

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



Année : 2020

N° : 117

TENTATIVES DE SUICIDE PAR INGESTION DE PRODUITS CAUSTIQUES : PSYCHOPATHOLOGIE ET PROBLEMATIQUES DE LA PRISE EN CHARGE

MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
EN PSYCHIATRIE

Présenté et soutenu le 15 juin 2020

Par

Docteur Moustapha LO

Né le 25 novembre 1981 à Louga (Sénégal)

MEMBRES DU JURY

PRÉSIDENT :	M.	Mouhamadou Habib	THIAM	Professeur
MEMBRES :	M.	Papa Lamine	FAYE	Professeur
	Mme	Tabara	SYLLA	Professeur
DIRECTEUR DE MEMOIRE :	M.	Papa Lamine	FAYE	Professeur
CO- DIRECTEUR DE MEMOIRE:	M.	Serigne Modou	NDIAYE	Spécialiste des hôpitaux des armées

Par la grâce d'Allah le Clément, le Miséricordieux

Toutes les louanges reviennent à Allah, Seigneur des mondes

(Coran, Sourate 1, verset 2)

Que la paix et le salut d'Allah soient sur son Prophète Mohamed
ainsi que sa famille, ses compagnons et sur tous ce qui suivent sa
voie jusqu'au jour de la résurrection !

**DÉDICACES ET
REMERCIEMENTS**

A ma mère feu Aminata LO

A mon père feu Mbargou LO

A ma tendre épouse Fatimata LO ; ta patience et ton soutien ont permis l'accomplissement de ce travail.

A mes enfants Ndèye Amy, Mouhamed Dame, et Youssouph

A toute ma famille

A ma belle-famille

A mes amis d'enfance

Au Professeur Tabara SYLLA DIALLO

Aux Drs DEMBELE, NDIAYE, FALL, Florentine, FANE

Au Programme de soutien psychologique des armées (PSPA)

A toute la famille de la psychiatrie militaire

A tout le personnel du service de psychiatrie de l'hôpital Principal de Dakar

A tout le personnel du SAU HPD, du PMS, du SUSI HPD

Au Dr Abou Sy, merci pour votre disponibilité et votre encadrement

A mes camarades de promotion de L'EMS les « **200** » de 2002

A mes camarades de promotion du DES de psychiatrie

Aux Drs Aïssatou DIALLO, Mbayang, Binta Ba, Aby SALL, COULIBALY, Diabong DIOUF...

A tous les internes et DES de psychiatrie

A tout le personnel de la clinique Moussa Diop

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maitre et président de jury

Monsieur le Professeur Mamadou Habib THIAM

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multitudes occupations.

Cher maitre, votre personnalité inspire le respect et la confiance.

Nous avons découvert durant notre formation et notre séjour dans votre service vos qualités humaines, paternelles et votre expérience médicale.

Trouvez ici cher maitre, l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre maitre et juge

Madame le Professeur Tabara SYLLA

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous avez guidé nos premiers pas dans la psychiatrie et dans la psychiatrie militaire en particulier.

Vous êtes pour nous une référence par votre rigueur scientifique, vos grandes qualités humaines et votre investissement total dans la formation en psychiatrie. Soyez rassurée, Colonel, de notre profond respect et admiration.

A notre maitre et directeur de mémoire

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multitudes occupations.

Votre simplicité, votre humilité et votre finesse intellectuelle nous ont profondément marqué durant notre passage à votre division.

Trouver ci-joint, cher maitre, le témoignage de notre profond respect et admiration.

A notre maitre et codirecteur de mémoire

Docteur Serigne Modou NDIAYE

C'est avec spontanéité que vous avez accepté de codiriger ce travail depuis le début. Ceci témoigne de votre promptitude et de votre disponibilité que nous ne saurions oublier.

Vous nous avez marqué par votre rigueur scientifique, vos qualités didactiques et vos qualités humaines qui nous ont accompagnés depuis nos premiers pas dans la psychiatrie.

Veillez accepter l'expression de nos plus sincères remerciements et de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CFA : Communauté Financière Africaine

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies dixième version

DU : Diplôme Universitaire

HPD : Hôpital Principal de Dakar

km : kilomètre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

pH : potentiel hydrogène

PMS : Pavillon Mouhamadou SANE

SAU : Service d'Accueil des Urgences

TS: Tentative de Suicide

US: United states

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	4
1. Historique et évolution des idées	5
2. Epidémiologie	6
3. PSYCHOPATHOLOGIE DU SUICIDE.....	7
3.1. Approches psychopathologiques.....	7
3.2. Approche psychologique.....	8
3.3. Approche sociologique.....	9
3.4. Facteurs	10
3.5. Moyens utilisés.....	12
3.5.1. Classification des caustiques :.....	12
3.5.2. Actions des différents caustiques :.....	12
3.5.2.1. Les bases :	12
3.5.2.2. Les acides :	13
3.5.2.3. Les lésions du tractus digestif.....	13
4. Prise en charge d'une ingestion de caustiques :.....	15
4.1. Les premiers gestes :	15
4.2. Les gestes à proscrire :	15
4.3. Indications chirurgicales	16
4.4. Principes de la prise en charge psychiatrique	17
DEUXIEME PARTIE	20
1. METHODOLOGIE.....	21
1.1. Objectif général.....	21
1.2. Objectifs spécifiques	21
1.3. Cadre de l'étude	21
1.4. Type d'étude.....	21
1.5. Durée de l'étude	21

1.6. Critères d'inclusion et de non inclusion.....	22
1.7. Recueil des données	22
1.8. Limites.....	22
2. RESULTATS	23
2.1. Eléments sociodémographiques	23
2.2. Produits utilisés	23
2.3. Aspects évolutifs	23
2.4. Aspects thérapeutiques.....	25
2.4.1. Parcours de soins.....	25
2.4.2. Prise en charge organique	26
2.5. Aspects psychiatriques	26
2.5.1. L'existence d'antécédents psychiatriques	26
2.5.2. L'existence de pathologies psychiatriques sous-jacentes	27
2.6. Crise psychosociale.....	28
2.7. Prise en charge psychiatrique.....	29
3. DISCUSSION	31
3.1. Aspects épidémiologiques.....	31
3.2. Aspects psychopathologiques	32
3.3. Problématiques de la prise en charge.....	36
3.3.1. Retard des premiers soins	36
3.3.2. Vécu du circuit de prise en charge par les suicidants	37
3.3.3. Apport de la psychiatrie de liaison.....	38
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	43

INTRODUCTION

Dans les pays développés les tentatives de suicide constituent un problème de santé publique alors qu'en Afrique en général et au Sénégal en particulier, il est encore difficile, à cause du manque d'indicateurs précis de déterminer le rang qu'occupent le suicide parmi les causes de décès **(1)**.

La tentative de suicide est très liée au suicide lui-même, malgré la différence qui existe entre les deux au niveau de leur résultat, de leur but visé et obtenu et, de leur motivation.

Les moyens utilisés sont variables parmi lesquels, la pendaison, les armes à feu, les armes blanches, l'ingestion de médicaments et de produits caustiques. Chez l'adulte et l'adolescent, l'ingestion de produits caustiques est à visée suicidaire dans 60 à 70% des cas **(2)**. « Est défini comme caustique toute substance susceptible, du fait de son pH ou de son pouvoir oxydant, d'induire des lésions tissulaires » **(3)**.

Les brûlures caustiques de l'appareil digestif constituent une urgence fréquente chez l'adulte et représente 15000 cas par an en France **(4)**. Les lésions engendrées sont bénignes dans 75% des cas. Cependant la survenue d'une brûlure grave engage le pronostic vital et fonctionnel avec une létalité immédiate et retardée proche de 10% **(2)**. En cas de survie, le pronostic fonctionnel reste réservé en raison des séquelles organiques résiduelles et des exérèses viscérales souvent nécessaires **(5)**.

La Tentative de suicide est une conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé **(OMS)** **(6)**, c'est un « acte à issue non mortelle dans lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence d'interventions d'autres personnes, lui sera dommageable, ou ingère une substance en quantité supérieure aux dosages thérapeutiques prescrits ou généralement admis, et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des conséquences physiques effectives ou attendues ».

Selon **Durkheim (7)**, 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.

Au Sénégal, le suicide reste toujours un sujet tabou. Les familles des suicidés préfèrent le déclarer comme une mort naturelle ou accidentelle par honte. Ce sentiment s'appuie sur le bannissement du suicide par la religion. Le personnel de soins qui peut être le reflet de cette même société peut adopter des contre-attitudes envers les patients qui ont fait un passage à l'acte suicidaire. Ainsi, l'acte suicidaire jette l'opprobre sur le suicidant, et parfois sur sa famille **(8)**. Parallèlement ces conduites suicidaires sont souvent surmédiatisées.

Notre contexte est marqué par un déficit du plateau technique qui ne permet pas toujours une prise en charge adéquate de l'ingestion volontaire de produits caustiques dans les structures médicales périphériques. Sa prise en charge devrait être immédiate, avec une approche multidisciplinaire, impliquant diverses spécialités et particulièrement le psychiatre dans la prise en compte de la conduite suicidaire.

Plusieurs facteurs étiopathologiques, notamment la maladie mentale favoriseraient la conduite suicidaire.

Les dysfonctionnements dans le circuit de la prise en charge impactent-ils sur la qualité de la prise en charge ?

L'ingestion volontaire de produits caustiques n'étant pas le procédé le plus fréquent, pourquoi alors le choix de cette méthode de passage à l'acte suicidaire ?

C'est ainsi que nous nous sommes fixés comme objectif de :

- de relever les difficultés de la prise en charge globale et leurs impacts à travers le circuit thérapeutique
- de mettre en exergue la richesse psychopathologique à travers le déterminisme du choix du produit et l'intentionnalité qui sous-tendent le passage à l'acte suicidaire
- de faire ressortir l'intérêt de l'implication du personnel de santé mental.

**PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA
LITTERATURE**

1. Historique et évolution des idées

Selon **Albrand (9)** le terme de suicide date d'un peu plus de deux cent ans. Il est utilisé par L'abbé Des Fontaines en 1737. Il signifiait « le meurtre de soi-même ». Ce terme est employé comme équivalent de suicide « effectif », terme préférable à celui de suicide « réussi ».

En Asie, le suicide remonte à la plus haute antiquité. Dans l'Inde, la religion de Brahma justifie non seulement le suicide, mais encore le tient en honneur.

En milieu traditionnel africain, le suicide pour la sauvegarde de l'honneur était permis, encouragé, voire même valorisé. **Sow (10)** trouve l'explication dans l'intégration poussée de l'individu dans de petites collectivités, réglées par des lois strictes. Cet état de fait favorise l'importance du sentiment de l'honneur, et la transgression des règles peut aboutir au sacrifice suprême. Nous pouvons citer le mythe de Yacine Boubou qui aurait donné sa vie pour que son fils monte sur le trône du CAYOR **(11)**, et l'histoire des femmes de « *NDEER* » qui se sont brûlées vives pour échapper à l'esclavage **(12)**. L'introduction et l'extension des religions révélées telles que l'islam et le christianisme ont profondément bouleversé la conception du suicide.

Selon **Legoyt (13)**, la bible a beaucoup cité de cas d'actes suicidaires qui étaient le plus souvent des suicides par honneur ou pour se faire un nom. Il est considéré comme de la rébellion envers Dieu entraînant l'exposition et l'exhibition du cadavre sur la claie avant de l'amener à la voirie. Cet interdit est réitéré au cours du XIX^{ème} siècle (code du droit canon). Les stoïciens ont ainsi considéré le suicide comme le dernier acte de liberté d'un sujet.

La position de la religion musulmane est aussi formelle sur cet interdit formulé dans la sourate 4 (Les femmes), versets 29-30, promettant le feu éternel à ceux qui se donnent volontairement la mort **(14)**.

Ainsi « le franchissement du pas » de la verbalisation des idées suicidaires est considéré comme un acte blasphématoire.

L'influence croissante de ces religions monothéistes sur les sociétés jadis appelées « thiédos » ou « animistes » fait que le suicide est devenu tabou par peur du regard de l'autre et de son jugement. Paradoxalement les conduites suicidaires sont devenues surmédiatisées avec le développement des moyens de communication.

2. Epidémiologie

Toutes les 40 secondes, une personne se suicide à travers le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Toutefois la tentative de suicide touche particulièrement la tranche d'âge de 15 à 29 ans, chez qui il constitue la deuxième cause de mortalité à l'échelle mondiale **(15)**.

Ceci a justifié l'adoption lors de la soixante-sixième assemblée mondiale de la santé en 2013 du premier plan d'action pour la santé mentale de l'**OMS (6)**. La prévention du suicide fait partie intégrante dudit plan, l'objectif étant la réduction de 10% du taux de suicide dans le monde d'ici 2020.

En France, près de 11 000 personnes se donnent la mort volontairement chaque année **(16)**. En Afrique, la fréquence des suicides et des tentatives de suicide est mal connue à cause de la rareté des travaux sur la question. Les données épidémiologiques restent parcellaires. Ainsi en Tunisie, l'étude de **Khemakhem et al. (17)** a montré que le suicide était la deuxième cause de mort violente après les accidents de la voie routière. En Côte d'Ivoire, les morts par suicide sont peu fréquentes. Dans l'étude de **Yapo et al**, elles représentent moins de 1% de l'ensemble des décès et seulement 4.36% des morts violentes **(18)**. Selon **Bouabdellah (19)** 10.2% des patients qui ont ingéré des produits caustiques avaient une psychose connue, 2.6% étaient des toxicomanes, 1.3% présentaient un syndrome dépressif et 2% d'entre eux étaient traités pour une anxiété. Dans la région de Dakar, selon **Soumah (20)** le suicide est à prédominance masculine. Les adultes jeunes dont l'âge varie entre 21 et 30 ans constituent la population la plus touchée avec un âge moyen de 32.7 ans.

3. PSYCHOPATHOLOGIE DU SUICIDE

3.1. Approches psychopathologiques

Les approches rapportées par **Deshaies (21)**, citant plusieurs auteurs tels que Gall, Esquirol, Voisin, Pal Teuf, Bartel, ont rattaché les conduites suicidaires à une atteinte organique. **Delmas, (22)** quant à lui, a constaté dans la conduite suicidaire une perversion de l'instinct conservateur. Par conséquent, quelle que soit la pression exercée par les malheurs, pour qu'il y ait passage à l'acte suicidaire, il faut un terrain favorable, le plus souvent pathologique (22).

Henri Ey (23) a donné des caractéristiques de l'acte suicidaire en fonction de la pathologie mentale sous-jacente. Ainsi chez les mélancoliques, toutes les formes de l'affection, et à tout moment, peuvent pousser à faire des tentatives de suicides. La schizophrénie, par sa composante anxieuse, délirante ou hallucinatoire est pourvoyeuse de tentatives de suicide froides, détachées et violentes, sans motifs apparents. Le raptus anxieux peut aussi être à l'origine de conduites suicidaires.

On note que ces différents auteurs ont toujours rattaché la conduite suicidaire à une pathologie sous-jacente psychiatrique ou organique.

Le champ psychopathologique du geste suicidaire s'est enrichi par de nombreuses recherches et de nombreuses observations sur le phénomène de « crise suicidaire ». Ainsi, l'étude de **Ringel (24)** évoque l'existence prodromique d'une gêne existentielle pré suicidaire qui s'aggrave au fur et à mesure de l'évolution du processus. Elle se caractérise par plusieurs éléments précipitant de la crise suicidaire: un retournement des pulsions agressives inhibées contre soi, un envahissement des fantasmes suicidaires, une impression de coercition interne, le sentiment de ne plus pouvoir aller de l'avant, le désespoir au sein de la rencontre entre le Moi et le monde, et l'environnement coloré par la noirceur.

Ringel (24) en poursuivant toujours sa théorie observe une perte de ce qu'il nomme la « confiance originelle » au profit d'un sentiment de « défiance profonde » du monde.

Plusieurs années plus tard, les travaux de **Quenard (25)** vont préciser les différentes étapes de la phase pré suicidaire. Ainsi ils parlaient d'événement déclenchant suivi d'un accroissement de l'état de tension, ensuite le monde est vécu comme un péril interne et enfin il s'en suit une hausse de l'agressivité qui peut être dirigé contre soi-même.

L'entité clinique « crise suicidaire » est officiellement reconnue par les experts de la conférence de consensus et procède d'une volonté de distinguer la pathologie suicidaire comme un ensemble sémiologique à part entière, et non plus comme la complexification d'une pathologie psychiatrique.

3.2. Approche psychologique

Dans la conception psychanalytique du suicide, la libido joue un rôle important. Elle est insatisfaite par l'objet du désir, cause pour laquelle elle retourne son agressivité contre le moi, identifié à l'objet. Selon **Freud (26)** « Le moi ne peut se tuer que lorsque par suite du retour de l'investissement objectal, il en vient à se traiter lui-même comme un objet. Ainsi il arrive à actionner contre lui-même l'hostilité contre l'objet, hostilité qui représente la réaction primitive du Moi contre les objets du monde extérieur ». Ainsi, il théorise la Pulsion de mort appelé **thanatos** qui sous-tend le principe du plaisir. Elle représente la tendance propre à toute vie à viser un état où la tension et la quantité d'énergie est minimales. Elle est opposée à la pulsion de vie appelée **éros**, de nature libidinale, qui cherche à augmenter la tension et à promouvoir la vie.

Baechler (27) insiste sur la fonction de l'acte suicidaire. C'est ainsi qu'il distingue : les suicides escapistes, les suicides agressifs, les suicides ablatifs, les suicides ludiques. Dans les descriptions **Baechler** on note des termes qui ont une forte connotation judiciaire tels que : fuite, crime, vengeance, chantage. Cette caractérisation des formes de passage à l'acte suicidaire a tendance à émettre des jugements de valeur sur le suicidant, montrant cet aspect moral. Dans sa théorie figure

l'**ordalie** qui est le fait de risquer sa vie pour s'éprouver soi-même ou solliciter le jugement des dieux. Ceci correspond à la tradition africaine pour désigner un coupable dans le cadre d'une justice voulue par les hommes, comme le cas du « Guendeul » chez les Wolofs. Le **jeu** qu'il décrit comme le fait de se donner la chance de mourir, dans le seul but de jouer avec la vie se retrouve dans des conduites qui sont d'actualité comme le « Binge Drinking » qui est une alcoolisation excessive sur une courte période.

3.3. Approche sociologique

Selon **Halbwachs (28)**, la souffrance psychique qui sous-tend la tentative de suicide est d'ordre social (précarité, exclusion, conflits socio-familiaux). L'acte suicidaire est avant tout un fait social, c'est la résultante de plusieurs facteurs sociaux.

Trente ans plus tard **E Durkheim (7)** classe les conduites suicidaires en plusieurs catégories, en fonction des relations de l'individu avec la société, de son degré d'intégration ou de non-intégration. Ainsi il distingue le suicide égoïste, le suicide altruiste, le suicide anémique et le suicide fataliste.

Selon sa théorie le suicide altruiste est déterminé par un excès d'intégration. Les individus ne s'appartiennent plus et peuvent en venir à se tuer par devoir. Il n'existe plus qu'une personnalité du groupe et une conscience collective. Cette description se retrouve dans l'histoire des femmes de « *NDEER* », au Sénégal, qui se sont brûlées vives pour échapper à l'esclavage **(12)**. Mais aussi on peut avoir ces formes de suicides dans l'armée comme dans les sectes.

Sa théorisation du **suicide anémique** qui pourrait être appelé suicide réactionnel ou situationnel correspond à la conduite suicidaire dans la crise psychosociale. La société exerce une action régulatrice sur les sentiments et sur les conduites des hommes. Il décrit également le **suicide fataliste** qui se définit par la prise en compte par l'individu d'un destin muré, immuable. Il a lieu dans les groupes sociaux où la régulation est forte. Il peut s'agir du suicide du kamikaze dont l'« avenir est

impitoyablement muré ». Ces actes se retrouvent dans les attentats terroristes perpétrés à nos jours sous la bannière de groupes qui se réclament d'une appartenance religieuse.

Cette description de Durkheim des années 1960 ainsi que celle Halbwachs de 1930 restent toujours d'actualité avec l'importance de crises psychosociales qui sous-tendent les passages à l'acte suicidaire jusqu'à nos jours.

Selon les sociologues la société n'aime pas les conduites suicidaires car il constitue une remise en cause des normes. Ainsi sur le plan familial, le passage à l'acte suicidaire suscite un sentiment de honte chez les parents. La révélation des véritables causes peut constituer un risque pour la famille. Ainsi le sociologue intervient pour déclarer que l'individu a peu à voir avec son acte, la volonté de mourir vient de l'extérieur. La conduite suicidaire est une maladie de la société (29).

3.4. Facteurs

L'étude de **Z. Rihmer (30)** a mis en évidence différents facteurs dits de risque, de vulnérabilité, précipitant ou de protection. On appelle "facteur de risque" un facteur qui a été mis en relation statistique avec la survenue d'un suicide, au niveau d'une population donnée. Il ne s'agit donc en aucun cas, d'un facteur individuel. Les facteurs de risque suicidaire sont en interaction les uns avec les autres et l'importance de leur effet va dépendre de la présence ou de l'absence d'autres facteurs. Dans une perspective pragmatique et préventive, la même étude (30) a proposé de les classer en trois catégories

- **les facteurs de risque primaires** qui ont une valeur d'alerte importante, au niveau individuel, ils sont en forte interaction les uns avec les autres et peuvent être influencés fortement par les thérapeutiques. Ces facteurs sont : les troubles psychiatriques, les antécédents familiaux et personnels de suicide et tentatives de suicide, la communication à autrui d'une intention suicidaire, l'existence d'une impulsivité facilitant le risque de passage à l'acte.

- **les facteurs de risque secondaires** sont observables dans la population générale. Leur valeur prédictive est faible en l'absence de facteurs primaires. Ils ne sont que faiblement modifiables par les thérapeutiques. Ce sont : les pertes parentales précoces, l'isolement social (séparation, divorce, veuvage), le chômage ou l'existence d'importants facteurs financiers, les "événements de vie" négatifs sévères.
- **les facteurs de risque tertiaires** qui n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires et ne peuvent être modifiés, ce sont : l'appartenance au sexe masculin, l'âge en particulier l'adolescence et la sénescence, certaines périodes de vulnérabilité (phase prémenstruelle chez la femme, période estivale...).

Les facteurs de vulnérabilité sont des éléments majorant les facteurs de risque et pouvant contribuer, dans certaines circonstances, à favoriser un passage à l'acte suicidaire sous l'influence de facteurs précipitants. Il s'agit d'événements de la biographie passée, survenus souvent au cours de pertes parentales précoces, de carences affectives, de violence, de maltraitance ou de sévices...

Les facteurs précipitants sont des circonstances précédant de peu le passage à l'acte ou déterminants dans la crise suicidaire : des événements de vie négatifs, tels une séparation, une maladie, un échec, etc. Il s'agit parfois d'événements anodins pour l'intervenant mais qui revêtent une importance affective d'autant plus grande pour la personne qu'ils réactualisent, à un moment donné, des problématiques liées au passé du sujet, sous-tendues par les facteurs de vulnérabilité précédemment décrits.

Les facteurs de protection sont essentiellement des facteurs psychosociaux tels un soutien familial et social de bonne qualité, le fait d'avoir des enfants, des relations amicales diversifiées. Bien que ceux-ci soient insuffisamment documentés actuellement, on peut citer également "la résilience", c'est à dire la capacité d'un individu à faire face à l'adversité.

3.5. Moyens utilisés

Dans les tentatives de suicide les procédés toxiques sont les plus utilisés et représente 83% **(31)**. Parmi les intoxications l'utilisation des médicaments est à 55%. Les intoxications aux produits ménagers sont à 13,2 %. Les procédés traumatiques et asphyxiques retrouvés sont plus rares.

3.5.1. Classification des caustiques :

Les substances ingérées sont le plus souvent des produits ménagers qui peuvent être caustiques, irritants ou simplement moussants. Les différentier est essentiel puisque si les substances caustiques sont à l'origine de nécroses tissulaires profondes et irréversibles, les substances irritantes n'entraînent qu'une inflammation superficielle. Parmi les produits caustiques ingérés, les oxydants (eau de javel, permanganate de potassium, crésyl...) sont le plus souvent en cause (38 % des cas) suivis des bases fortes telle que la soude caustique (34 %), puis des acides forts comme l'acide chlorhydrique ou sulfurique **(32)**.

3.5.2. Actions des différents caustiques :

3.5.2.1. Les bases :

L'action des bases sur les muqueuses se déroule en trois phases **(33-34)** :

L'action débute par la phase de nécrose de liquéfaction qui dure de 2 à 4 jours. La seconde phase ou phase de régénération débute entre le troisième et le cinquième jour après l'ingestion et dure jusqu'à la deuxième semaine. Elle est caractérisée par l'apparition d'un granulome inflammatoire associé à un dépôt de fibres collagènes ainsi qu'à une colonisation bactérienne. La troisième phase est la phase de cicatrisation, elle débute après la deuxième semaine, conduit le plus souvent à une sténose de l'œsophage.

Dans l'estomac, l'action alcaline des bases est tamponnée par le pH acide de cet organe, ce qui réduit leur action sur la muqueuse.

3.5.2.2. Les acides :

Les acides agissent au niveau de la muqueuse en provoquant une nécrose de coagulation des protéines. La coagulation limite par conséquent la pénétration du caustique dans les couches plus profondes. De plus, la faible viscosité des acides rend l'atteinte de la couche musculaire exceptionnelle **(34-35)**. Dans l'œsophage, le temps de contact est relativement bref, il est donc généralement épargné. Cependant, il peut tout de même être endommagé comme le montrent les études indiennes **(36)**.

Par contre, l'estomac se trouve beaucoup plus exposé du fait de la stase au niveau de l'antrum, une stase qui résulte du spasme du pylore provoque l'agression. Le rôle de ce spasme est d'éviter la diffusion de l'agent agresseur vers l'aval, en lui fermant les voies naturelles **(37)**.

3.5.2.3. Les lésions du tractus digestif

Au cours des ingestions de caustiques, l'endoscopie digestive haute est le principal examen du bilan morphologique initial. Elle détermine le pronostic et la prise en charge thérapeutique **(2)**. Cet examen doit toujours être réalisé car la gravité des lésions digestives n'est corrélée ni à la sévérité des lésions oropharyngées, ni à la symptomatologie clinique **(38)**. La gravité des lésions est appréciée selon une classification endoscopique en 4 stades **(figure 1)** de gravité croissante **(2)** :

Stade I	Erythème, œdème	
Stade IIa	Ulcérations superficielles, fausses membranes, hémorragie muqueuse	
Stade IIb	Ulcérations creusantes, confluentes, circonférentielles	
Stade IIIa	Nécrose focale	
Stade IIIb	Nécrose diffuse	
Stade IV	Perforation	

Figure 1 : Classification endoscopique des lésions.

4. Prise en charge d'une ingestion de caustiques :

L'ingestion de produits caustiques nécessite une prise en charge rapide. Il s'agit d'admettre en urgence tout patient suspecté d'avoir ingéré une substance caustique dans une structure multidisciplinaire. Elle devrait disposer de services de chirurgie viscérale, d'anesthésie réanimation, d'une unité d'endoscopie digestive et bronchique, de chirurgien oto-rhino-laryngologiste et de psychiatre.

La conduite à tenir repose sur les résultats de la clinique, mais surtout de l'endoscopie digestive haute.

Le médecin généraliste est parfois le premier sur les lieux. Il se doit de connaître la bonne conduite à adopter et de donner les meilleurs conseils afin d'accorder le maximum de chance au patient. Rien ne doit être fait pour aggraver le pronostic à court ou long terme.

4.1. Les premiers gestes :

Il convient de :

- placer le patient en position demi-assise
- mettre en place une voie veineuse, afin de pouvoir corriger une éventuelle déplétion volumique (39).
- nettoyer la bouche à l'aide de compresses sèches (36- 39).
- évaluer le niveau d'urgence par un examen clinique attentif.

4.2. Les gestes à proscrire :

Certaines idées reçues sont fausses. Certains actes doivent être interdits pour ne pas aggraver les éventuelles lésions :

- Boire de l'eau, du lait ou n'importe quel liquide ; en effet si l'idée de diluer le produit pour en diminuer la causticité peut être

intellectuellement séduisante, l'expérience a montré qu'il n'en était rien. L'apport de liquide peut entraîner les caustiques à distance. La distension gastrique est source de régurgitations ou pire de vomissements responsables d'un second passage du produit, elle accélère la vidange gastrique ce qui amène le caustique en contact avec le duodénum **(40)**. D'autre part, l'énergie dégagée, sous forme de chaleur par la mise en jeu de réactions physico-chimiques entre le caustique et le liquide ingéré, est susceptible de créer des lésions ou de renforcer celles qui ont débuté **(41)**. Le lait ou les liquides opaques peuvent également perturber l'endoscopie en masquant des lésions.

- Effectuer un lavage gastrique, pour les mêmes raisons que ci-dessus.
- Induire des vomissements, quelle que soit la méthode, en raison du risque de second passage et /ou d'inhalation **(39-40)**.
- Mettre en place une sonde nasogastrique, car elle ne réduit pas le risque de sténose et entraîne au contraire un risque de vomissement et d'inhalation.
- Faire ingérer du charbon, car cela n'a pas d'autre effet que de perturber l'endoscopie en tapissant le tractus digestif supérieur de noir; il convient également d'éviter les pansements gastriques et autres antiacides per os. Les antidotes n'existent pas **(40)**.
- Banaliser le geste ou en réduire sa portée, et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un acte volontaire.
- Installer les patients en décubitus en raison du risque de vomissement et d'inhalation.

4.3. Indications chirurgicales

Les lésions de stade I, œsophagiennes ou gastriques, ne nécessitent pas d'intervention. Elles cicatrisent toujours sans séquelle **(42)**.

Les lésions de stade II sont susceptibles d'évoluer, dans un sens comme dans l'autre. En l'absence de dégradation clinique, une fibroscopie de contrôle est réalisée après une semaine de jeûne. En cas de persistance d'ulcérations étendues (stade IIb), l'évolution se fait le plus souvent vers la sténose. Le patient est alors mis en observation avec décharge digestive alimentation parentérale stricte pendant plusieurs semaines, et une jéjunostomie est posée.

Si la brûlure de stade III n'intéresse que l'estomac, avec des lésions œsophagiennes moins importantes, le geste réalisé est fonction de la vitalité œsophagienne. Si la section de l'œsophage abdominal est bien vascularisée à la section, le geste est alors une gastrectomie totale avec anastomose œso-jéjunale et jéjunostomie d'alimentation. Dans le cas d'une mauvaise vascularisation ou de lésions muqueuses sous-estimées par la fibroscopie, une recoupe œsophagienne de 3 à 4 cm, jusqu'en zone saine, peut être tentée, mais on est parfois amené à réaliser une œsogastrectomie totale.

Les lésions de stade IIIb et IV nécessitent une intervention en urgence.

4.4. Principes de la prise en charge psychiatrique

Cette prise en charge débute par le contact avec le suicidant (43). L'entretien doit se faire dans un endroit calme, en toute confidentialité. Il a pour premier but de travailler l'alliance thérapeutique. Il ne faut pas hésiter à laisser le patient exprimer ses émotions.

La conduite suicidaire doit être abordée par exemple avec des questions comme : « avez-vous des idées de suicides ? » ou « avez-vous envie de mourir ? ».

Une souffrance tolérable doit être écoutée, si celle-ci est intolérable se manifestant par une agitation ou une perplexité anxieuse, il faut la soulager par des médicaments appropriés. Il ne faut pas banaliser des conduites suicidaires par ingestion de caustiques qui représentent une urgence médicopsychiatrique. A l'inverse, il ne faut dramatiser la situation et les patients doivent se sentir libre d'exprimer leur vécu et

leurs idées. Il peut être utile de recevoir la famille pour expliquer la situation. On peut repérer des soutiens possibles dans l'entourage et proposer au patient de les appeler ou de les informer pour qu'ils puissent le soutenir. La recherche de soutien sera faite en cas de prise en charge ambulatoire comme en cas d'hospitalisation.

Il faut, dès ce premier contact, faire la distinction entre : une tentative de suicide dans un contexte de crise psychosociale et celle en rapport avec un trouble mental.

- **La conduite à tenir dans l'urgence :**

Après une stabilisation avec des moyens de réanimation adaptés, l'urgentiste doit décider d'une hospitalisation pour stabiliser le patient dont le pronostic est engagé du fait de l'ingestion de produit caustique.

Le psychiatre doit faire l'évaluation de la psychopathologie, de la conduite suicidaire mais aussi de la décision de la prise en charge. Une éventuelle chimiothérapie sera adaptée à la pathologie (trouble de l'humeur, psychose). Une psychothérapie peut être indiquée pour la prise en compte des facteurs psychopathologiques de vulnérabilité.

- **Les indications de l'hospitalisation :**

L'hospitalisation s'impose car l'ingestion de produits caustiques représente un niveau d'urgence médicopsychiatrique élevée. Elle peut être libre ou à la demande d'un tiers.

Les objectifs de cette hospitalisation visent à limiter la récurrence, à faciliter la résolution de la crise en travaillant sur les alternatives, à mettre en place un suivi ultérieur. Le travail sur les alternatives passe par une psychothérapie de soutien basée sur une relation de confiance, une verbalisation de la souffrance et la recherche d'une alliance thérapeutique. L'hospitalisation, n'empêchant pas les récurrences, il faut prendre certaines précautions visant à limiter l'accès aux moyens létaux : suppression des points d'appui résistants au poids du corps, inventaire des affaires du patient et retrait des objets dangereux. Il faut également assurer une

surveillance rapprochée dans une chambre proche de l'infirmier. Le psychiatre de liaison est dans ce cas confronté à certaines spécificités (44). Selon cette étude, chez ces suicidants deux choix thérapeutiques se présentent. Le premier consiste à réaliser une œsogastrectomie avec pose d'une sonde de jéjunostomie puis reconstruction digestive après quelques mois. Le second consiste à une observation avec décharge digestive (alimentation parentérale stricte pendant plusieurs semaines) pour tenter d'éviter l'ablation de l'œsophage et/ou de l'estomac. D'ailleurs une dépression réactionnelle n'est pas rare au décours de l'intervention, lorsque le patient prend conscience du handicap considérable auquel il est désormais confronté.

- **Le suivi en ambulatoire :**

La continuité des soins doit être envisagée et organisée dès le début de la prise en charge. Il faut identifier le contexte familial et des entretiens familiaux peuvent être proposés. Il est important d'impliquer l'assistant(e) social(e) qui joue un rôle important en cas de crise psychosociale. L'alliance thérapeutique s'inscrit sur un long terme et il faut informer le sujet et son entourage sur le choix d'une éventuelle psychothérapie. Durant la première année, le risque important de récurrence fait recommander la plus grande vigilance.

DEUXIEME PARTIE

1. METHODOLOGIE

1.1. Objectif général

L'objectif de notre étude était de procéder à une lecture psychopathologique de la tentative de suicide par ingestion de produits caustiques afin de relever les problématiques rencontrées dans la prise en charge.

1.2. Objectifs spécifiques

Notre étude avait comme objectifs spécifiques :

- de relever les particularités épidémiologiques de notre cohorte
- d'identifier les facteurs favorisant l'ingestion de caustiques dans un but suicidaire
- d'apprécier le poids des représentations traditionnelles
- d'identifier les facteurs déterminants le retard des premiers soins
- de relever le vécu des suicidants durant le circuit de prise en charge

1.3. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée à l'Hôpital Principal de Dakar, dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Elle a eu lieu entre le service de psychiatrie (Pavillon France), le service d'accueil des urgences (SAU) et le service de médecine interne, gastroentérologie (Pavillon Mouhamadou SANE : PMS).

1.4. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative rétrospective.

1.5. Durée de l'étude

Elle s'est tenue sur une période de 3 ans allant du 01 avril 2017 au 30 mars 2020.

1.6. Critères d'inclusion et de non inclusion

Notre étude concernait des patients qui ont ingéré des produits caustiques, dans un but suicidaire. Elle a inclus les patients qui ont bénéficié d'une évaluation par un psychiatre ou psychologue au service de psychiatrie ou dans le cadre de la « psychiatrie de liaison » au niveau du SAU ou du PMS.

Nous n'avons pas inclus les patients qui n'ont pas été évalués par un psychiatre ou un psychologue.

1.7. Recueil des données

Les données concernant nos patients ont été recueillies dans les dossiers médicaux ouverts aussi bien au service de gastroentérologie que de psychiatrie. Les données portaient sur les éléments sociodémographiques des patients, les antécédents médicaux, mais aussi sur l'histoire et l'évolution des lésions caustiques. Nous avons aussi relevé au cours des entretiens le parcours thérapeutique ainsi que les intrications psychopathologiques le long de l'accompagnement psychothérapeutique et médical.

Le diagnostic d'ingestion suicidaire de produits caustiques est porté sur la base de la verbalisation de la conduite, pendant les entretiens, complétée ou non par l'objectivation des lésions à l'endoscopie.

1.8. Limites

Notre étude est monocentrique. Une étude multicentrique aurait permis une appréciation plus globale des tentatives de suicide par ingestion de produits caustiques.

2. RESULTATS

Nous avons colligé 12 cas d'ingestion volontaire de produits caustiques.

2.1. Eléments sociodémographiques

Nous avons dénombré sept femmes et cinq hommes, soit un sex ratio de 1,4 en faveur des femmes. L'âge moyen est de 33,75 ans avec des extrêmes de 15 et de 65 ans. L'appartenance culturelle est répartie comme suit : cinq wolofs, trois sérères, deux lébous, un diola et un Halpular.

2.2. Produits utilisés

Concernant les produits utilisés pour le passage à l'acte suicidaire, nous avons relevé : l'acide sulfurique pour quatre cas, l'eau de javel pour trois cas, la soude pour deux cas, l'acide Chlorhydrique pour un cas, le Crésyl pour un cas et l'ammoniac pour un cas.

Pour l'utilisation des produits à fort potentiel caustique (acides et bases forts) nous remarquons une prédominance des hommes : 5 hommes pour trois femmes soit un sex ratio de 1,6 en faveur des hommes. Le passage à l'acte avec usage de ces substances a été prémédité chez tous les hommes alors que l'accessibilité des produits dans un usage domestique a été déterminante dans le choix fortuit chez deux femmes sur les trois.

2.3. Aspects évolutifs

Aucun patient n'a eu de lésion organique oropharyngée.

Une endoscopie œsogastroduodénale a été pratiquée chez tous les patients à l'admission au SAU avec des délais d'attente variant entre 2 et 12 heures.

Quatre patients parmi les douze n'ont pas eu de lésion caustique du tractus digestif. Huit patients ont eu une œsophagite ou une gastrite caustique de stade variable (**figures 2 et 3**):

- un cas d'œsophagite Stade IIa et de gastrite stade IIIb
- deux cas d'œsophagite Stade IIIa et de gastrite stade IIIa
- deux cas d'œsophagite Stade IIa et de gastrite stade IIIa
- un cas d'œsophagite Stade Ib et de gastrite stade IIIa
- deux cas d'œsophagite Stade IIa et de gastrite stade IIa

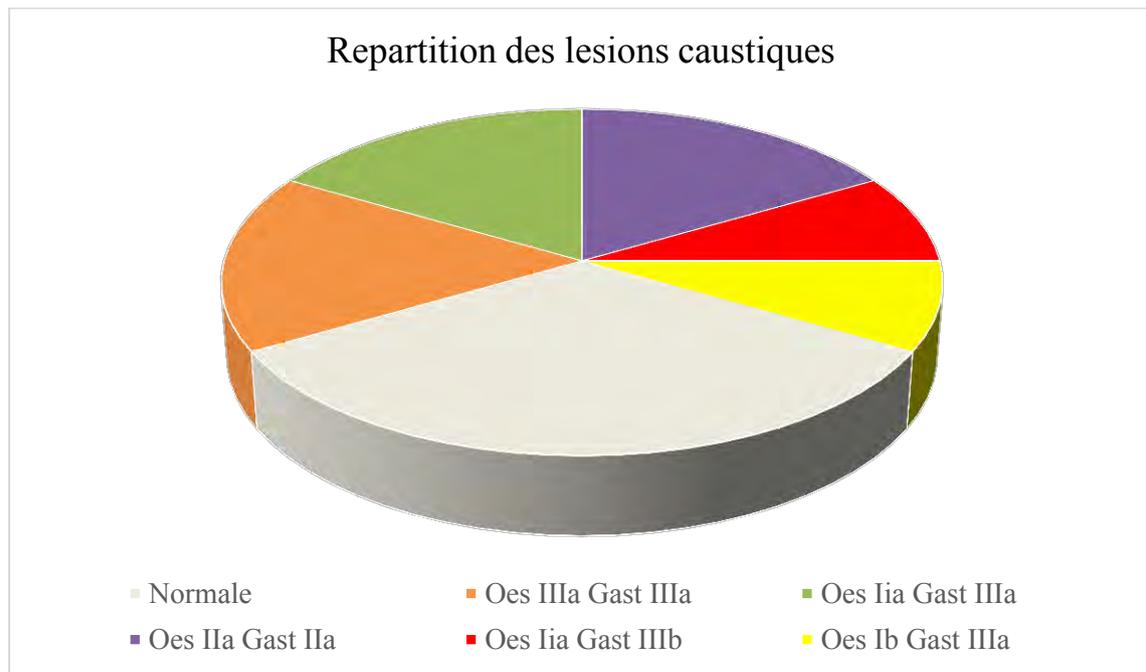


Figure 2 : Répartition des lésions caustiques du tractus digestif

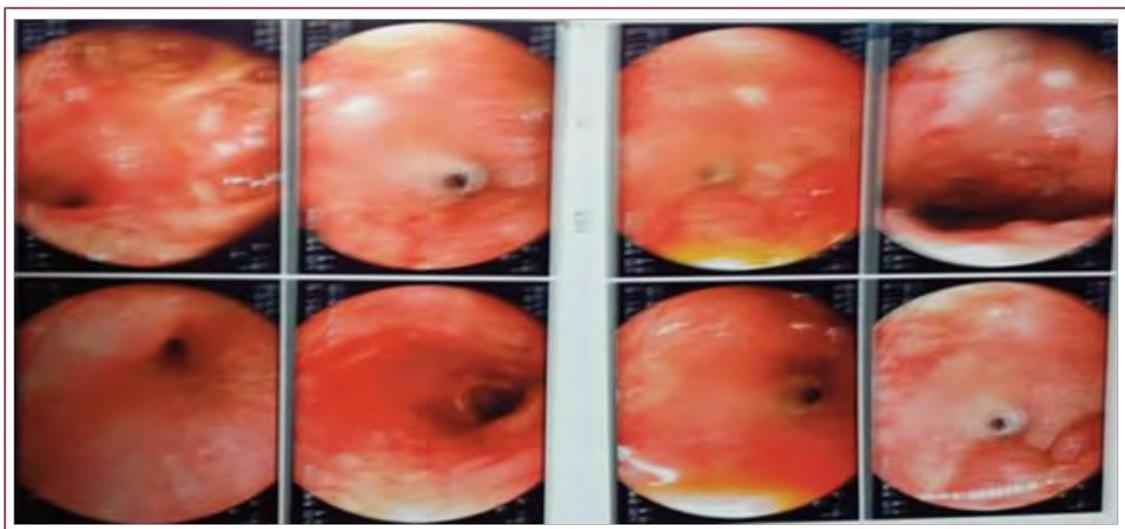


Figure 3 : Images de l'endoscopie digestive post-ingestion d'acide sulfurique chez un de nos patients (érosion cardiale, gastrite stade IIIa, sténose du pylore)

Parmi les huit patients, sept ont présenté des complications en cours d'hospitalisation qui sont réparties comme suit :

- quatre sténoses œsophagiennes
- trois sténoses pyloriques

Un patient parmi les huit a eu une cicatrisation complète de ses lésions caustiques œsogastriques sans aucune complication.

L'évolution a été marquée par le décès de six patients parmi les sept ayant eu des complications, dont quatre en cours d'hospitalisation et deux pendant le suivi en ambulatoire, soit un taux de létalité de 50%. Les causes de décès en hospitalisation sont liées à un choc anaphylactique secondaire à une péritonite chez trois cas et à un choc hémorragique par perforation d'organe chez un cas. La durée de leur hospitalisation variait entre 34 et 52 jours.

Les deux patients décédés durant leur suivi en ambulatoire avaient des séquelles à type de sténoses œsophagiennes pour lesquelles une dilatation en gastrologie interventionnelle était indiquée. Cette intervention n'a pas contribué à l'amélioration des séquelles et une indication d'œsophagoplastie a été posée pour les deux patients mais n'a pas été réalisée faute de moyens financiers.

2.4. Aspects thérapeutiques

2.4.1. Parcours de soins

Deux patients ont été reçus directement au SAU de l'hôpital Principal de Dakar en provenance de leur domicile. Les dix autres ont été transférés d'une autre structure sanitaire dont la plus proche est dans la banlieue Dakaroise (15 km). Quatre patients proviennent des régions de l'intérieur du Sénégal dont la plus proche est à 150 km (Fatick) et la plus éloignée à 455 km (Ziguinchor).

Les délais d'évacuation ont varié entre 1 et 30 jours. Ce retard d'évacuation est lié, dans notre étude, à l'éloignement pour un patient mais surtout à l'attitude du

personnel soignant et de l'entourage chez sept patients. Ces attitudes sont à type de : doute sur la véracité de l'ingestion du produit caustiques (6 cas), jugement de l'acte suicidaire (1 cas).

Le motif de ces évacuations sanitaires est lié à l'absence d'un plateau technique adapté pour neuf patients et un rapprochement familial pour un patient.

2.4.2. Prise en charge organique

Le choix d'une mise en observation avec décharge digestive stricte pendant plusieurs semaines a été fait chez les huit patients avec des lésions graves. Une nutrition parentérale a été indiquée en attendant une intervention chirurgicale chez les huit patients, mais trois seulement ont pu l'acheter pour quelques jours, le prix du flacon étant onéreux (40.000 F CFA soit 80 dollars US).

En hospitalisation une gastrostomie d'alimentation a été effectuée chez quatre patients et une jéjunostomie d'alimentation chez trois patients.

Les trois patients qui ont eu des séquelles à type de sténoses œsophagiennes revenaient pour le suivi en ambulatoire ou en urgence pour le changement de poches d'alimentation en attendant leur programmation en gastrologie interventionnelle. Deux patients sont décédés après une première intervention qui n'a pas réussie alors que l'autre patient a été évacué en France pour raccourcir les délais d'attente.

2.5. Aspects psychiatriques

2.5.1. L'existence d'antécédents psychiatriques

Les entretiens ont permis de relever que cinq patients sur douze avaient des antécédents psychiatriques ou des conduites suicidaires personnels ou familiaux qui sont repartis selon la CIM 10 comme suit :

- Suicide par pendaison d'un grand frère
- Trouble schizo-affectif, type dépressif avec une première tentative de suicide par noyade
- Schizophrénie paranoïde en rupture thérapeutique
- Trouble dépressif récurrent
- Trouble dissociatif de conversion

2.5.2. L'existence de pathologies psychiatriques sous-jacentes

Parmi les douze patients, neuf avaient une pathologie psychiatrique sous-jacente.

Trois tentatives de suicide s'inscrivent dans un cadre psychotique avec un passage à l'acte sous influence. Parmi ces patients nous avons trouvés certaines particularités comme le cas que nous relatons.

M. B.D était un policier âgé de 42 ans, d'appartenance culturelle Diola, vu par un psychiatre pour une évaluation d'une ingestion d'acide sulfurique.

Il avait été référé, quatre jours après cette ingestion. Cette référence a été faite devant l'insistance de la hiérarchie policière, alors que le personnel soignant avait une attitude de jugement entraînant une négligence.

Il avait été mis en évidence la conduite suicidaire, mais aussi un syndrome délirant hallucinatoire mystico-religieux et d'influence. Il avait été noté, dans le cadre de l'influence, un lien entre l'ingestion de l'acide et les hallucinations acoustico-verbales. En effet, il entendait des voix qui lui intimaient l'ordre. Le patient avait pu expliquer qu'il mettait son état dans le contexte d'une transgression de pratiques ancestrales. Il avait refusé de participer à une cérémonie traditionnelle dite « bois sacré » qu'il assimilait à du fétichisme et non conforme à sa croyance catholique.

Les voix qu'il entendait, étaient considérées comme émanant des ancêtres qui sont mécontents de lui. Il fallait exécuter les injonctions pour être tranquille. L'équipe a eu beaucoup de difficultés à répondre aux questionnements du patient sur la date de l'intervention chirurgicale et l'espérance de survie.

Cinq cas de tentative de suicide par ingestion de caustiques sont sous-tendus par des troubles de l'humeur de type de dépressif parmi lesquels nous insistons sur l'histoire de :

M. A.S.T. âgé de 28 ans, était infographiste de profession et s'était récemment installé à Bignona dans le cadre de son travail.

Il a ingéré de l'acide sulfurique à Ziguinchor deux jours avant son admission à l'hôpital Principal de Dakar. Cette ingestion a été préparée et il s'est fait transporter de Bignona à Ziguinchor faisant environ 30 km pour se retrouver sur la rive du fleuve Casamance où son passage à l'acte a eu lieu. Les entretiens avec le patient ont révélé un facteur précipitant en rapport avec une déception dans un cadre professionnel. Son passage à l'acte était considéré d'origine mystique. En effet le patient qui est étranger à la région considère qu'il devait avoir une autorisation des « esprits » avant de débiter son activité. Cette autorisation est obtenue par des sacrifices qui sont jetés dans le fleuve où vivent ces esprits. Le choix du lieu de passage à l'acte suicidaire (la rive du fleuve) aurait été déterminé par une attirance vers ce lieu.

Un passage à l'acte sous forme de raptus suicidaire avec un soubassement anxieux a été relevé chez une patiente.

2.6. Crise psychosociale

Trois patients sur douze ont fait un passage à l'acte dans un contexte de crise psychosociale. Cette tentative de suicide était sous-tendue par des traits de

personnalité pathologiques à type d'impulsivité et d'intolérance à la frustration. Parmi ces patients nous insisterons sur :

Mlle A.L. âgée de 20 ans, avait été vue pour une tentative de suicide par ingestion de soude. Les entretiens avec la patiente avaient permis de revenir sur la conduite suicidaire et le contexte professionnel difficile l'ayant sous-tendu. Travaillant comme domestique de maison, elle était sous la coupole d'une autre qui la mettrait en mal avec leur employeur avec des menaces de mort par ailleurs. Le passage à l'acte était pour elle le seul moyen d'échapper à cette impasse faite de vécu de préjudice et de sentiment d'avoir été injustement déshonorée. Elle ne tolérait pas la décharge digestive et était à la demande de solutions.

2.7. Prise en charge psychiatrique

La prise en charge s'est faite dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

Une hospitalisation a été décidée chez tous les patients dont huit au service de gastroentérologie et quatre au service de psychiatrie. Une chimiothérapie à base de neuroleptique, d'antidépresseur et d'anxiolytique a été instituée chez neuf suicidants. La voie injectable a été utilisée chez sept patients devant l'indication de décharge digestive (contre-indication de la voie orale). Tous les patients ont eu des séances de psychothérapie de soutien.

Nous n'avons pas relevé de récurrences des tentatives de suicide. La psychothérapie a permis de noter des évolutions favorables à travers la « critique » du geste suicidaire chez tous les patients. Elle a également permis la demande d'aide et la capacité à se projeter sur l'avenir chez neuf patients.

L'indication de décharge digestive a été mal vécue chez deux patients malgré la pose d'une jéjunostomie d'alimentation. Dans le cadre de l'accompagnement

l'équipe de psychiatrie a proposé, après avis du gastroentérologue, l'usage de compresses imbibées d'aliments liquides pour en faire ressentir le goût.

Cette prise en charge s'est confrontée à une auto culpabilisation des suicidants, qui ont eu des lésions gastriques sévères, envers l'entourage familial qui supporte les coûts de l'hospitalisation et de la nutrition parentérale. L'accompagnement s'est aussi intéressé à la difficulté d'acceptation des alternatives alimentaires (jéjunostomie et gastrostomie d'alimentation). L'organisation d'entretiens combinés avec les spécialistes concernés a pu apporter des réponses aux patients sur les questions d'interventions chirurgicales et de pronostic. Le suivi en ambulatoire a été fait chez six patients après leur sortie d'hospitalisation.

3. DISCUSSION

3.1. Aspects épidémiologiques

Le faible recrutement (4 cas / 1an), qui reste néanmoins supérieur à celui de **A. SYLLA (1)** réalisé dans le même hôpital (6 cas / 4 ans de 1992 à 1996), est lié à la méthodologie utilisée là où d'autres études multicentriques ont trouvé une incidence de 15000 cas par an en France **(2)**.

Nos observations cliniques nous ont permis de relever une prédominance des femmes concernant les tentatives de suicide par ingestion de produits caustiques avec un sex ratio de 1,4. L'accessibilité du produit à usage domestique a été déterminante dans le choix. Ce constat a été fait avec l'étude de **A. SYLLA (1)** mené dans le même hôpital qui a retrouvé un sex ratio de 3 en faveur des femmes. Selon cette étude, le statut de la femme partout dans le monde revêt une singularité liée au retard de sa responsabilisation au niveau des pouvoirs de décision. Elles ont été longtemps et le sont encore, dans certaines contrées, reléguées à des rôles secondaires avec l'incapacité de poser ouvertement leurs problèmes. Certaines valeurs dites traditionnelles les confinent dans un carcan de soumission et de frustration. Ainsi, pourrait-on penser qu'il leur faut souvent mettre leur vie en danger pour se faire entendre au risque d'en mourir.

Par contre, cette prédominance devient masculine (sex ratio de 1,6) si on considère l'utilisation des produits à fort potentiel caustique. Cette ingestion de caustique qui a été préparée chez tous les hommes, met en exergue la tendance chez le sexe masculin à utiliser les moyens à potentiel létal plus élevé pour le passage à l'acte suicidaire. **Le CLAINCHE (45)** prouve d'ailleurs, chez les hommes, l'emploi des méthodes les plus létales, une plus grande agressivité et une plus forte intention de mourir. Ces substances à fort potentiel caustique sont à l'origine de lésions avec un pronostic réservé comme le décrit **F Fieux et al. (2)**.

Les jeunes adultes étaient plus représentés, comme retrouvés dans l'étude de A. SYLLA et al (1) qui estime que la tranche d'âge de 20 à 44 ans constituait 63,5% de leur cohorte. Cette tranche d'âge est souvent la plus exposée à la rigueur socioéconomique.

L'acide sulfurique a été le produit le plus utilisé dans le projet suicidaire de nos patients, là où d'autres études ont montré que la soude, appelée « khémé » au Sénégal, l'était plus (1). La conception de la causticité de ces produits se reflète d'ailleurs sur le langage du sénégalais, qui pour menacer, peut dire « *dinala yakk lou melné khémé* » dont la signification est « La causticité de mon langage envers toi serait comparable à celle de la soude ». Il faut noter une grande accessibilité de ces produits au Sénégal, qui sont en vente libre dans les commerces de proximité dénommées « Quincaillerie », à un prix dérisoire (500 F CFA, soit 0,86 dollars US la bouteille de 75 cl d'acide).

La létalité de 50%, bien supérieure à celle retrouvée dans la littérature qui est de 10% (2), pourrait s'expliquer par les différents dysfonctionnements depuis les premiers soins jusqu'à la sortie d'hospitalisation pour certains : retard des premiers soins, retard des interventions chirurgicales ou gastrologiques.

3.2. Aspects psychopathologiques

La gravité des complications somatiques fait parfois reléguer les aspects psychopathologiques au second plan. C'est parfois avec l'émergence de difficultés dans la relation thérapeutique, dans l'adhésion aux soins tels que la décharge digestive (diète alimentaire prolongée), que la demande de psychiatrie de liaison est faite. L'évaluation des patients s'est ainsi faite dans ce cadre, à la demande du médecin urgentiste, de l'anesthésiste-réanimateur ou du gastroentérologue qui les ont reçus. En effet, ces dernières années, le développement de la psychiatrie de liaison au niveau de HPD (46) a favorisé la multidisciplinarité dans l'approche thérapeutique de certaines situations cliniques.

Ces différentes évaluations ont permis d'identifier des antécédents psychiatriques comme des facteurs de gravité chez cinq patients sur les douze. Ce constat a été fait par **F. Fieux (2)** qui estime que 50% des patients qui ont fait une tentative de suicide par ingestion de caustique ont eu des antécédents psychiatriques.

Un diagnostic psychiatrique a été retrouvé chez 9 patients sur 12 et le plus représentatif est la dépression avec un taux de 55,5% (5/9), suivi des troubles psychotiques (3/9). **Ouédraogo et al**, au Burkina-Faso, trouvent que le diagnostic le plus évoqué dans les tentatives de suicide était la dépression avec un taux de 51,6% (47).

La conduite suicidaire semblait ne pas être synonyme d'un "réel" désir de mort mais témoignait plutôt d'une souffrance. Le poids des représentations traditionnelles est beaucoup apparu dans la conception des passages à l'acte suicidaire. La transgression des pratiques ancestrales représente une faute qui est punie par le châtement des esprits (48).

Selon certaines ethnies au Sénégal (48), la maladie mentale résulte des rapports conflictuels avec des membres du groupe ou de manquement aux règles de la communauté établies par les ancêtres. Selon **H COLLOMB (49)**, les étapes de l'existence sont séparées par des rites de passage, de la naissance à la mort : baptême, premier portage, sevrage, circoncision et initiation, mariage, mort. Ces rites actualisent la fonction sacrificielle en même temps qu'ils différencient l'individu en le faisant accéder à un statut nouveau. C'est l'occasion pour le groupe, qui participe à ces rites, de renforcer sa cohésion et pour l'individu, qui en est l'objet, de s'intégrer d'avantage dans la collectivité. Il est important de souligner les conséquences néfastes des rites insuffisants ou non respectés. Une initiation manquée hypothèque la santé mentale de l'individu avec comme conséquence une décompensation psychotique chez notre patient qui a refusé cette initiation au motif qu'elle représentait du fétichisme non conforme à sa croyance catholique. Il a été d'ailleurs conforté dans son refus par le décès de

son grand frère durant cette cérémonie dite du « bois sacré » chez les Diolas, une ethnie du Sénégal.

Ces mêmes représentations traditionnelles sont d'ailleurs retrouvées chez deux autres patients, d'appartenance culturelle lébou. Pour ces derniers la conduite suicidaire a été mise en lien avec l'abandon des sacrifices destinés au « Rab ». En effet selon toujours **H COLLOMB (49)**, dans le système « Rab », la maladie est considérée comme exprimant un conflit avec le « Rab », être symbolique représentant tout à la fois les ancêtres, la tradition et la loi. Au cours d'une procédure complexe qui, de façon patente vise la séparation de l'agresseur (le « Rab ») et de la victime (le malade), pour une restauration de la relation, une ou plusieurs victimes animales sont sacrifiées ou du lait est versé à des lieux précis comme la mer. L'un des deux patients considère par ailleurs que le décès de sa mère qui était garante des traditions a été à l'origine de la colère du « Rab ». Il estimait avoir besoin de boire du lait en hospitalisation, contre l'avis des médecins, dans le but d'apaiser cette colère. L'autre patient considère que le choix du lieu de sa tentative de suicide n'était pas fortuit mais était plutôt une sorte d'attirance que le « Rab » qui vit dans la mer exerçait sur lui. Ce même patient qui a eu une cicatrisation complète de ses lésions caustiques le met dans le compte du réajustement **(49)** de la relation familial avec l'agresseur après des sacrifices réalisés durant son hospitalisation.

Par ailleurs un patient qui est passé à l'acte suicidaire sur la rive du fleuve Casamance se considère victime de la « crise sacrificielle » telle que décrite par **R. GIRARD (50)** qui se réfère à la genèse du sacrifice et la fonction des rites sacrificiels en tant que régulateurs des tensions sociales. En effet, cet individu étranger à la zone n'a pas respecté les sacrifices nécessaires pour se faire accepter avant le démarrage de ses activités professionnelles. C'est ainsi que **R. GIRARD (50)** décrit la victime qui est un membre d'une communauté étrangère qui doit, avant d'être sacrifié, être partiellement intégré.

Cette représentation traditionnelle de la maladie chez l'africain diffère de l'auto culpabilité dans la mélancolie chez l'européen. Le patient, ayant donné un sens à son acte, accepte avec résignation son sort, la sanction des esprits. La dimension de la honte est beaucoup moins importante que celle de la soumission et de l'acceptation de la faute. Par contre cette dimension de honte se retrouve avec l'apparition des conséquences de l'ingestion des produits caustiques. Le patient se rend compte de ne pas avoir utilisé le « bon produit » et les complications, aussi bien organiques que financiers reposant sur l'entourage, enferment le suicidant dans une « auto culpabilité différée ».

La dimension de l'impulsivité sous-tend les passages à l'acte suicidaire dans le cadre de la crise psychosociale chez cinq autres suicidantes. Dans ce contexte, l'accessibilité du produit constitue un facteur de risque.

On retrouve un vécu de préjudice, le sentiment d'avoir été injustement déshonorée comme décrit par **REITTER et al. (31)**. En ce sens, le passage à l'acte nous semble avoir aussi à faire avec l'honneur. Il apparaît comme un modèle d'inconduite sociale, en symétrie face au dysfonctionnement, à une faute de la part des éducateurs, une attaque contre leur trahison, le manque de considération, de soutien comme si la suicidante dénonçait les failles dans la gestion de la famille.

La vulnérabilité socioéconomique associée à un conflit familial et par conséquent d'absence de solidarité ont été le socle du passage à l'acte suicidaire chez deux de nos patientes. **Le CLAINCHE et al (45)** décrivent d'ailleurs que pour tous les pays, cette vulnérabilité socioéconomique est un facteur de risque pour les comportements suicidaires autres que le suicide abouti. Parmi ces facteurs on retrouve le fait d'être femme avec un niveau de revenu bas.

3.3. Problématiques de la prise en charge

Notre étude, révèle une létalité de 75% (6/8) concernant les patients qui ont eu des brûlures graves. Cette létalité est bien supérieure à ce que **F Fieux (2)** et al ont retrouvé. Selon cette étude la survenue d'une brûlure grave engage le pronostic vital et fonctionnel avec une létalité immédiate et retardée proche de 10%. Cette situation nous a inspiré à faire une lecture sur les difficultés rencontrées au niveau des différentes étapes de la prise en charge des suicidants allant du retard des premiers soins à celui de l'intervention chirurgicale en passant par le vécu difficile durant tout ce circuit de prise en charge.

3.3.1. Retard des premiers soins

Le retard des premiers soins est lié à la réaction paradoxale de l'entourage familial et parfois de l'équipe médicale. La famille manifeste une attitude défensive de déni et le corps médical peut être dans une banalisation, sans compter tout le parcours physique qu'il faut faire pour atteindre une structure de prise en charge.

Le déficit du plateau technique (endoscopie digestive) et de ressources humaines qualifiées en périphérie, ainsi que l'absence de lésions organiques oropharyngées n'a pas facilité le diagnostic précoce. Cette absence de lésion oropharyngée chez tous nos patients a été retrouvée dans d'autres travaux qui précisaient que le niveau de gravité des lésions œsogastriques n'était corrélé ni à la sévérité ni à la symptomatologie clinique **(2)**.

L'endoscopie digestive est essentielle au diagnostic, au pronostic et oriente la prise en charge organique **(2)**. Les lésions digestives ont été d'un pronostic sévère, inscrivant les patients dans un cercle vicieux : décharge digestive avec déficit financier pour la disponibilité de la nutrition parentérale, altération de l'état général, retard du geste chirurgical qui devrait permettre une autre forme de nutrition.

3.3.2. Vécu du circuit de prise en charge par les suicidants

En amont de la prise en charge hospitalière, les patients ont été victimes de stigmatisation de la part des soignants (51). Ces situations font que le psychiatre ou psychologue se retrouve au centre de la prise en charge en coordonnant les examens et les références imprimant une démarche de globalité dans la prise en charge. Cette stigmatisation, selon laquelle il était mieux de s'occuper de "ceux qui veulent rester en vie", a fait que la référence vers une structure médicale appropriée n'était pas une priorité pour "celui qui a voulu se donner la mort". Dans ce contexte, les propos du patient se trouvent banalisés et la réalité de l'ingestion du produit caustique remise en question. La parole de la personne en souffrance psychologique perd souvent sa valeur ou est assimilée à un "délire" aux yeux du personnel des urgences. Le patient se trouve souvent réduit à sa pathologie avec parfois des appellations à connotation péjorative ou stigmatisante comme la « TS » (pour dire tentative de suicide), « l'hystérique » ou pour faire plus discret la "H", « le cas psychiatrique ».

Ces attitudes qui, non seulement impactent négativement la qualité de la prise en charge, mais surtout entrent dans le cadre d'une « maltraitance hospitalière » (52) dont les auteurs ne sont même pas conscients. Ces attitudes sont liées à l'insuffisance de formation et de sensibilisation sur les conduites suicidaires (53).

Les patients mis en décharge digestive posent la problématique de l'alimentation. Malgré une gastrostomie ou une jéjunostomie d'alimentation, ils manifestent une réticence à tolérer ce matériel et ont souvent du mal à accepter qu'il puisse remplacer l'alimentation passant par la bouche. Cette forme d'alimentation, au-delà de sa fonction physiologique, montre toute l'importance de la fonction sociale et culturelle du manger, du goût. Cette situation renvoie au patient, son nouveau statut de « diminué », qui pèse négativement sur l'estime de soi.

Les interventions chirurgicales, de l'indication aux résultats post opératoires parfois décevants, vont être également sources de situations difficiles pour les soignants, les patients et leurs familles. Les reprises intempestives d'actes chirurgicaux peuvent revêtir la forme d'acharnement thérapeutique.

3.3.3. Apport de la psychiatrie de liaison

Durant tout ce processus de la prise en charge, le travail d'accompagnement et de liaison du psychiatre ou du psychologue est central. Il permet la triangulation entre les différents intervenants facilitant ainsi aux soignants d'exprimer leur désarroi, aux patients d'exprimer leur ressenti et surtout leur volonté.

Le rôle du psychiatre ou psychologue de liaison a été de créer un espace de dialogue entre les impliqués (53). Le travail auprès des praticiens est de les aider à trouver un sens à leur comportement et à concevoir une certaine logique dans les réactions des patients. Cette attitude du soignant cache, très souvent, un profond malaise, une incapacité à faire face à leur propre sentiment d'échec, de honte et à la souffrance psychologique induite chez le patient.

Il s'agit d'accompagner les praticiens à identifier les dysfonctionnements de la prise en charge et à les assumer en insistant sur le caractère humain de leurs comportements. Les patients et leur famille dans la plupart des cas ne demandent qu'à comprendre ce qui s'est passé, pour pouvoir mieux accepter la situation.

C'est ainsi qu'une bonne pratique de la psychiatrie de liaison entraîne une amélioration importante de la qualité de la prise en charge de la souffrance globale des suicidants. Elle tient compte de quelques principes : la transparence des pratiques, le passage du patient objet au patient sujet, la prise en charge de la blessure narcissique du praticien face à une perte de maîtrise de la situation. Les aspects relationnels et la souffrance psychique y occupent une place prépondérante.

CONCLUSION

Toutes les 40 secondes, une personne se suicide à travers le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Toutefois la tentative de suicide touche particulièrement la tranche d'âge de 15 à 29 ans, chez qui il constitue la deuxième cause de mortalité à l'échelle mondiale **(15)**.

Ceci a justifié l'adoption lors de la soixante-sixième assemblée mondiale de la santé en 2013 du premier plan d'action pour la santé mentale de l'OMS **(6)**. La prévention du suicide fait partie intégrante dudit plan, l'objectif étant la réduction de 10% du taux de suicide dans le monde en 2020.

En France, près 11 000 personnes se donnent la mort volontairement chaque année **(16)**. En Afrique, la fréquence des suicides et des tentatives de suicide est mal connue à cause de la rareté des travaux sur la question. Les données épidémiologiques restent parcellaires. Les formes de passage à l'acte suicidaire sont diverses et variées parmi les plus fréquents figurent l'ingestion volontaire de substances dont les médicaments sont plus représentés **(31)**.

D'autres formes, comme les tentatives de suicide par ingestion de produits caustiques, constituent un problème préoccupant à travers le monde entier. L'ingestion d'un produit caustique est une urgence médicochirurgicale nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. La difficulté initiale réside dans l'appréciation des lésions digestives et dans la décision opératoire qui en découle. Si la létalité est de 10 % en France **(2)**, la morbidité est extrêmement lourde de par les complications et les séquelles fonctionnelles digestives qui retentissent grandement sur l'alimentation du patient, son état psychique et entraînent des hospitalisations prolongées.

Dans notre contexte, les tentatives de suicide par ingestion de produits caustiques posent un réel problème de prise en charge avec son lot de difficultés allant du retard des premiers soins aux lenteurs des interventions chirurgicales ou gastrologiques.

Durant ce circuit de soins, il ressort un vécu difficile à toutes les étapes. Les suicidants ont été ainsi confrontés à une stigmatisation mais aussi à une « maltraitance hospitalière » dans nos structures sanitaires aussi bien périphériques que centrales. Ces contre-attitudes semblent être le reflet d'une méconnaissance des conduites suicidaires par ingestion de produits caustiques par les praticiens.

Ces problématiques de prise en charge se reflètent sur la létalité de 50 % bien supérieure aux chiffres retrouvés dans la littérature. Dès lors, il s'impose un travail multidisciplinaire qui passera par la mise en place d'un protocole de prise en charge intégrée. Cette synergie devra inclure les médecins urgentistes, les réanimateurs, les gastroentérologues, les oto-rhino-laryngologistes, les chirurgiens viscéraux, mais aussi les psychiatres et les psychologues afin d'améliorer le pronostic de ces patients.

Les aspects organiques ont relégué au second plan une riche psychopathologie. C'est ainsi que la psychiatrie de liaison a permis de prendre en compte la conduite suicidaire. Il ressort que les représentations sociales ont permis aux patients, de donner un sens à leurs actes. A la différence de l'auto culpabilité dans la mélancolie chez l'europpéen, ces suicidants ont développé une forme « d'auto culpabilité différée » liée aux conséquences organiques, sociales et financières de l'ingestion de produits caustiques. La dimension de l'impulsivité bien présente dans le passage à l'acte suicidaire montre que la tentative de suicide par ingestion de caustiques n'est pas toujours sous-tendue par un trouble psychiatrique mais bien souvent par une crise psychosociale. Ces interventions de la psychiatrie de liaison ont également contribué à replacer le patient au centre des préoccupations selon le modèle biopsychosocial.

Afin d'arriver à une synergie des différents intervenants, il serait nécessaire de vulgariser et de formaliser la formation de la prise en charge des conduites

suicidaires. Cette formation devra concerner tous les professionnels de santé qui peuvent être en contact avec des suicidants et sera destiné par exemple à :

- tous les médecins : urgentistes, en formation au DU d'urgence ou travaillant au service d'accueil des urgences
- tous les infirmiers ou assistants infirmiers de soins généraux
- Tous les agents de santé communautaire

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Sylla A**
Les tentatives de suicide à Dakar : Étude descriptive de 439 cas colligés à l'Hôpital Principal de Dakar. Dakar, Thèse méd. 1998, n°44, 74pages.
- 2. Fieux F, Chirica M, Villa A, Losser M-R, Cattan P.**
Ingestion de produits caustiques chez l'adulte. réanimation, 2009, 18, 606-616
- 3. Rabary O, Jadat, Falkman H and Eurin B,**
Réanimation et anesthésie des maladies atteintes de brûlures caustiques du tube digestif au cours des premiers jours, Réanimation et médecine d'urgence, Edit., exp. Scient. Fr., Paris-1987, pp.373-388.
- 4. Lachaux A, Mas E, Breton A, Barange K.**
Consensus en endoscopie digestive : prise en charge des œsophagites caustiques. Acta endosc., 2011, 41, 303-308.
- 5. Andrieu-Guitrancourt J, Couly G.**
Anatomie du pharynx, Encycl. Med Chir-Paris-O.R.L.20845 A10.
- 6. Organisation Mondiale de la Santé**
Plan D'action Pour La Santé Mentale Genève, 2013
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1, consulté le 12/01/2020).
- 7. Durkheim E**
Le suicide : étude de sociologie. Paris, PUF 1960, 463 pages.
- 8. Fall L, Sylla A, Ndiaye N D, Gueye M,**
Tentative de suicide grave chez une enfant : une supposée rareté au Sénégal, L'information psychiatrique, vol. 87, no. 5, 2011, pp. 431-437.
- 9. Albrand L**
« Entretien avec Louis Albrand », Sens-Dessous, vol. 6, no. 1, 2010, pp. 46-53.

10.Sow D

Les conduites auto-agressives, suicides et automutilations au Sénégal. Thèse méd. Dakar 1962, n°6, 97pages.

11.Sall I.

Le choix de Madior. Dakar. NEA 1981, 95 pages.

12.Bèye AB

Nder en flammes : théâtre. Nouvelles éditions africaines du Sénégal 1990 ; 90 pages.

13.Legoyt A

Le suicide ancien et moderne : étude historique, philosophique et statistique Paris, Drouin A., 1881, 487 pages.

14.Le Coran

Chapitre des femmes, versets 29-30.

15.Margaret C

Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. OMS, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 Suisse, 2014.

16.Bernus D

Avis du Conseil Économique, Social et Environnemental, Suicide : Plaidoyer pour une prévention active. Éditions des journaux officiels, février 2013, p. 4.

17.Khemakhem Z, Ayadi A, Benissa M et Ali.

Le suicide dans la région de Sfax-TUNISIE. Journal de Médecine Légale Droit Médical 2004. 47(6-7): 254-258.

18.Yapo EH, Botti K, Djodjo D

Le suicide en Côte-d'Ivoire: étude médico-légale et épidémiologique sur une période de 3 ans (1999–2001). J Med Leg Droit Med. 2005. 48(1):11–18.

- 19. Bouabdellah S, Hannache K, Benmati A, Kellil M, Bouhroum A, D. Roula**
Analyse épidémiologique des lésions digestives caustiques chez l'adulte
J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. (2012) 6:264-271.
- 20. Soumah M M, Eboué B, Ndiaye M, Sow MI**
Aspects épidémiologiques du suicide à Dakar. The Pan African Medical Journal. 2013;15:10.
- 21. Deshaies G**
Psychologie du suicide. Paris Puf 1947 ; 374 pages.
- 22. Delmas A**
Psychologie pathologie du suicide, 1932, édition: Félix Alcan, 238pp.
- 23. Ey H**
Le suicide pathologique, Études psychiatriques. Paris 1948 ; 2 : 341-377.
- 24. Ringel E ; Mouseler A**
Incommodités de la vie et gêne pré suicidaire. Envol psychiatrie 2005;70 :427 -438.
- 25. Quenard O; Rolland JC**
Aspects cliniques et état de crise suicidaire. (Tome II) Coll. De Méd. Légale et de Toxicologie. Med. 1982.
- 26. Freud S**
Psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine. In : névrose, psychose et perversion. Paris, PUF 1981, 261pages.
- 27. Baechler J**
Les suicides. Paris. Calmann-Lévy, édit. n°2, 1975, 650 pages.
- 28. Halbwachs M ; Giddens A**
Les causes de suicide. Librairie Félix-Alcan, nouvelle édition, Paris, 1930.

29.Silvana OW

L'acte de suicide: un rite intime de passage. Collections: rencontres dialectiques, Ed. Hommes et Groupes éditeurs. 1988, Paris; 23-24.

30.Rihmer Z.

Strategies of suicide prevention: Focus on health care. Journal of Affective Disorders 39 (1996) 83-91

31.Reitter M, Vilane A, Sylla A.

Conduites suicidaires sans frontières ? Med. Trop., 1996, 56 bis, 430-432.

32.Mourey F, Martin L, Jacob L.

Brûlures caustiques de l'œsophage. In : Conférence d'actualisation SFAR. Paris : Elsevier ; 1996. P. 595—606.

33.Lambert H, Manel J, Bellou A.

Les ingestions de corrosifs. In : Jaeger A., Vale JA. Intoxications aiguës. Amsterdam : Ed Elsevier, p : 333-350. 1999.

34.Aidan K., Cattan P., Celerier M.

Brûlures caustiques du tractus digestif supérieur, In : Rambaud J.C. Traité de Gastro-entérologie, Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2000: 253-57.

35.Oakes D.D.

Reconsidering the diagnosis and treatment of patients following ingestion of liquid, Lye. J. Clin. Gastroenterol.1995; 21:85-86.

36.Zargar SA, Kochhar R, Nagi B, Metha S, Metha SK,

Ingestion of corrosives acids. Spectrum of injury to upper gastrointestinal tract and natural, history.Gastroenterology, 1989; 97:702-710.

37.Fagniez PL, Houssin D.

Lésions caustiques du tractus digestif supérieur. Pathologie chirurgicale. 1991; 117-123.

38.Sarfati E, Gossot D, Assens P, et al.

Management of caustic ingestion in adults. Br J. Surg. 1987; 74 : 146-48.

39.Celerier M.

Les lésions caustiques de l'œsophage chez l'adulte. Ann Chir 2001 ; 126 : 945 : 949.

40.Claustre A.

Ingestion de produits caustiques. In: Danel V., Barriot P. Les intoxications aiguës., Paris: Arnette, 1993: 315-325.

41.Fourquier P.

Prise en charge chirurgicale des brûlures caustiques de l'axe aéro-digestif supérieur chez l'adulte ; à propos d'une série de 935 patients [Thèse]. Paris, France : Université Paris 6, 1993, 73 p

42.Gornet J M.

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des brûlures digestives par caustique. Les Journées EPU Paris VII - Journée de Gastroentérologie Paris, 7 janvier 2005.

43.Naudet F., Ferreri F.

Psychiatrie : collection premier tour. Maloine ; Paris 2011, 280-281.

44.Spadone C.

Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons ? Annales Médico-Psychologiques 168 (2010) 205–209.

45.Le Clainche C, Courtet P

Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide. Observatoire national du suicide –, Paris, France, 2016, 2, 115-153.

46.Sylla Diallo T., Cao E.

Evaluation qualitative de la psychiatrie de liaison au Sénégal : expérience de l'hôpital Principal de Dakar. Dakar, Colloque journée mondiale de la santé mentale, 2004.

47.Ouedraogo T L, Ouedraogo A, Compaore R

Les tentatives de suicide en milieu africain, Synapse février 1996, 123, 42-45.

48. Collomb H.

Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise).
Psychopathologie africaine, 1965, 1, 11-84.

49. Collomb H

Psychose et structures socio-familiales, Psychiatry 1-7 september 1974, 1-12.

50. Girard R,

La violence et le sacré. B. Grasset Edit., 1972, 451 p.

51. Surault P.

Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation,
discrimination. L'information psychiatrique, 2005, 81, 4.

52. Sylla Diallo T, Konaré D K, Dembele DS, Ndiaye SM.

La maltraitance hospitalière. Dakar, Conférence "Mardi HPD", 2010.

**53. Diallo T. S., Ndiaye S. M., Dembele S. D., Dembele K.K., Diagne M.,
Thiam M. H.**

La pratique de la psychiatrie de liaison au Sénégal : expérience de l'hôpital
Principal de Dakar, bilan et perspectives. Annales africaines de psychiatrie
Vol. 6, N°1 & 2, Décembre 2017.

Tentatives de suicide par ingestion de produits caustiques: psychopathologie et problématiques de la prise en charge

RESUME

Introduction: Les tentatives de suicide par ingestion de produits caustiques posent un problème de prise en charge de par les lésions qu'elles entraînent au niveau du tube digestif. L'approche multidisciplinaire impliquant le psychiatre permet de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Méthodologie : Nous avons mené, dans le cadre de la psychiatrie de liaison, une étude rétrospective sur une durée de trois ans qui a inclus tous les patients ayant fait une tentative de suicide par ingestion de produits caustiques et qui ont été évalués par un psychiatre ou un psychologue à l'hôpital Principal de Dakar.

Résultats : Douze patients ont été colligés parmi lesquels huit ont eu des lésions caustiques graves. Les délais d'évacuation vers une structure de prise en charge adaptée étaient de 1 à 30 jours. Le taux de létalité était de 50% avec une durée d'hospitalisation variant entre 34 et 52 jours. Des contre-attitudes, aussi bien de l'entourage familial que du personnel médical, ont été notées. Il a été relevé un vécu difficile du circuit de prise en charge mais également de la décharge digestive et des alternatives d'alimentation. Ces tentatives de suicide ont été sous-tendues par des troubles psychiatriques chez huit patients mais aussi par une crise psychosociale (quatre patients). Diverses conceptions de la maladie ont été retrouvées avec notamment l'attribution d'une origine mystique des troubles.

Discussion: Le fort taux de létalité serait lié au retard des premiers soins mais aussi aux retards des interventions chirurgicales et gastrologiques. Les suicidants ont été victimes de stigmatisation et « maltraitance hospitalière » diminuant ainsi la qualité des soins. Ces attitudes du personnel médical sont liées à un déficit de formation sur la prise en charge des conduites suicidaires. Le poids des représentations traditionnelles est beaucoup apparu dans la conception des passages à l'acte suicidaire. La transgression des pratiques ancestrales représente ainsi une faute qui est punie par le châtement des « esprits ». Cette représentation de la maladie chez l'africain diffère de l'auto culpabilité dans la mélancolie chez l'europpéen. Par contre cette dimension se retrouve avec l'apparition des complications de l'ingestion des produits caustiques se manifestant ainsi par une « auto culpabilité différée ». L'intervention de la psychiatrie de liaison a permis de prendre en compte la dimension biopsychosocial du patient.

Conclusion : Les tentatives de suicide par ingestion de produits caustiques nécessitent une prise en charge multidisciplinaire. La formation de tout personnel médical sur ces aspects est primordiale afin d'améliorer la qualité de ces soins.

Mot clés: Tentatives de suicide- Produits caustiques- psychiatrie- Psychopathologie.