la princesse se maquie par ses insectes »1'01''</p>	<p>Jaune</p> <p>latéral+le vert</p> <p>median entier en</p> <p>bas+bleau latéral</p>	<p>DF+</p> <p>Aban</p>
--	---	--	------------------------

Psychogramme de Mm Naima :

R= 13 Temps total =6' :6'' Temps par planche= 50''

T.Lmoten =35''

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
G =41 %	F ⁺ =7	A = 76 %	Banalités =1
D = 58 %	F ⁻ =5%	Ad =2	5%
Dd =0%	F [±] =0	H =0 %	
Dbl =0	F%=92%	Hd =0	
Do =0	F ⁺ %=54%	Elem: 0	Persévération
Db+Dbl+D	F %Elargi=100%	Frag: 0	: 0
o =0	F+Elargi=61%		
TA=	K =0	Obj: 0	Refus : 0
	Kp =0		

Succession=	Kan =1 Kabc =0 TRI : 0K/0C COERTé FC : 0 CF: 0 C: 0 F.compl=0 FE =0 EF =0 E =0 Formule d'angoisse : RC% =24% Fclob =0 ClobF =0 Clob =0	Anat: 0 Geo : 0 Bot: 0 Sc: 0 A/Ad=0 H/hd=0	R .symétrie :0 Critique objet : 0 Description : 0 Commentaires : 0 Ref axe : 0 Choc : 0 Abstraction : 0 Pay : 0 Sang : 1
Choix+ :- X-I Choix- : II- VI			

- **L'analyse qualitative du test de Rorschach de Mm Naima:**
- **Impression générales :**

Le rorschach de la patiente laisse d'emblé apparaître un ensemble de remarques, la productivité du sujet se limite souvent à une ou deux raiponce par planche, utilisant le mécanisme de persévération.

Les de latences sont modéré et cour dans toute les planches, qui varie entre 1' et 31'', toute en notant que les réponses lié l'une à l'autre, la patiente développe une histoire à partir des planches.

Les temps totaux se varient entre 34'' et 1'30''.

À la planche II nous remarquons un choque de rouge et un étonnement, qui signifie son humeur dépressif.

À la planche III nous remarquons son recours au comportement (elle pleure).

Nous remarquons une persévération qui se relève du registre psychotique.

Nous remarquons aussi une critique de soi et un affect dépressif à la planche VI.

Nous remarquons des réactions obsessionnelles, elle donne des précisions chiffrées à la planche VI.

- **La qualité de l'approche du monde :**

La qualité de l'approche du monde s'est fait sur un monde essentiel partiel $D=58\%$ un pourcentage qui est inférieur au moyen, qui est des D animal d'une mauvaise forme à la planche VII et II, comme nous remarquons la réponse sang dans cette dernière, ceci face à $G=41\%$, qui sont élevé par rapport aux normes ce que renvoi à la nature d'adaptation de sujet avec la réalité extérieure.

- **Les intérêts :**

Nous remarquons l'absence des réponses humaines dans le protocole ce qui explique l'incapacité de réincarnation de l'image humain par le sujet. Alors que les $A=78\%$ ce que témoigne une tentative de conformisme, ceci face à une réponse C à la planche II et à deux réponses objet à la planche III et VI, aussi nous remarquons une présence d'une raiponce Ad à la planche IX

- **L'investissement de l'intelligence :**

Le nombre des ses réponses $G=41\%$ est élevé a la norme

Le $F+= 54\%$ qui est inferieur a la norme mais elle s'est rattrapée dans $F+\text{élargi}=61\%$.

Type d'appréhension $K=0$.

Les $A=76\%$ est élevé à la norme.

Le nombre $R=13$.

Présence de banalité= 15% inferieur a la norme.

- **Le rapport à la réalité :**

La patiente semble faire un grand effort pour maintenir à la réalité $F\% =92\%$ qui est supérieure aux normes, ce que interprété l'étouffement dans la vie affective et la privation de contacte immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi-même, mais ceci face au $A=76\%$.

- **La dynamique conflictuelle :**

- **L'image du corps :**

L'image du corps se trouve dans la planche I et IV comme une réponse globale et uni de bonne forme. Ainsi à la planche V.

A la planche VI la patiente nous donne réponse globale uni mai d'une mauvaise forme.

- **L'identification :**

Les réponses de la patiente se focalise sur les réponses $A=76\%$ ce que signifie un trouble identificatoire, elle ne s'identifie pas à aucune image humaine complète et même a une image partiel.

- **Le conflit :**

La patiente ne donne pas des réponses K, mais elle donne des réponses Kan, sous des expressions de destruction.

- **La défense :**

Sur le plan syntagmatique :

Intérêt narcissique

Les précisions chiffrées

Persévération

Sur le plan pragmatique :

Nous remarquons les F%=92%, D=58%, R=13, ce que signifie que le contrôle de la patiente est élevé.

Les R sont inférieurs aux normes ainsi que les K ce que signifie l'inhibition de la patiente.

III-2-1- synthèse du test de Rorschach :

Après avoir fait l'analyse qualitative, nous avons relevé les failles de l'appréhension de la réalité et la privation de contrôle immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi-même, la qualité adaptative n'est pas présente ni au test ni à la consigne du test, tout en notant l'instabilité de l'identité vu les mauvaises formes qu'elle a données et l'instabilité au flux associatif les arrêts brusques et les refus. L'indifférenciation de soi par rapport aux autres (contenu animal avec des rôles humains). L'absence de conscience interprétative (dénégation). L'angoisse de la patiente est une angoisse de morcellement et l'angoisse de mort vue sa réponse à la planche V. Les mécanismes de défenses utilisés sont la persécution, absence de réponse K, rationalisme morbide, l'idéalisation positive, dévalorisation. Et pour la relation d'objet est fusionnelle vu l'indifférenciation de soi-même. Absence de perception et de représentation de soi-même (absence de K et de H).

L'ensemble de ses éléments nous amène à considérer qu'il s'agit d'un protocole d'une psychotique (schizophrénie simple).

III-3- Synthèse du cas :

Après avoir analysé notre entretien clinique et le test projectif de Rorschach, nous avons pu diagnostiquer et faire ressortir un tableau clinique d'une structure psychotique, vu son discours incohérent et sa tenue vestimentaire qui n'était pas bien soignée ainsi les résultats du test qui présentent : une persévération, l'angoisse de morcellement et les mécanismes de

défense qui se relèvent du registre psychotique, remarquons sa fragilité intense et son délire qui a causé sa tentative de suicide .

II-Présentation et analyse de contenu de l'entretien clinique et de test de Rorschach de troisième cas :

II-1- Présentation et analyse de l'entretien du 3^{em} cas :

Madame « Anissa » est âgée de 33ans, femme au foyer, son niveau d'étude est de sixième année. Marié depuis 10ans mère de trois enfants (deux garçons et une fille).la situation socio-économique est bonne.

L'entretien de Madame « Anissa» s'est bien déroulé elle a été gentille et coopèrent avec nous. Évoquant ses relations Madame « Anissa » a directement parlé de son mari on nous disant : « hemlagh aregaziw neta dhaghen ihemliyi » « j'aime mon mari et lui aussi, on partage un amour mutuelle » ».

Mais concernant sa belle famille elle éprouve de la haine en ver eux « khedmniyid les problemes neki dhwargaziw , vghan adhnvrough » « ils me font des problèmes avec mon mari ils veulent me divorcé » . Elle nous a confié sa première tentative de suicide elle a fait par une défénéstration, a cause du désaccord contre son mari, qui a duré un mois sans rapport, sans contacte un grand vide s'est emparé entre eux. En se jetant du haut d'un balcon.

En prenant cet acte comme un jeu elle dit « ghorî amakan ad tsotigh g litaage ar wayadh » « si comme si je vais sauter d'un balcon a un autre ». Son mari la retiré et il a ramène dans sa chambre. Elle nous a dit : «ami id sligh iyali tatrou iztigh dacho ikhadmagh » « quand j'ai entendue ma fille criée j'ai repris ma conscience » ».

Après cet acte notre patiente a rétablie ses relations avec ses parents alors que avant ce n'été pas le cas. Anissa souffrait d'une impulsivité incontrôlable, des son jeune âge. Aujourd'hui, elle est devenue très agressive surtout avec ses enfants : « kathagh arawiw, yarna trouzough aku ayen iguelan zathi, outcontroligh ara iman iw » « je tabassais mais enfants, et je casse tous ce que se trouve devant moi, je ne me contrôle pas».

Elle reprend« je ne faisais que dormir et je me soucis de personne même de mes enfants» « vqough kan adhetssagh, ouythouqi3 ghed meme garawiw».

Elle se santé persécuté par son beau père une fois ou elle a découverte que il a une double clef de sa maison et qu'il rentre pendant son absence, madame « Anissa » été furieuse contre lui. Disant « ils me laisseraient jamais tranquille », Ce problème qui a causé une grande dispute avec son marie elle « mon marie na pas réagit, il a rien dit a ses parents » « ça ma énervé je ne sais plus quoi faire, je ne dormé plus je n'arrête pas de pensé a sa ». Notre patiente souffrée d'une dépression (perte d'appétit, sommeil prolongé)

Elle fait recoure aux crises clastique et d'auto agressivité elle a essayé de se suicidé pour la deuxième fois, elle met sa chambre en feu elle s'est renfermé dedans en mourront avec la fumé, son frère lui rendait visite ce jour la, en la trouvant dans cette état. , il l'a directement évacué du lieu il a ramené a l'hôpital frantz fanon service psychiatrie.

Concernent la question sur ses projets dans l'avenir elle nous a répondu : « je vais me déménager a ma nouvelle maison, en renouvelent tous le decore, tous sera parfait ». « Adhdiminagigh are wakhamiw ajdhidh, wa d3iwdhagh aku le decore kulech adhiwena3 ».

II-1-1- La synthèse de l'entretien de Mm Anissa :

D'après l'entretien qu'on a effectué avec Madame « Anissa » nous avons constaté des symptômes dépressifs, un estime de soi faible, les idées persécutive. Son passage a l'acte été inconscient.

II-2-Présentation et analyse du protocole de test de Rorschach de Mm

Anissa:

Planches	Texte	Enquête	Cotation
e I Planch	: 7'' « Oui dhelwahch... Nigh un scorpion...dhaya. 1-(c'est un mostre ou un scorpion c'est t ous) ».1 :10''	Toute la planche Issekhla3 (effrayant) il fait du male. D /GF (saillies médianes supérieure est mamelons centraux	GFclob A Dd /DF clobA

<p>Planch e II</p>	<p>: 3''</p> <p>« idhamen dhagui tharwi...idhamen lhaja noir ...iwachou idouklen lwahi ».</p> <p>2-« (du sang, ici c'est détruitdu sang quelque chose noirpour quoi ils sont ensemble ? »1 :20</p>	<p>Rouge haut extérieur.</p> <p>La venir thfouk. (la venir est fini)</p> <p>Le noir quelque chose qui n'est pas bien, le mal.</p>	<p>Dsang</p>
<p>Planch e III</p>	<p>: Entré directe.</p> <p>3-« deux personnes mdoukalen oulawen nsen lwahi, l'avenir lwahi ».</p> <p>4-« deux personne leur cœur sont ensemble, l'avenir ensemble » .1 :20''</p>	<p>Deux personnes mhaban s3an l'avenir.</p> <p>(deux personnes sont amoureuse ils ont l'avenir ensemble).</p> <p>(Les deux parties noir latéral).</p> <p>Un papillon.</p> <p>D (rouge median).</p> <p>GF+A ban</p> <p>Jamais anemfarak neki dhwargaziw.</p> <p>(on ne se séparera jamais moi et mon mari).</p>	<p>GF+H ban GKH ban</p>
<p>Planch e IV</p>	<p>: 3 ''</p> <p>5-« (sourit) dhelwahche ...</p> <p>Ami kheri mais</p>	<p>G éventuellement selon l'enquête</p> <p>La tête ikheri issoukhla3 am les films</p> <p>(la tête d'un</p>	<p>GF clob (A) ad</p>

	<p>iskhla3, aka itwaligh.</p> <p>Elle est bizarre photos ».</p> <p>5-« c'est un monstre...c'est comme un mouton mais il est effrayant .c'est ce que Je voix).2'</p>	<p>mouton effrayant comme dans les films).</p>	
<p>Planch e V</p>	<p>:2''</p> <p>6-« entré directe, papillon, non chauve souri.</p> <p>20''</p>	<p>G éventuellement selon l'enquete</p> <p>Dounith is gu le noir chauve souri ouyezmira ara adhi3ich gu thafath.s3ighthen gkham</p> <p>(sa vie est dans le noir le chauve souri il ne peut pas vivre dans la lumiere je les aie a la maison.)</p>	GCF ⁺ A
<p>Planch e VI</p>	<p>:^v10''</p> <p>« Ouzrigh ara dhachouth hacha noir ouzmiregh ara adinigh.</p> <p>« Je ne sais pasque du noir bizarre...je ne peux pas dir quesque c'est. »1'</p>	<p>Bizarre</p>	<p>refus</p>

<p>Planch e VII</p>	<p>:23'</p> <p>Dhafartatou amqran ouzrigh ara iwachou is3a hawla ifrawen ».</p> <p>7-« Un grand papillon ...mais je ne sais pas pour quoi il a plusieurs ailles ».2'</p>	<p>Papillon bizarre</p> <p>Ivgha adhi3ich lhayatis.</p> <p>(Il veut vivre sa vie)</p> <p>G 3^{ER} tiers entier.</p>	<p>DF⁺A</p>
<p>Planch eVIII</p>	<p>: 2''</p> <p>entré directe « en fin noufad...la vie belle couleur ...des couleurs ithibigh</p> <p>des chats nigh izmawen.</p> <p>(en fin on a trouvé ...la vie, belle couleur du couleur que j'aime</p> <p>8-Des chats ou des lions.2'</p>	<p>Belle couleurs imçaç ou izmawen.</p> <p>D (partie rose latéral)</p>	<p>DF⁺ A ban</p>
<p>Planch e IX</p>	<p>: 3''</p> <p>(Sourit) la vie</p> <p>9-Des belle couleurs, orange ; vert ; rose. belle couleurs.30''</p>	<p>C'est la vie arcan ciel</p>	<p>G C pay</p>
<p>Planch e X</p>	<p>: 1''</p> <p>« holala.. kifkif c'est ma vie ...la vie ynou ...aka itmanigh ad3ichagh.</p>	<p>Belle couleurs que j'aime, la vie</p> <p>Couleur jaune, vert, rose, rouge.</p>	<p>GC abs GCF⁻</p>

	10-(c'est ma vie c'est comme sa que je veux vivre). 23''	Arcan ciel G (Eventuellement selon l'enquête).	pay
--	---	---	-----

Choix + :

La planche III : « Neki dhwargaziw que j'aime, le papillon, malgré idhamen mais toujours nemdoukal.(moi et mon mari que j'aime ,malgré le sang mais toujours ensemble) ».

La planche X : « Les couleurs de ma vie »

Choix - :

1-La planche II : « Le noir et idhamen la mort ...le noir malgré kathagh adharwigh lhayatiw. (Le noir et le sang la mort ...le noir malgré j'essaye de detruire ma vie) ».

2-la planche IV : « Elle est Bizarre ».

Psychograme de Mm Anissa :

R= 10 Temps total = 11' :23''

Temps par planche= 1' :12''

T.Lmoten =1' :02''

Mode d'appréhension	Déterminants	Con tenus	Facteurs additionnels
G = 64 %	F ⁺ =3	A =	Banalités =
D = 27 %	F ⁻ =1	64 %	18%
Dd =9	F [±] =0	Ad =	
		1	

o =0	Dbl =0 Do =0 Db+Dbl+D TA= Succession =	F%=36,36% F+=40,90% F %Elargi=73% F+Elargi=87% K =1 Kp =0 Kan =0 Kobc =0 TRI : 0K<5C Etratensif mixte FC : CF :2 C :2 F.compl=0 FE =0 EF =0 E =0 Formule	H = 9% Hd = 0 Ele m: 0 Frag : 0 Obj : 0 Anat : 0 Geo : 0 Bot: 0 Sc :1	Persévérati on : 0 Refus : 1 R .symétrie :0 Critique ob jet : 0 Description : 1 Commentai res : 0 Ref axe : 0 Choc : 1 Abstraction
------	---	--	---	---

	d'angoisse : RC% =36% Fclob =2 ClobF =1 Clob =0	A/A d=1 H/hd =0	: 3 Pay : 2
Choix+ : III-X Choix- : II- IV			

- **L'analyse qualitative du test de Rorschach Md « Anissa » :**
- **Impression général :**

Le rorschach de la patiente l'aïsse d'emblée apparaitre un ensemble de remarques :

Les temps de latence sont très court et un entré direct dans la Planche III.

Tout en notant le choc de la patiente face au rouge de la planche II.

Les temps totaux sont variés entre 20'' et 2', nous remarquons qu'à la planche V la patiente n'a pas pris beaucoup de temps 20''.

Nous remarquons aussi la présence d'abstraction à la planche VIII et IX et une destruction à la planche II.

Nous remarquons un refus à la planche VI dans laquelle elle a été attirée par la couleur noir.

Nous remarquons aussi la présence d'un ensemble de réactions tell que : hésitation, l'utilisation des précautions verbales, désespoir ...).

La patiente parle de relationnel dans les planches II et III, et qu'elle parle sa vie dans les planches III et X.

Le protocole de la patiente n'est pas productif et ça apparait dans le refus de la planche VI ce qui reflète son impulsivité de passé à l'inhibition.

- **L'investissement de l'intelligence :**

Le nombre de G=64%.

F+= 40% inférieur à la norme.

Type d'appréhension nombre de réponses des K=1

Les A=64% élevé.

Le nombre de réponse est très bas R=11

Les banalités= 27% supérieur à la norme

- **La qualité de l'approche du monde :**

L'approche du s'est fait sur un monde essentiellement global G=64% .ce que renvoi à son adaptation avec la réalité extérieur, ceci face au pourcentage des D=27% qui est au-dessous des normes donné par D .Anzieu et C.Chabert.

- **Les intérêts :**

Nous remarquons que la patiente n'a pas manifesté une variété d'intérêts, elle s'est plus contenté sur les réponses A=64% un pourcentage qui est supérieur à la moyen, ce que renvoi a son adaptation social, ceci face aux réponses H=9% ce que renvoi à inhibition dans les relations humaine et une réponse sang.

- **Le rapport à la réalité :**

Les F%= 36% ont un pourcentage aux dessous des normes 50% ,70%, ce dernier qui a été corrigé par F% élargi. Avec la présence de clob et abstraction et destruction, la réponse sang et choc du rouge choc du noir.

Les G=64%et les A=64% qui sont dans les normes.

- **La dynamique conflictuelle :**

- **L'image du corps :**

L'image de corps de la patiente à la planche I est fermé et uni mais de mauvaise forme, ou elle donne un caractère dysphorique.

A la planche IV la patiente donne une bonne forme uni, mais qui est associer à une connotation dysphorique,(phobique) .

A la planche V aussi elle donne une réponse de bonne forme et uni .Sans oublié que la planche VI est refusée.

- **Les identifications :**

Nous remarquons que la patiente s'identifie à une seul image humaine complète, spéculaire et pas de sexassions d'après les kinésistes, elle dit « deux personnes ensemble »

- **Le conflit :**

Nous remarquons qu'à la planche III et II des préoccupations d'ordre narcissique renvoyant à des images de soi idéalisé.

- **Les défendes :**

D'après les réponses de la patiente, nous avons remarqué que sur le plan syntagmatique les réactions suivants : les précautions verbales, et l'hésitation, le refus de la planche VI, sensibilité à la qualité sensorielle, à la planche II- VIII-X.

II-2-1 synthèse du test du Rorschach de Mm Anissa :

Après avoir fait l'analyse qualitative, nous avons constaté que la nature adaptative du sujet à la réalité est adéquate et dispose d'une capacité d s'adapter à la réalité externe. L'identité de base elle n'est pas satisfaisante elle donne une réponse globale mais accompagné de réponse dysphorique comme elle refuse de la planche VI. Et concernant le type d'angoisse : il ya le choc du rouge et destruction, abstraction, paysage, présence de réponses clob, et réponse sang, RC=27%, TRI=5C extra Tensif mixte.les mécanismes de défenses les précautions verbale, hésitation, l'annulation, projection, idéalisation positive. Identification projective, la grandeur, idéalisation négative, persécution. le déplacement et les réponses spéculaires. La représentation de soi : c'est processus d'idéalisation positive et négative et la symétrie qui renvoi à l'estime de soi. TRI=0K<5C extra tensif mixte. Présence d'agressivité passive dans l'expression pulsionnelle.

L'ensemble de ces éléments nous confirment et nous laissent dire qu'il d'une dépression

II-3 Synthèse de Mm Anissa :

Après avoir analysé des données obtenues à l'aide de l'entretien clinique et le test projectif de Rorschach nous avons pu relever un tableau clinique d'un trouble de l'humeur remarquons sa souffrance psychique et l es symptomes de la dépression ce que a causé son passage à l'acte. Au Rorschach nous avons constaté que elle as une dépression

I-Présentation et l'analyse du contenu de l'entretien et de test du Rorschach :**I-1- Présentation et analyse de l'entretien du 4^{er} cas :**

Monsieur « lamine » âgé de 49 ans, c'est un inspecteur de l'éducation artistique, père de quatre enfants, trois garçons et une fille, Il s'est remarié après avoir trouvé l'amour, séparé de ses parents qui sont toujours en vie.

Monsieur « Lamine » a été pour la première fois au sein du service de psychiatrie (Frantz fanon) par peur de se suicidé, sachant qu'il a déjà passé à l'acte il ya deux mois au

part avant, par une ingestion de drogue et une over dose alcoolique, à cause de son divorce, et d'autre problèmes suicidaires.

L'entretien avec monsieur « Lamine » s'est bien déroulé, grâce à sa coopération, nous avons eu un excellent..... Après lui avoir expliqué le but de notre recherche.

Il se porte correctement, sa tenue vestimentaire est bien soignée, sa façon de s'asseoir est très correcte, il s'est montré à l'aise.

À nos questions évoquant ses relations avec ses parents, monsieur « Lamine » était réticent au début il dit: « je n'aime pas parler d'eux », mais peu de temps après il commence à parler de son père, il dit « mon père est agressif, autoritaire, je disputé toujours avec lui depuis que j'étais enfant ». « J'ai des souvenirs éternels de lui » « je n'oublierais jamais qu'il a cassé ma guitare plusieurs fois », c'est là où « Lamine » nous parle de sa passion pour l'art il est artiste il compose de la musique « j'aime rester seul pour composer des chansons les mots viennent tous seuls ».

Concernant sa relation avec ses frères et ses sœurs, elle semble bonne disant « ma relation avec eux est bonne, je n'ai pas eu de problème avec eux » surtout avec ma mère elle me fait pitié, mon père la tabassé toujours à cause de nous ». Nous remarquons sa méfiance et son manque de confiance envers les gens où il nous dit « il n'y a pas de vrais amis, il faut jamais faire confiance à personne ».

Face aux problèmes Lamine nous dit « je peux régler toute sorte d'obstacle devant moi mais les problèmes causés par ma première femme, « elle veut travailler comme coiffeuse, et j'ai lui dit non, mais elle insiste toujours, sur ça » « elle laisse mes enfants tous seuls à la maison et elle sort » « je ne peux pas accepter ça, il faut quelle soit responsable et quelle me respecte ». « je ne suis pas capable de les résoudre » il est devenu insomniaque et il a perdu l'appétit, en passant tout son temps à consommer de l'alcool et l'ingestion des stupéfiants. Lamine est très violent avec sa femme et ses enfants, il réagit par une agressivité impulsive, ce qui l'a poussé à aller voir un psychiatre qui lui a prescrit des antidépresseurs, mais elles n'ont rien donné.

Il y a toujours eu des manifestations de dépression chez Lamine et des comportements agressifs, mais avec sa deuxième femme « je n'ai aucun problème avec ma femme, elle est trop gentille avec mes enfants ».

« j'ai tout l'argent, j'ai deux appartements au bord de la plage, j'ai le visa d'artiste j'ai tout mais je ne suis pas heureux, je ne sais pas pour quoi ».

utilisant l'over dose alcoolique mélangé avec de la drogue et 4 bouteilles de vodka, sans qu'il planifie pour cet acte, il dit « avant le dévore j'ai l'idée de me suicidé mais j'ai jamais passé à acte, mais au mois de janvier passé j'ai mélangé l'alcool et les stupéfiants les 4 bouteille de vodka, je me suis dit comme ça c'est sur que je vais mourir , croyez moi personne peut se survivre », ces idées suicidaire ne cesse de passe par la tête de Lamine « je suis obsédé par ces idées, je veut être hospitalisée ». Puis nous avons demandé est ce que il a

planifié pour cet acte suicidaire, il répond « non, sa vient tout seul, surtout quand je bois de l'alcool ». Mais ce qui m'empêche de le faire ses mais enfants.

Lamine tien à la vie, il a des projets dans la venir, « je vais voyager en France la bas je vais me sentir mieux. J'aurai tous se qu'il faux pour être heureux .

I-1-1- La synthèse de l'entretien du cas « Lamine » :

Le passage à l'acte de monsieur « Lamine » est du face aux problèmes intolérable qui ont causé par la souffrance psychique, trouble de mémoire, angoisse, le recoure au comportement agressif et la conduite alcoolique.

I-2-Présentation et analyse de protocole de Rorschach de M^r Lamine

s	Planche	Texte	Enquête	Cot
I	Planche	13s 1-« Chauve sourie...la totalité c'est un chauve sourie v^ en le prend comme ça, la aussi deux aigles avec leur pattes, aussi je peux dire que 2-2- c'est un masque africain, celui qui a fait ces dessin est triste, il a mal quelque part, il est vraiment mal,	(toute la planche) (La partie superieure	GF+ A Ban DF+ A

	<p>mais il est calme, c'est bon,</p> <p>3- il a aussi une forme d'un chacal, ou c'est un animal qui s'appel boussier, ou c'est un diable de Tanzanie qui est très agressif ...je ne dis pas c'est un papion...ce monsieur a essayé de dessiné un papillon ». 3 :45</p>	<p>entier)</p> <p>(toute la planche)</p> <p>(Grande saillie latérale supérieure)</p> <p>Par apport a la forme</p>	<p>DF⁺</p> <p>clob A</p>
<p>II</p> <p>Planche</p>	<p>7s</p> <p>4- « Deux rhinocéros voila leurs pieds...voila les corne, il ya deux, après,</p> <p>5- la symétrie nous donne un arbre cristallisé bien sur</p> <p>,6- en peut dire aussi que c'est deux éléphants qui se ressemblent se sont des formes qui se ressemblent, des forme abstraite, les couleurs sont froide, celui qui a fait le premier</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>(Grande lacune central)</p> <p>(toute la planche)</p> <p>Par</p>	<p>GF⁺</p> <p>A</p> <p>GF⁻</p> <p>bot</p>

	<p>dessin a fait la même chose, il a rajoute juste le rose qui est une couleur chaude» .1'50''</p>	<p>apport a la forme</p> <p>Les deux rouge haut exterieure+le rouge en bas</p>	<p>GF+</p> <p>A</p>
III	<p>Planche</p> <p>: 18'</p> <p>7- « deux être humain, je peux dire deux femmes, voilà ici elles sont partie remplir quelque chose c un bidon</p> <p>8- au milieu en vois clairement ...un papillon, v cette</p> <p>9-forme a un chandelier, et sa c'est quelque chose qui vole, en mouvement (je peux prendre une cigarette) » 3'16 ''</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>(toute la partie noir inferieure mediane)</p> <p>(Grie bas median)</p>	<p>GK</p> <p>H</p> <p>DF+</p> <p>A</p> <p>DK</p> <p>anA</p>
IV	<p>Planche</p> <p>: 42''</p> <p>10- « v^voilà je vois un mogrecomme chrek,</p> <p>11-c'set un mostre, en vois ses pieds et sa tête, je vois une</p> <p>Forure d'un mouton</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>(toute la planche)</p> <p>(toute la</p>	<p>GF+</p> <p>Hclob</p> <p>GF+</p> <p>AE</p>

	12-C'est un bizon, pour quoi ce type de symétrie, généralement, se sont des dessins de décoration »1'56''.	planche) Par apport a la forme	GF+ A
V Planche	: 12'' 13-« c'est un papion, jolie papillon, du sud d'afrique v cette personne qui a fait ses dessin n'est pas équilibré, le dessin n'est pas au centre de la page»39''	(toute la planche)	GF+ A Ban
VI Planche	25 '' 14-< >celui qui a fait ça, il n'est pas équilibré v le sphere n'est pas au centre, c'est comme la forme d'un mouton »1'02''	(Grande moitier latéral	DF- A
VII Planche	10s 15-V ^ « c'est une carte géographique, » .1'05''	(toute la planche)	GF- geo
PlancheVI	10s		

<p>II</p>	<p>16-je vois des nouvelles couleurs, belles couleurs, je vois deux caméléon sur les deux cotés,</p> <p>16-il ya un papillion au milieu,</p> <p>17-sont des cornes celui qui a fait ce dessin est heureux »1'56''</p>	<p>Les deux parties rosent latéraux</p> <p>Tiers bleau</p>	<p>DF⁺</p> <p>A</p> <p>DF⁻</p> <p>A</p> <p>DdF</p> <p>-A</p>
<p>IX</p> <p>Planche</p>	<p>17s</p> <p>< >la même chose pas d'équilibre horizontal que ce que je vois ?, que ce que je vois ?,</p> <p>18-je vois un volcan en irruption 1'20''</p>	<p>(toute la planche)</p>	<p>GKo</p> <p>boj</p>
<p>Planche X</p>	<p>: entrée directe</p> <p>« v < très jolie dessin, très bonne symétrie très bien fait, je vois une sorte de plante,</p> <p>19-c'est une fleur aquatique,</p> <p>20-deux oiseaux mouchent</p> <p>21-V la c'est une fleur comme l'orchidie</p> <p>22-^ c'est un papillion »4'15''</p>	<p>(Bleaulater eau)</p> <p>(Bleaulater eau)</p> <p>(Toute la planche)</p> <p>(bleaumedian)</p>	<p>GF⁺</p> <p>Bot</p> <p>DF⁻</p> <p>bot</p> <p>DF⁻</p> <p>A</p>

Choix+ :La planche III : «Beau dessin j’aime rester dans le noir pour composer mes musique, style tassili ».

La planche X : « c’est aquatique, plein de vie, très belle couleur » .

Choix - :

La planche II : « il ya pas beaucoup de taches, ce n’est pas un travail fini, se sont pas des taches claires ».

La planche I : « cette partie n’est pas la même avec l’autre face, elle n’est pas bien fini ».

Psychogramme de Mr Lamine :

R=10 **???????** Temps total : 19 :08 Temps par
 planche=1 :10 **T.Lmoten=17'**

Mode d’appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
G : 14 52%	F ⁺ :10	A : 63	Banalités : 14%
D : 9 37%	F ⁻ :10	%	
Dd : 1	F [±] :	Ad : 0	
Dbl : 0	F ⁺ % : 50%	H : 7	
Do : 0	F%= 74%	%	Persévération :
Db+Dbl+Do : 0	F %Elargi= 92%	Hd : 0	
	F+Elargi= 60%	Elem :	
	K : 1	0	Refus : 0
TA=	Kp : 0	0	
Succession=	Kan : 1		R .symétrie : 2
		Obj :	Critique objet

	Kobc : 0	2	:
	TRI : 1K>0C	0	Anat : Description : 1
	FC : 1	1	Geo : Commentaires
	CF : 0		: 1
	C : 0	2	Bot : Ref axe : 0
	F.compl=		Sc : 0
	FE : 0		
	EF : 1		
	E : 0		
	RC% : 30%	=	A/Ad
	Fclob : 0		H/hd
	ClobF : 0		
	Clob : 0		
Choix +III-X			
Choix -I-IV			

- **L'analyse qualitative du test de rorschach de Mr« lamine » :**
- **L'impression générales :**

Le rorschach du patient laisse d'emblée apparaitre un ensemble remarque :

Les temps de latence de chaque planche sont variés et de 7'' à 25'' tout en notant son protocole riche, R=10 donc le sujet a donné une productivité assai bien par apport aux normes, et aussi il a une vision globale du sujet vers la réalité

Les temps totaux se sont varié entre 1'02'' à la planche VI et 4'15'' à la planche X.

Nous remarquons chez le patient « lamine » plusieurs tentatives dans lesquelles il critique le matériel et il donne des réponses au même temps

Nous remarquons des réactions affectives dans les planches I et II (clob), aussi nous remarquons l'hésitation dans la planche IV VI IX X

Nous avons remarqué aussi la mise en relation et le recours au comportement face à la planche x

Avant de commencer le teste le patient demande de nous faire un teste de dessin.

- **La qualité de l'approche du monde :**

L'approche du monde ce fait sue un monde essentiel global G =51% c'est un Pourcentage considerable par rapport aux normes données par C. et D. Anzieu (20-30%)

Ce que renvoie la nature adaptative de sujet avec la réalité extérieure. Alors que les D% =37 sont très peu par apport à la norme donnée par D Anzieu et C Chabert, ce que explique l'intégration de l'unification corporelle.

- **L'investissement de l'intelligence :**

Le nombre de ses réponses G=20% et très bas

Le F+= 70% un peut élever a la norme

Type d'appréhension est rare de réponse K=01

Les A=40% bas.

Le nombre de réponse est très bas R=10

Présence de banalité= 30% supérieur a la norme

- **Les intérêts :**

Nous remarquons que la patient a manifesté une variété d'intérêt entre les H et les A, mais qui se vocalise beaucoup sur les A 63% ce que signifie l'adaptation social, Ceci face aux H=7% Ce que représente l'absence d'une inhibition dans les relations humaines, et a la réincarnation de l'image humaine.

- **Le rapport à la réalité :**

D'après les réponses de la qualité, il semble faire un grand effort pour maintenir un bon rapport à la réalité, chose que nous démontre $F\%=74\%$, nous remarquons que $F+\%=50\%$ au dessus des normes ce dernier qui a été corrigé par les au $F\text{ elargi}=92\%$, ce que nous montre aussi la rigidité des processus défensifs qui apparaît dans l'utilisation de la réalité.

Les $G=51\%$ qui et les $A=63\%$ qui renvoi a l'adaptation social.

- **L'image du corps :**

L'image du corps de patient a la planche I a été globale de bonne forme et uni.

A la planche IV : le patient nous donne 4réponces globale de bonne forme et uni, ainsi à la planche V.

- **Les identifications :**

Le patient «Lamine » s'identifie à 3 images humaines complètes à la planche III et IV, il donne une image sexué et difinie. Il donne une seul kinesthésie humaine ce que témoigne la présence de capacité de réincarnation de l'image humaine et l'élaboration des conflits.

- **Le conflit :**

Le patient nous donne une seule kinesthésie à la planche III, ce que donne la tendance au conflit oedipien, aussi nous avons constaté son inhibition à la planche X Kob.

- **Les défenses :**

D'après les réponses de patient, nous remarquons sur le plan syntagmatique : les précautions verbales, verbalisation des affectes.

- **Sur le plan pragmatique :**

Le contrôle de patient « Lamine» est faible vu les $F=74\%$ et les $D= 37\%$ et les $R=10$

I-2-1- Synthèse du test de Rorschach :

Après avoir fait notre analyse formelle et dynamique nous allons passer à l'analyse globale qui nous permet de relever des déférents critères :

Nous remarquons que le sujet a une nature adaptative d'intégration a la réalité externe $G=51\%$ et l'intégration et l'unification corporelle. Et la rigidité des processus défensifs qui

apparaît dans l'utilisation de la réalité, ainsi nous remarquons sa tentative de contrôle rationnel et la distance des affects vue les F% élargie élevée et le nombre de réponses élevé concernant la problématique et ce qui présente aussi un étouffement affectif. L'identité du patient ne pose pas de problème il a donné cinq réponses globales et de bonne formes, unis ce qui détermine une bonne identification sexuée des personnages perçus.

L'angoisse est notamment une angoisse de perte d'objet qui se présente par les réponses clob, l'angoisse de morcellement (volcan en éruption), réponse de K les remarques symétriques, RC est dans l'énormes constitué la capacité d'intériorisé les conflits et les besoins. Et les mécanismes comme l'idéalisation positive et négative, la projection. La représentation de soi : attachement à la centration sur ce qui sépare le dedans et le dehors à la planche III et VIII, réponse peau porosité des limites, processus d'idéalisation positive « jolie papillon » bonne symétrie ce qui renvoi à l'estime de soi. Les représentations des affectes : TRC nous montre une tendance extra tensif pur, et présence d'agressivité dans l'expression pulsionnelle.

I-3- Synthèse de cas « Lamine » :

A partir des données obtenue à l'aide de l'entretien clinique et le test projectif de Rorschach, nous avons constaté que « Lamine » pose un problème diagnostique mais les troubles présent sont allure psychotique accompagné par des symptôme de dépression.

Discussion de l'hypothèse :

D'après l'analyse des entretiens cliniques et les protocoles du test de Rorschach, nous arrivons à la discussion de notre hypothèse présumée, qui viennent répondre à notre question de départ de notre problématique, « Quelle -sont les causes du suicide en milieu psychiatrique ? », et nous confirmons notre hypothèse qui porte l'intitulé « Les pathologies mentales constituent les facteurs motivationnels pour la conduite suicidaire en milieu psychiatrique »

D'après l'entretien clinique et le test de Rorschach effectué avec monsieur « Lamine », nous avons constaté qu'il présente des signes qui se relèvent dans le registre d'une organisation limite (narcissique), accompagné par des symptômes de dépression et des conduites alcooliques. Son passage à l'acte a été par un mélange des médicaments, alcool, drogue. Un comportement qui est décrit par Ingold F.r comme « lorsqu'un alcoolique se suicide, c'est par ce que l'alcool ne remplit pas son office de médicament antidépresseur et anxiolytique » (Ingold F.r 2987, p184).

Pour le cas de madame « Anissa », nous avons remarqué qu'elle souffre d'une dépression et le déséquilibre caractériel. Selon Andier « l'impulsivité et l'intolérance aux frustrations, les conduites déviantes, tous traits comportementaux ou caractériels pouvant être rattachés à l'immaturation et à la dysharmonie dans le développement psychoaffectif » (Andier.F,1994 ,p212)

Passant au cas « Naima » qui présente un tableau clinique psychotique, son passage à l'acte est de la folie au délire. Et les comportements bizarres qu'elle présente comme se faire brûler avec de l'eau chaude) selon Reclé Barbier « le passage à l'acte suicidaire chez le psychotique est irrationnel utilisant des procédés bizarres ». (Reclé .B,2009,p84).

Enfin, pour le quatrième cas celui de Naim sa tentative de suicide est due à la dépression. « Des comportements suicidaires à l'âge adulte étaient en fait liés à la présence d'un trouble Dépressif majeur à l'âge adulte, les interventions ciblant la réduction des symptômes dépressifs pourraient permettre de réduire les idées suicidaires (Aglan *et al.*, 2008). Toutefois, peu de données empiriques ont confirmé que le traitement de la dépression dans l'objectif de remédier aux comportements suicidaires était efficace (Miller *et al.*, 2007).

Nous remarquons à partir de notre groupe d'étude que les psychotiques sont les plus disposés au passage à l'acte suicidaire. Et nous avons constaté aussi que le fonctionnement mental chez les adultes suicidaires se différencie d'une personnalité à une autre, le suicide causé par des événements différents.

Et si nous élaborons un autre groupe de recherche plus large peut-être que nous obtiendrons un résultat qui montre que le suicide est plus fréquent chez les malades mentaux.

CONCLUSION
GENERALE

Conclusion :

Nous arrivons au terme de notre travail qui porte l'intitulé « le suicide en milieu psychiatrique ». Pour la réalisation de notre recherche nous avons constitué un échantillon qui se compose de quatre adultes âgés entre 28ans à 49ans, qui sont placés au sein de l'hôpital « Frantz fanon » de la localité de Bejaia au niveau de centre psychiatrique. Notre étude a été effectuée à partir des entretiens et un teste projectif « Rorschach » et pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur l'approche psychanalytique et les études qui ont été faite par les psychologues et les psychiatres, offrant un aspect global et un arrière-plan théorique qui nous a aidés à établir notre recherche, cette dernière qui nous permet de comprendre les cause de suicide en milieu psychiatrique

Après avoir analysé les résultats de notre pratique nous avons pu répondre à notre question de départ, et de confirmé notre hypothèse.

- Nous insistons sur l'importance de la prise en charge des suicidaires et des suicidant, soit chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte ou les personnes âgées, par : La création des centres et des associations qui prendront en charge ses patients.
- La prévention et la sensibilisation des gents sur ce phénomène.
- Ne pas marginalisé les suicidaires.

Enfin, L'importance et la complexité de ce phénomène fait appelle a d'autre thèmes de recherche telle que :

Le suicide à répétition chez les adolescents.

L'estime de soi chez le suicidaire.

Le suicide en Kabylie.

Le suicide des personnes agées

Liste biographique

Ouvrage :

1. Alexandre.B et coll. (2005), psychologie clinique et psychopathologie, édition Breal, Bruxelles
2. Alian, M, Gérard, T, (2005) la tentative de suicide chez les adolescents, Payot
3. Beizmann C. (1966), Livret de cotation des formes dans le Rorschach », édition centre de psychologie appliquée (CPA), Paris.
4. Bernaud J.L. (1998), Les méthodes d'évaluation de personnalité, édition Dunod, Paris.
5. Bertschy G. Vandell, S, (1991), Le lien entre le suicide et dépression, l'encephale, bruxelles
6. Casadebaig F.(2000), Morbidité et mortalité chez les patients schizophrènes Paris: Frison Roche;2000. p. 265-80.
7. Caroline, D, (2011), le psychologue en service de psychiatrie, Masson, paris.
8. Carolif F. (1984), Sémiologie des conduites suicidaires, édition Enc-du Girard, paris.
9. Chahraoui, K, et benony, H, (2003), méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique, dunod, paris.
11. Charles-siegfried, P, (2013), comprendre et soigner la dépression, Masson, paris.
12. Colette, D, (2008), le psychologue clinicien, l'invention d'une profession, économique, paris.

13. Daniel, M, et Elise, B, (2001), **dépression et tentative de suicide à l'adolescence**, Masson, paris
14. Deniker, P, Lemperiere, Th, et Guyotat, J, 1989, **précis de psychiatrie clinique de l'adulte**, Masson, paris.
15. Florian, F, Florian, N, 2011, **psychiatrie**, Malone, paris.
16. Feillard J et Vidon G. (1982) , **Le suicide après une hospitalisation** , édition Prat, Paris.
- Garard,P, 2005, **la pratique de l'entretien clinique**, dunod, paris
17. Gasma, I , et Allilaire, F, 2009, **psychiatrie de l'enfant, l'adolescent et de l'adulte**, Elsevier Masson, SAS.
18. John. E et Exner. Jr, (1990), **Manuel de cotation du Rorschach** , édition Marco Pietteur ,Paris.
19. Halbwachs, M, (2002), **les causes du suicide**, puf, paris.
20. Henry Ey, P, et Bernald, Ch, Bresset,(1960, 1989),**Mnuel de psychiatrie**, Masson, paris.
21. Ivan, G, et Nicolas, L, 2013, **psychiatrie de l'enfant de l'adolescent et de l'adulte**, ECN,
22. Kacha. F, (2002), **Psychiatrie et psychologie médicale**, Algérie, 2éme édition Printed in Alegria.
23. Katherine, M, et patricia, A, (2013), **soins infirmières santé mentale et psychiatrie**, beock supérieur, Bruxelles.
24. Laurent, M, et Francois, D, (2008), **comprendre et soigner la crise suicidaire**, Masson, paris

25. Lemperiere, th, (2000), **dépression et suicide**, Masson, paris.
26. Lemperiere, T, et Féline, A, et Adés, G, Hadrady, P, (1977,2006), **psychiatrie de l'adulte**, Elsevier-masson, paris
27. Morel, 2002, **mourir.... un peu beaucoup**, ères , paris.
28. Moutassim-mimouni, B, (2010), tentative de suicide et suicide des jeunes à Oran, CRASC.
29. Nicolas, C, 2015, **suicide et environnement organisationnel**, pâques, paris.
30. Ochatillon, F, (2014), **psychiatrie pédopsychiatrie**, Epreuve classant nationales (ECN).
31. Pommereau, T, (2011), **l'adolescent suicidaire**, dunord, paris
32. Pierre lévy, S, 2007, **psychiatrie**, med-line, paris
33. Pirot, G, 2012, **approches psychanalytique des troubles psychiatriques**, Armand cumin, paris.
34. Pallazzdo, J, 2007, **dépression et anxiété, mieux les prendre en charge**, Elsevier-masson,SAS
35. Pierre,G,coslin, 2003, **les conduites à risque à l'adolescence**, vuf, paris.
36. Rauch.N de Traubenberg et Boizon.MF, (1996), **Les techniques projectives**, Armand colin, France
37. Ringuenent, D, et Lardinois, M, (2011), **psychiatrie**, elsevier-masson, paris.
38. Shawn-christopher, S, 2008, **évaluation du potentiel suicidaire, comment intervenir pour prévenir**, elsevier-masson, paris.
39. Vasslis, K, (2012), **Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte**, puf,paris.

Liste des thèses :

1. Anusaksathien Narongdoj, (2011), **Le teste du dessin de personnage chez le sujet suicidaire** , Poitier.
2. Abbé Charles et Antonie Galbaud, (2011), « **Le suicide et tentatives de suicides** », Institut Catholique de Paris
3. BOISIRE, (2002), **tentative de suicide et services d'urgence, aspect épidémiologique et filière de soins**, thèse de doctorat université paris VII
4. DJEBAR, 1, (2015) **qui et pourquoi se suicid-il en algérie ?spécificité kabyle,**
5. NUTINI,k,(2006) , **le psychologue face a la setuation de crise en service psychiatrique hospitalier** 2006. PARIS.

Les sites internet :

[www .Cairn .info /revue-psychologie-clinique-et-projective-2005 .htm](http://www.Cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2005.htm) .17 .02.2016/23 :27.

Les Dictionnaires :

1. BLOCHS, h 2000, et call **dictionnaire de la psychologie Larousse**, France
2. Kipinon-simon, n, 2005 et call **dictionnaire critique des termes de santé mental**, France
3. MAZZUCCONI, s, et leyreloup ,a,et digonent,e,(2005) **dictionnaire infirmier de psychiatrie**, masson paris.
4. Norbert Sillamy, (2003), « **Dictionnaire de psychologie** », édition Larousse-Vuef. Paris.

Article :

Rédaction national ,2010.

Batt,A, et leguay,d, et lecorp,p, 2007, épidémiologie de phénomène suicidaire complexité pluralité des approches et prévention EM ELSEVIER SAS , paris.

GUIDE D'ENTRETIEN

AXE 01 : Identification de cas

Sexe :

Age :

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction :

Fonction :

Axe 02 : Rapport avec la famille

- pouvez-vous me parler de vos relations avec vous parents ?
- Vous avez des frères ? quel est leurs nombres ?
Sont-ils mariés ?
- Vous avez des sœurs ? quel est leurs nombres ?
Sont-elles mariées ?
- Pouvez-vous me parler de vos relations avec vous frères et sœurs ?
- Es-que vos relations ont changé avec votre famille depuis votre tentative de suicide ?
- Qu'elle est la personne la plus proche dans votre famille ? pourquoi ?

Axe 03 : les renseignements sur la vie sociale et professionnelle ?

- Quelles-sont vos loisirs et vos activités sociales ?
- Avez-vous des amis et comment sont vos relations avec eux ?
- Avez-vous des conflits sociaux ? si oui
- Quel genre de conflit ?et avec qui exactement ?
- Préférez-vous rester à la maison ou sortir dehors ?
- Pouvez-vous nous parler de votre profession ?
- Es-que votre tentative de suicide a perturbé votre profession ?

- Pouvez-vous nous parler de votre vie quotidienne ?

Axe 04 : le suicide et la santé mentale

- Connaissez-vous votre maladie ?
- pouvez-vous nous décrire votre maladie ?
- comment vous avez reconnu le caractère pathologique des symptômes présents ?
- Pouvez-vous nous parler de vos premières tentatives de suicide ?
- Comment vous avez pensé à cet acte suicidaire ? et par quel moyen ? comment vous avez pensé à ce moyen exactement ?
- Les premières idées suicidaires remontant à quand ?
- Avez-vous des antécédents suicidaires dans votre famille?
- Pouvez-vous nous dire la cause qui vous poussez à passer à l'acte?
- Pensez-vous que votre maladie a une relation avec votre acte ?
- Avez-vous des changements depuis votre acte ?
- Quelles sont les conséquences de votre acte ?
- Est-ce que vous allez le refaire ? est-ce que vous regrettez ? et quel sont vos projets dans l'avenir ?















