



**LES TENTATIVES DE SUICIDE A DAKAR :  
ETUDE DESCRIPTIVE DE 439 CAS COLLIGES  
A L'HOPITAL PRINCIPAL**

**THESE**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR  
EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**Le 17 Juillet 1998**

**par**

**Aïda SYLLA**

**Née le 01 Décembre 1964 à Dakar  
(Interne en Psychiatrie des Hôpitaux)**

**MEMBRES DU JURY :**

**Présidente :** MmeThérèse Moreira DIOP : Professeur  
**Membres :** M. Momar GUEYE : : Professeur  
M. Mamadou Lamine SOW : Professeur  
M. Oumar SYLLA : Maître de Conférences Agrégé

**Directeur de Thèse :** M. Oumar SYLLA : Maître de Conférences Agrégé  
**Co-directeur de Thèse :** M. Moussa BA : Assistant-Chef de Clinique

*FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE*

PERSONNEL DE LA FACULTE

DOYEN	M. René NDOYE
PREMIER ASSESSEUR	M. Mamadou BADIANE
DEUXIEME ASSESSEUR	M <sup>me</sup> Thérèse MOREIRA/DIOP
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS	M. Assane CISSE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE  
POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE  
1997-1998

## PROFESSEURS TITULAIRES

M. José Marie	AFOUTOU	Histologie-Embryologie
M. Mamadou	BA	Pédiatrie
M. Salif	BADIANE	Maladies Infectieuses
M. Falou	CISSE	Physiologie
M. Fadel	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
M. Baye Assane	DIAGNE	Urologie
M. Lamine	DIAKHATE	Hématologie
M. Samba	DIALLO	Parasitologie
* M. El Hadj Malick	DIOP	O.R.L.
M <sup>me</sup> Thérèse MOREIRA	DIOP	Médecine Interne I
M. Sémou	DIOUF	Cardiologie
M. Mohamadou	FALL	Pédiatrie
M. Mamadou	GUEYE	Neuro-Chirurgie
M. Momar	GUEYE	Psychiatrie
M. Nicolas	KUAKUVI	Pédiatrie
M. Bassirou	NDIAYE	Dermatologie
M. Ibrahima Pierre	NDIAYE	Neurologie
* M. Madoune Robert	NDIAYE	Ophthalmologie
M. Mouhamadou Mansour	NDIAYE	Neurologie
M. Papa Demba	NDIAYE	Anatomie Pathologie
* M. Mamadou	NDIAYE	Chirurgie Infantile
M. René	NDOYE	Biophysique
M. Abibou	SAMB	Bactériologie-Virologie
§ M. Abdou	SANOKHO	Pédiatrie

\* Associé

§ Détachement

&amp; Disponibilité

+ Stage

M. Mamadou	SARR	Pédiatrie
§ M <sup>me</sup> Awa Marie COLL	SECK	Maladies Infectieuses
M. Seydina Issa Laye	SEYE	Orthopédie-Traumatologie
M. Dédéou	SIMAGA	Chirurgie Générale
M. Abdourahmane	SOW	Médecine Préventive
M. Housseyn Dembel	SOW	Pédiatrie
M. Moussa Lamine	SOW	Anatomie Chirurgie
* M. Cheikh Tidiane	TOURE	Chirurgie Générale
M. Pape	TOURE	Cancérologie
M. Alassane	WADE	Ophthalmologie

### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Mamadou	BA	Urologie
M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
M. Moussa	BADIANE	Radiologie
M. Seydou Boubacar	BADIANE	Neuro-Chirurgie
M. Mohamed Diawo	BAH	Gynécologie-Obstétrique
§ M. Mamadou Diakhité	BALL	Dermatologie
M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
M. Abdarahmane	DIA	Anatomie Chirurgie Générale
M Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M. Babacar	DIOP	Psychiatrie
M. El Hadj Ibrahima	DIOP	Orthopédie-Traumatologie
M. Saïd Nourou	DIOP	Médecine Interne II
M. Raymond	DIOUF	O.R.L.
M. Souvasin	DIOUF	Orthopédie-Traumatologie
M. Babacar	FALL	Chirurgie Générale
M Ibrahima	FALL	Chirurgie Pédiatrique
M <sup>me</sup> Mame Awa	FAYE	Maladies Infectieuses
M <sup>me</sup> Syvie SECK	GASSAMA	Biophysique
M. Oumar	GAYE	Parasitologie
* M. Serigne Maguèye	GUEYE	Urologie
M. Abdoul Almany	HANE	Pneumophtisiologie
M. Salvy Léandre	MARTIN	Pédiatrie
M. Victorino	MENDES	Anatomie Pathologie
M Jean Charles	MOREAU	Gynécologie Obstétrique

\* Associé

§ Détachement

& Disponibilité

+ Stage

M <sup>me</sup> Mbayang NIANG	NDIAYE	Physiologie-Neurologie
§ M. Mohamed Fadel	NDIAYE	Médecine Interne I
M. Mouhamadou	NDIAYE	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. Papa Amadou	NDIAYE	Ophthalmologie
* M. Youssoupha	SAKHO	Neuro-Chirurgie
M Niama Diop	SALL	Biochimie Médicale
Mme Binta KA	SALL	Anesthésie-Réanimation
M Mohamadou Guélaye	SALL	Pédiatrie
M. Moustapha	SARR	Cardiologie
M Birama	SECK	Pédopsychiatrie
M. Mamadou Lamine	SOW	Médecine Légale
* M. Papa Salif	SOW	Maladies Infectieuses
M <sup>me</sup> Haby SIGNATE	SY	Pédiatrie
M. Omar	SYLLA	Psychiatrie
M. Doudou	THIAM	Hématologie
M. Meïssa	TOURE	Biochimie

### CHARGES D'ENSEIGNEMENT

* M. Claude	MOREIRA	Pédiatrie
-------------	---------	-----------

### MAITRES ASSISTANTS

M. El Hadj Amadou	BA	Ophthalmologie
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. El Hadj Souleymane	CAMARA	Orthopédie-Traumatologie
M. Jean Marie	DANGOU	Anatomie Pathologique
* M. Michel	DEVELOUX	Dermatologie
M. Massar	DIAGNE	Neurologie
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
M. Bernard Marcel	DIOP	Maladies Infectieuses
+ M. Alassane	DIOUF	Gynécologie-Obstétrique
M. Boucar	DIOUF	Médecine Interne I
M. Saliou	DIOUF	Pédiatrie
M. Oumar	FAYE	Parasitologie

\* Associé                      § Détachement                      & Disponibilité                      + Stage

M <sup>me</sup> Gisèle WOTO	GAYE	Anatomie Pathologique
M. Abdoul	KANE	Cardiologie
M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie Chirurgie
M. Adama Bandiougou	NDIAYE	Immunologie (Hématologie)
M <sup>me</sup> Coura SEYE	NDIAYE	Ophthalmologie
M. Issa	NDIAYE	O.R.L.
M. El Hadj	NIANG	Radiologie
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. Doudou	SARR	Psychiatrie
M. Amadou Makhtar	SECK	Psychiatrie
M. Gora	SECK	Physiologie
M. Ahmed Iyane	SOW	Bactériologie-Virologie
M <sup>me</sup> Hassanatou TOURE	SOW	Biophysique
M. Cheickna	SYLLA	Urologie
M. Alé	THIAM	Neurologie

**ASSISTANTS DE FACULTE-ASSISTANTS DES SERVICES  
UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX**

M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
M. Yémou	DIENG	Parasitologie
M. Dialo	DIOP	Bactériologie-Virologie
M. Mamadou	DIOP	Anatomie
M. Moctar	DIOP	Histologie-Embryologie
M. Saliou	DIOP	Hématologie
M <sup>me</sup> Mame Coumba GAYE	FALL	Médecine Légale
M. Khadissatou SECK	FALL	Hématologie
M. Oumar	FAYE	Histologie-Embryologie
M <sup>me</sup> Arame MBENGUE	GAYE	Physiologie
M. Lamine	GUEYE	Physiologie
M. El Hadj Alioune	LO	Anatomie Organogénèse
M. Ismaïla	MBAYE	médecine Légale
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
M. Oumar	NDOYE	Biophysique
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie
M <sup>me</sup> Anta	TALL DIA	Médecine Préventive
M <sup>elle</sup> Awa Oumar	TOURE	Hématologie

M. Kamodore	TOURE	Médecine Préventive
M. Issa	WONE	Médecine Préventive

## CHEFS DE CLINIQUE-ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

M <sup>me</sup> Marième GUEYE	BA	Gynécologie-Obstétrique
+ M. Momar Codé	BA	Neuro-Chirurgie
M. Moussa	BA	Psychiatrie
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
M <sup>me</sup> Mariama Safiétoù KA	CISSE	Médecine Interne II
M. André Vauvert	DANSOKHO	Orthopédie-Traumatologie
M <sup>me</sup> Elisabeth FELLER	DANSOKHO	Maladies Infectieuses
* M. Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M. Djibril	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
M. Saliou	DIALLO	Médecine Interne I
M. Ahmadou	DIEM	Cancérologie
* M. Mame Thierno	DIENG	Dermatologie
M <sup>me</sup> Sokhna BA	DIOP	Radiologie
M. Rudolph	DIOP	Stomatologie
M. Mamadou Lamine	DIOUF	Médecine Interne I
M <sup>me</sup> Elisabeth	DIOUF	Anesthésie-Réanimation
M. Edouard Marcel I.	GUEYE	Neuro-Chirurgie
M. Limamoulaye	HANE	Cardiologie
* M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne I
M. Assane	KANE	Dermatologie
* M. Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
M <sup>me</sup> Aminata DIACK	MBAYE	Pédiatrie
* M. Mouhamadou	MBENGUE	Médecine Interne I
M. Amadou Koura	NDAO	Neurologie
M. Ousmane	NDIAYE	Pédiatrie
* M. Cheikh Tidiane	NDOUR	Maladies Infectieuses
M. Alain Khassim	NDOYE	Urologie
M. Ndaraw	NDOYE	Neuro-Chirurgie
M <sup>elle</sup> Paul Aïda	NDOYE	Ophthalmologie
* M. Abdou	NIANG	Médecine Interne
M. Abdoulaye	POUYE	Médecine Interne I

\* Associé

§ Détachement

& Disponibilité

+ Stage

M. Mamadou	SANGARE	Gynécologie-Obstétrique
M <sup>elle</sup> Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M <sup>me</sup> Anna	SARR	Médecine Interne II
M <sup>me</sup> Fatou	SENE	Neurologie
M. El Hassane	SIDIBE	Médecine Interne II
* M. Masserigne	SOUMARE	Maladies Infectieuses
M. Charles Mouhamed	SOW	Orthopédie-Traumatologie
M. Daouda	SOW	Psychiatrie
M. Mouhamadou Habib	SY	Orthopédie-Traumatologie
M. Abdourahmane	TALL	O.R.L.
M. Silly	TOURE	Stomatologie

### ATTACHES CHEFS DE CLINIQUE

M. Oumar	BA	Pneumo-phtisiologie
M <sup>me</sup> Binta DIOP	BADIANE	Anesthésie-Réanimation
M. Saïba	CISSOKHO	Pneumo-phtisiologie
M <sup>me</sup> Pauline	DIOUSSE	Dermatologie
M. Mor	NDIAYE	Pneumo-phtisiologie

### ATTACHES-ASSISTANTS

M. Néloum	DJIMADOUN	Histologie-Embryologie
M <sup>elle</sup> Oumou Koulsome	SY	Biochimie

\* Associé

§ Détachement

& Disponibilité

+ Stage



## PROFESSEURS TITULAIRES

M. Doudou	BA	Chimie Analytique et Toxicologie
M. Emmanuel	BASSENE	Pharmacognosie et Botanique
* M. Babacar	FAYE	Pharmacologie Pharmacodynamie
M. Issa	LO	Pharmacie Galénique
* M. Souleymane	MBOUP	Bactériologie-Virologie
* M. Oumar	NDIR	Parasitologie

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Mamadou	BADIANE	Chimie Thérapeutique
M. Cheikh Saad Bouh	BOYE	Bactériologie-Virologie
M. Mounirou	CISS	Toxicologie
M. Balla Moussa	DAFFE	Pharmacognosie
M <sup>me</sup> Aïssatou GAYE	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M <sup>me</sup> Aminata SALL	DIALLO	Physiologie Pharmaceutique
M Alioune	DIEYE	Immunologie
M. Pape Amadou	DIOP	Biochimie Pharmaceutique

## MAITRES ASSISTANTS

M. Amadou	DIOUF	Toxicologie
M <sup>me</sup> Rita BEREHOUNDOU.	NONGONIERMA	Pharmacognosie
M. Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie organique

## ASSISTANTS

M <sup>elle</sup> Issa BELLA	BAH	Parasitologie
* M. Aynina	CISSE	Biochimie Pharmaceutique
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
M <sup>elle</sup> Thérèse	DIENG	Parasitologie

\* Associé

* M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie Pharmacodynamie
M. Yérim Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Almédou Bamba K.	FALL	Pharmacie Galénique
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Modou	LO	Botanique
M. Tharcisse Nkulikiye	MFURA	Chimie Analytique
M Aly Coto	NDIAYE	Physiologie Pharmaceutique
* M. Augustin	NDIAYE	Physique Pharmaceutique
M. Mamadou	NDIAYE	Pharmacologie
M <sup>me</sup> Maguette Dème SYLLA	NIANG	Biochimie Pharmaceutique (Immunologie)
M <sup>me</sup> Philomène LOPEZ	SALL	Biochimie Pharmaceutique
M. Elimane	SY	Chimie Générale et Minérale
M. Oumar	THIHOUNE	Pharmacie Galénique
M. Alouane	WELE	Chimie Physique

### ATTACHES

M. William	DIATTA	Botanique
M. Alioune Badara	DIOP	Pharmacie Galénique
Mme Amy THIAM	FALL	Chimie Analytique
M. Mamadou	FALL	Toxicologie
M <sup>elle</sup> Edwige	GOMIS	Pharmacognosie
M. Mamadou	SARR	Physiologie Pharmaceutique

## III-CHIRURGIE DENTAIRE

### PROFESSEURS TITULAIRES

M. Ibrahima	BA	Pédodontie-Prévention
M <sup>me</sup> Ndioro	NDIAYE	Odontologie préventive et Sociale

### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

* M. Boubacar	DIALLO	Chirurgie Buccale
M Pape Demba	DIALLO	Parodontologie
M <sup>me</sup> Charlotte Faty	NDIAYE	Chirurgie Buccale
M. Maliek	SEMBENE	Parodontologie

### MAITRES ASSISTANTS

M <sup>elle</sup> Fatou	GAYE	Dentisterie Opératoire
M. Abdou Wahab	KANE	Dentisterie Opératoire
M. Abdoul Aziz	YAM	Pédodontie

### ASSISTANTS

& M <sup>me</sup> Christiane JOHNSON	AGBOTON	Prothèse Dentaire
M <sup>me</sup> Aïssatou TAMBA	BA	Pédodontie-Prévention
M <sup>me</sup> Khady DIOP	BA	Orthopédie dento-Faciale
M. Daouda	CISSE	Odontologie Préventive et Sociale
* M. Fallou	DIAGNE	Orthopédie dento-Faciale
M <sup>me</sup> Adam A. Marie SECK	DIALLO	Parodontologie
* M. Lambane	DIENG	Prothèse Dentaire
& M <sup>me</sup> Aïssatou NDOYE	DIOP	Dentisterie Opératoire
M <sup>me</sup> Fatou	DIOP	Pédodontie-Prévention
& M. Libasse	DIOP	Prothèse Dentaire
& M. Mamadou Moustapha	GUEYE	Odontologie Préventive et Sociale
* M. Maliek	MBAYE	Dentisterie Opératoire

\* Associé

& Disponibilité

+ Stage

M <sup>me</sup> Paulette M. AGBOTON	MIGAN	Prothèse Dentaire
M. Edmond	NABHANE	Prothèse Dentaire
M <sup>me</sup> Maye Ndave NDOYE	NGOM	Parodontologie
M. Paul Débé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
* M. Mohamed Talla	SECK	Prothèse Dentaire
M <sup>me</sup> Soukèye DIA	TINE	Chirurgie Buccale
M. Saïd Nour	TOURE	Prothèse Dentaire

### ATTACHES

M. Abdou	BA	Chirurgie Buccale
M. Henri Michel	BENOIST	Parodontologie
M. Babacar	FAYE	Odontologie Conservatrice Endodontie
M. Daouda	FAYE	Odontologie Préventive et Sociale
M. Mariel	FAYE	Pédodontie-Orthopédie
M. Cheikh Mouhamadou M.	LO	Odontologie Préventive et Sociale
M. El Hadji Babacar	MBODJ	Prothèse Dentaire
M. Mohamed	SARR	Odontologie Conservatrice Endodontie
M <sup>me</sup> fatoumata DIOP	THIAW	Odontologie Conservatrice Endodontie
M. Babacar	TOURE	Odontologie Conservatrice Endodontie

## *Dédicaces et Remerciements*

*A ma chère patrie le SENEGAL, au vaillant peuple sénégalais, en raison des sacrifices consentis par le contribuable pour ma formation, je vous rends hommage et nourris l'espoir secret de toujours vous servir.*

# DEDICACES

*A la mémoire de mon grand frère Pape Abdou*

*A mes parents*

*Je ne pourrai jamais assez vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour vos enfants.*

*Vous nous avez surtout appris à ne jamais douter de nous même.*

*Votre complémentarité nous a toujours servie à nous retrouver quelle que soit la situation.*

*A mon mari et mon fils*

*Vous êtes pour moi une source intarissable de bonheur. Puisse nous toujours rester la main dans la main.*

*A Diatou, et à Tonton*

*Votre domicile a toujours été ma résidence de week-end. Merci pour tout.*

*A Marième et Mame Balla*

*M. D. S., tu es comme une seconde maman prenant soin toujours de moi. Je ne pourrai jamais oublier les moments où tu as renoncé à tout pour me veiller.*

*Merci infiniment.*

*A Dior et Daddys*

*Au delà de nos liens de parenté c'est une forte amitié qui nous lie. Je souhaite que les moments agréables que nous passons se multiplient sans cesse*

*A Kiné*

*Tu seras toujours des nôtres.*

*A Cheickh et Tiony*

*Tous mes souhaits de bonheur.*

*A Ndèye, Camou, Bintou, Khadim et Papa*

*Je vous renouvelle toute mon affection et vous exhorte à toujours vous dépasser.*

***A mes nièces et neveux***

*Tiara ,Ndèye Fatou, Khadija, Khadija-abdou, Mouhamadou, Ciré, Bamba, Mamadou, Ibra, Moïse, et Pape Abdou` :je sais toute l'admiraion que vous me portez. Cependant ne voyez pas en votre tante l'objectif à atteindre mais l'étape à dépasser.*

***A Serigne Bamba Ly***

*Ton amitié apporte beaucoup à notre famille.*

***A Safiatou, Ndèye Fatou, et Mame Awa***

*Votre compagnie a été mon plus grand réconfort durant mes études médicales. J'ai particulièrement aimé la manière dont nous avons travaillé et qui a fait des séances les plus pénibles des parties de plaisir ;*

***A Marie, Ami et Eva***

*En souvenir des premières années à la faculté ,A3.*

***A Charles Owens***

*Un ami de toujours.*

***A Masseck Wade***

*Je ne sais si je dois dire petit ou grand maître .Je te renouvelle ma reconnaissance pour tout ce que tu m'as appris.*

***A Katy***

*Nous avons passé ensemble des moments extraordinaires*

***A mon « frère » Habib Thiam***

*Je mesure toute l'estime que tu me portes*

***A Marième Ndiaye***

*Tu es un exemple de gentillesse ! A travers toi, je dédis ce travail à tous les médecins de la psychiatrie.*

***A mon ami Djiby Sarr***

*Je n'ai jamais vu autant de spontanéité et de joie de vivre*

***A tous mes collègues et camarades de promotion***



*A tous mes amis*

*Je ne saurais vous nommer de peur d'en oublier !*

*A tout le personnel de la psychiatrie*

*A toutes mes sœurs et frères de la « Grande Chaîne » des éclaireuses et éclaireurs du Sénégal »*

*A toutes mes anciennes camarades de la Cité Claudel*

# **REMERCIEMENTS**

*Au docteur Maurice Reitter et à tout le personnel du service de psychiatrie de l'hôpital principal de Dakar.*

*Au docteur Daouda Sow*

*Vous avez mis à notre disposition tous vos documents portant sur le suicide ce qui montre tout l'intérêt que vous portez à ce sujet.*

*A Saliou Traoré*

*Tu as bien voulu relire ce travail.*

*A Dior Sylla et Mamadou Ndiaye*

*Vous avez contribué à la réalisation de ce travail au plan technique.*

*A monsieur René Collignon*

*Merci pour vos précieuses suggestions.*

*Au docteur Bernard Diop*

*A Marième Ndiaye et Sofi Coulbary.*

*Au groupe d'étude de thérapie familiale*

*En souvenir du chemin fait ensemble.*

*A notre maître et co-Directeur de thèse le docteur Moussa BA*

*Tu t'es donné sans compter pour ce travail. Il ne doit pas cependant être l'arbre qui cache la forêt : ce que tu nous as appris nous nous en servons toute notre vie. Tu ne t'es pas limité à nous initier à la nosologie psychiatrique mais aussi à être armés pour mieux faire avec les aléas de la vie. Et tout cela toujours avec la bonne humeur.*

*Merci Maître.*

# **A NOS MAITRES ET JUGES**

*A notre maître et présidente de jury le Professeur  
**THERESE MOREIRA DIOP***

*C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse.*

*La rigueur et la clarté de votre enseignement nous ont toujours séduits. Nous-nous rappelons avec émotion de nos premiers contacts avec la sémiologie médicale*

*Permettez-nous de vous témoigner notre profonde gratitude.*

*A notre maître et juge le Professeur **MOMAR GUEYE***

*Nous sommes honorés de vous avoir dans notre jury de thèse. Vous nous avez beaucoup conseillé pour sa bonne réussite. Votre courtoisie, l'étendue de vos connaissances, font de vous un véritable maître. C'est hors de FANN que nous mesurons la qualité de la formation que vous nous avez dispensée.*

*Merci infiniment.*

*A notre maître et juge le Professeur **MAMADOU LAMINE SOW***

*Nous vous exprimons toute notre gratitude d'avoir si spontanément accepté de juger ce travail.*

*Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect*

*A notre maître et directeur de thèse le Professeur Agrégé **Omar Sylla***

*Nous sommes heureux d'avoir eu à faire ce travail sous votre direction.*

*Votre rigueur et vos compétences nous ont toujours guidé.*

*En passant dans votre service lors de notre internat, vous nous avez inculqué la modestie en nous apprenant à nous donner du temps, à ne pas toujours nous hâter à effacer un délire ou une hallucination.*

*Permettez-nous de vous exprimer notre respectueuse admiration pour vos qualités morales, intellectuelles et humaines.*

*Sincères remerciements.*

# PLAN

## INTRODUCTION

## PREMIERE PARTIE : RAPPEL SUR LES TENTATIVES DE SUICIDE

### I DONNEES GENERALES SUR LE SUICIDE

1. APPROCHE PSYCHIATRIQUE
2. APPROCHE SOCIOLOGIQUE
3. APPROCHE PSYCHOLOGIQUE
4. APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE

## DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL

### I METHODOLOGIE

- 1- CADRE D'ETUDE
- 2- TYPE D'ETUDE
- 3- POPULATION D'ETUDE
- 4- COLLECTE DES DONNEES
- 5- SAISIE, ANALYSE ET RESULTATS
- 6- CONTRAINTES
- 7- DEFINITIONS OPERATIONNELLES

### II RESULTATS

#### 1- CARACTERES DE LA POPULATION ETUDIEE

- |    |                        |
|----|------------------------|
| a. | TAILLE                 |
| b. | AGE                    |
| c. | SEXE                   |
| d. | ORIGINE                |
| e. | ETHNIE                 |
| f. | PROFESSION             |
| g. | RELIGION               |
| h. | SITUATION MATRIMONIALE |
| i. | NIVEAU SCOLAIRE        |
| j. | ADRESSE                |

#### 2- CARACTERES DE LA TENTATIVE DE SUICIDE

- |    |                     |
|----|---------------------|
| a. | LIEU                |
| b. | ACCOMPAGNANTS       |
| c. | MOTIFS              |
| d. | MODE                |
| e. | SUIVI PSYCHIATRIQUE |

### III COMMENTAIRES

#### 1. LA POPULATION ETUDIEE

- a. AGE
- b. SEXE
- c. RELIGION, ORIGINE ET ETHNIE
- d. PROFESSION
- e. SITUATION MATRIMONIALE
- f. RESIDENCE

#### 2. LA TENTATIVE DE SUICIDE

- a. LIEU
- b. MOTIF
- c. MODE
- d. EVOLUTION
- e. PERIODE

### IV STRATEGIES DE PREVENTION

- 1-PREVENTION PRIMAIRE
- 2-PREVENTION SECONDAIRE
- 3-PREVENTION TERTIAIRE

### CONCLUSION

### BIBLIOGRAPHIE

### ANNEXES

Par délibération, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# INTRODUCTION



## INTRODUCTION

La tentative de suicide est très liée au suicide lui-même, malgré la différence qui existe entre les deux quant à leur résultat, leur but visé et obtenu et, leur motivation. La distinction entre suicide accompli et tentative de suicide n'a rien à voir avec le sérieux ou le non sérieux de l'acte.

Le suicide se définit comme l'action de se donner volontairement la mort ; la tentative de suicide comme l'action d'essayer de se donner volontairement la mort.

On parlera de suicide à la découverte du cadavre du suicidé. La tentative de suicide elle, est évoquée devant un sujet, comateux ou non, blessé ou non, ayant tenté de mettre fin à ses jours.

Concernant les tentatives de suicide, deux travaux seulement existent à ce jour au Sénégal. Il s'agit des études de HILAL (15) et Douckaga (8).

Ceci ne reflète pas l'étendue du phénomène surtout dans les services de réanimation et d'urgence où de plus en plus, depuis quelques années sont reçus et admis des candidats au suicide. Ils sont pris en charge dans la limite des moyens disponibles.

Dans les pays occidentaux les tentatives de suicides constituent un problème de santé publique. En Afrique et donc au Sénégal, il est encore difficile de les classer parmi les autres causes de décès. Ceci est lié au manque d'indicateurs précis.

La survie a toujours été la préoccupation première de l'être humain.

Depuis la naissance, l'homme n'arrête de livrer un combat ardu contre la mort.

On se soigne, on se ménage, on use de son instinct de conservation pour ne pas mourir.

On prie pour sa longévité et sa bonne santé. Les rites tentent de conjurer le trépas.

Cependant, ce dont on est sûr, c'est l'ultime victoire de la mort dans ce combat.

Le suicide ou la tentative de suicide ne pourrait être vécus comme des faits anodins.

Ils sont considérés comme des inconduites sociales, relevant de l'impolitesse, de la folie ou de l'hérédité. Ceci se comprend parfaitement car la société qui tend toujours à préserver la vie, a du mal à concevoir qu'une de ses composantes, l'individu, se donne sans contrainte aucune, la mort.

Ainsi, devant tout suicide, si le suicidé n'était pas fou, on recherche toujours un crime maquillé. La tentative de suicide aussi est toujours éprouvée pour donner les preuves de son authenticité.

L'authenticité ici correspond à une réelle recherche de la mort sans y aboutir, c'est à dire un suicide que le hasard ou l'intervention précoce de l'entourage a interrompu à temps. Ceci, par opposition à d'autres tentatives de suicide qui ne sont pas marqués par un refus irrépressible de la vie. Ces tentatives correspondent plutôt à un besoin intense de vivre autrement, quitte à risquer d'en mourir pour se faire comprendre.

Les problèmes que posent les tentatives de suicide sont multiples. Nous en retiendrons :

- La mort immédiate du suicidant
- L'existence de séquelles pouvant engager le pronostic vital ou fonctionnel du suicidant ;
- L'occupation de lits de plus en plus nombreux dans les hôpitaux en particulier les unités de réanimation qui sont réduites et onéreuses ;
- La prise en charge psychologique, voire psychiatrique de toute une famille qui s'impose ;
- L'attitude de la communauté, y compris les médecins qui tendent souvent à banaliser la tentative de suicide, n'y voyant qu'un chantage envers l'entourage.

Compte tenu de tous ces problèmes et l'absence de données sur l'importance du phénomène, nous avons mené une étude sur l'ampleur et le devenir immédiat des tentatives de suicide au Sénégal.

Notre objectif dans ce travail est de :

- Déterminer le profil épidémiologique du suicidant
- Déterminer les modalités de la tentative de suicide
- Dégager des stratégies de prévention de la tentative de suicide.

# PREMIERE PARTIE

## DONNEES GENERALES SUR LE SUICIDE

Le suicide est un phénomène universel, geste impensable en tant que tel, au point qu'on le croit absent. Il ne figurait pas dans les statistiques de mortalité de l'ex URSS (28) et dans notre pays nous ne disposons pas à ce jour de statistiques sur le sujet.

Une des caractéristiques principales des conduites suicidaires concerne la persistance du tabou social sans doute parce qu'il témoigne de l'échec des défenses psychologiques collectives contre le réel de la mort. Cet échec se double d'une atteinte à la cohésion du groupe qui se trouve privé d'un citoyen, d'un soldat ou d'un contribuable.

La recherche n'est donc pas facilitée sur ce sujet. L'attitude des collectivités a cependant toujours été mitigée concernant le suicide.

Chez les Grecs, Aristote condamnait cet acte qu'il qualifiait de lâcheté face à la vie et assimilait le suicidé à un soldat déserteur.

Platon l'admet pour des cas de maladies douloureuses et incurables.

Les cyniques, les épicuriens et les stoïciens reconnaissent quant à eux que l'homme peut quitter volontairement la vie qui lui devient pénible.

Dans la Rome antique, même s'il est parfois valorisé, l'acte suicidaire doit obéir à des critères compatibles avec la morale stoïcienne. Sous peine d'être condamné, il doit être lié à la douleur physique, la perte d'un être cher, la fureur ou la folie.

Néanmoins, ceci n'était pas accordé aux esclaves et aux soldats. Les peines encourues étaient la confiscation des biens, la suppression du rite funéraire.

Interdit par le christianisme à partir du Vème siècle (St Augustin, Concile de Braga), il est considéré comme rébellion envers Dieu entraînant l'exposition et l'exhibition du cadavre sur la claie avant de l'emmener à la voirie. Cet interdit est réitéré au cours du XIXème siècle (code de droit canon).

Jusqu'au XIXème siècle, le code de droit canon refusait la sépulture chrétienne à "ceux qui se sont donnés la mort de façon délibérée".

La religion musulmane aussi est formelle sur cet interdit formulé dans la sourate les femmes (versets 29 - 30) promettant le feu éternel à ceux qui se donnent volontairement la mort (17).

En milieu traditionnel africain, le suicide pour la sauvegarde de l'honneur est permis, encouragé voire valorisé. En témoignent le mythe de Yacine Boubou qui aurait donné sa vie pour que son fils monte sur le trône du Cayor (25) et l'histoire des femmes de Ndeer qui se sont brûlées vives pour échapper à l'esclavage (3).

Jeffreys, (16) dans une enquête effectuée au Nigeria relève entre autre une forme particulière de suicide, le "Samsonic suicide" ou suicide de vengeance qui a un caractère punitif. Ainsi un candidat au suicide qui s'exclame "I shall commit suicide and rise up as evil spirit to torment you." Le suicidé veut juste hanter les jours de celui qu'il veut punir par sa mort.

Le suicide de chantage féminin est noté dans les travaux de Diop (7) au Sénégal.

Plusieurs spécialistes ont tenté d'aborder le suicide. Les psychiatres s'y intéressent car c'est un acte de malade, de fou.

Les sociologues l'étudient en tant qu'acte d'origine sociale. Les psychologues essaient de comprendre les mécanismes qui le sous-tendent. Les épidémiologistes tentent de camper ses caractéristiques.

## APPROCHE PSYCHIATRIQUE DU SUICIDE

Elle a d'abord été basée sur la recherche de lésions au niveau des organes des suicidés, particulièrement le cerveau.

Deshaies (6) nous rapporte que Gall soulignait la densité et l'épaisseur des os du crâne du suicidé.

Esquirol (11) affirme la rareté des lésions cérébrales mais insista sur la fréquence des lésions du tube digestif.

L'Aliéniste Auguste Voisin (29) pense que la cause des suicides des aliénés consiste en des lésions des parties les plus internes des circonvolutions frontales ascendantes et pariétales.

Le status thymico-lymphaticus décrit par Paltauf d'après Deshaies (6) a suscité de nombreux travaux. Cet état, d'après l'auteur, se caractérise par une hypertrophie du thymus et du tissu lymphatique, un rétrécissement de l'aorte et une adiposité des suicidés.

Parmi les défenseurs de cette théorie, le Viennois J. Bartel (1874-1925) qui conclut à la constitution lymphatique des suicidés.

Achille Delmas (1) constate que le suicide est une perversion de l'instinct de conservation qui fait rechercher la mort pour elle-même, or, " la résistance humaine, appuyée sur l'instinct de conservation paraît à peu près sans limites, dès que n'intervient pas un facteur de déséquilibre ".

Par conséquent, quelle que soit la pression exercée par les malheurs, pour qu'il y ait suicide, il faut un terrain favorable et ce terrain est pathologique.

Henri Ey (15) remarque que " chez le mélancolique, toutes les formes de l'affection, et à tout moment, peuvent entraîner des tentatives de suicide ".



La schizophrénie, par sa composante anxieuse ou hallucinatoire est pourvoyeuse de tentatives de suicide froide, sans motifs apparents, détachés et violents.

Le raptus anxieux et l'hystérie sont aussi concernés tout comme les psychopathies avec leurs suicides spectaculaires.

Chez les borderlines on parle de suicidose du fait du multi-récidivisme suicidaire Racamier (24).

## APPROCHE SOCIOLOGIQUE DU SUICIDE

Le suicide rattaché à des causes exogènes, sociales est abordé dans l'ouvrage de Durkheim *Le Suicide* (10) qui reste une référence en matière de suicidologie.

Il y distingue selon la cause :

### - Le suicide égoïste

C'est le suicide de l'individu en tant que tel, vivant dans un certain état d'indépendance et de liberté sociale.

L'individu met sa personnalité au-dessus de la conscience sociale. Sa vie, il en dispose comme il veut et la moindre contrariété, le moindre choc affectif peut l'amener à la quitter délibérément.

Certaines formes d'organisations sociales comme la famille, la société religieuse préseryeraient de ce suicide.

### - Le suicide altruiste

C'est l'opposé du suicide égoïste. L'individuation est insuffisante, le sujet en fusion dans sa société.

Il n'existe que la personnalité du groupe et la conscience collective. C'est l'apanage des sociétés primitives.

C'est le suicide obligatoire de l'homme au seuil de la vieillesse, de l'épouse à la mort de l'époux, du serviteur à la mort du maître.

- **Le suicide anémique**

Pourrait être appelé suicide situationnel. L'action régulatrice de la société sur les sentiments et les conduites des hommes est contrariée par des bouleversements brusques, amenant des transformations radicales.

Ce sont les grandes crises économiques en particulier, créant ce que Durkheim appelle " l'état d'anomie ", qui engendre un esprit de rébellion, d'indiscipline par rapport à l'ordre établi.

C'est le suicide des hommes d'affaires, des hommes politiques.

Entre ces trois catégories, toutes les combinaisons sont possibles.

Certaines cultures ont une position assez ambiguë sur la question.

Au Japon, " celui qui ne peut plus choisir de vivre décemment peut choisir de mourir décemment ".

Ou encore en Chine " celui qui sauve le suicidant sera responsable de lui durant le reste de ses jours ".

Au Sénégal, le suicide est encore fortement lié au sentiment de l'honneur. La tradition populaire par la voix des griots chante encore certains suicides que l'on peut retrouver dans des écrits modernes :

- le suicide collectif des femmes de Nder (3)
- l'épopée de Yacine Boubou (25)

Aussi la devise de l'armée sénégalaise " On nous tue, on ne nous déshonore pas ", préfère la mort au déshonneur.

## APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DU SUICIDE

Freud apparente le suicide aux actes manqués (14-c). “ C’est qu’il existe chez ces malades une tendance à s’infliger des souffrances comme s’ils avaient des fautes à expier et cette tendance qui tantôt affecte la forme de reproches adressés à soi-même, tantôt contribue à la formation de symptômes, sait utiliser habilement une situation extérieure accidentelle ou l’aider à produire l’effet mutilant voulu. ”.

Il décrit deux groupes de force en l’individu :

- les unes poussent à l’autodestruction
- les autres contrarient l’autodestruction

C’est le déséquilibre entre les deux qui serait responsable, à des degrés différents, de la tentative de suicide et du suicide.

Il montre par ailleurs dans “ Deuil et mélancolie ”( 14-a)-ou la réaction à la perte d’un objet d’amour- que la libido investie dans l’objet perdu se retire dans le Moi et son souvenir devient une partie du Moi. La perte de l’objet d’amour se transforme en une perte du Moi et le conflit entre le Moi et l’objet Or, la liaison avec l’objet d’amour s’était fait sur le mode narcissique et qu’à travers l’Autre (c’est-à-dire l’objet d’amour), le Moi s’aimait lui-même.

Aussi les relations d’amour étant ambivalentes, l’identification narcissique se double d’un mouvement de haine et de sadisme contre l’objet substitutif. C’est ce sadisme qui constitue la clef de la conduite suicidaire.

Dans “ au-delà du principe de plaisir ”(14-b), Freud dégage une dualité des pulsions.

Le plaisir y est la sensation qui correspond à une diminution de la quantité d'énergie que comporte la vie psychique, le déplaisir répond à l'augmentation, au moins locale, de cette même énergie.

Pour Freud il existe :

Une pulsion de mort (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 sont minimales.

Une pulsion de vie (EROS), opposée à la pulsion de mort, de nature libidinale, qui cherche à augmenter la tension et à promouvoir la vie.

Il est de la nature des choses que le plaisir finisse par gagner c'est-à-dire que la pulsion de mort l'emporte sur la pulsion de vie.

Baechler (2) quant à lui, insiste sur les fonctions de l'acte suicidaire. Il nous montre au préalable que la distinction entre tentative de suicide et suicide accompli n'a rien à voir avec le non sérieux et le sérieux du sujet. Il distingue les fonctions de l'acte suicidaire comme suit :

#### ➤ Les suicides escapistes

- **la fuite** où le sujet, par l'attentat à sa vie, tente d'échapper à une situation ressentie comme insupportable.

- **le deuil** qui est le fait d'attenter à sa vie par suite de la perte d'un élément central de la personnalité ou du plan de vie.
- **le châtement** ou le fait d'attenter à sa vie pour expier une faute réelle ou imaginaire.

➤ **Les suicides agressifs**

- **la vengeance** pour provoquer le remords d'autrui ou lui infliger l'opprobre de la communauté.
- **le crime** qui entraîne autrui dans sa propre mort.
- **le chantage** pour faire pression sur autrui en le privant de quelque chose à quoi il tient.
- **l'appel**, pour avertir l'entourage que le sujet est en danger (l'acte suicidaire est une sorte de sonnette d'alarme).

➤ **Les suicides oblatifs**

- **le sacrifice** pour sauver ou atteindre une valeur jugée supérieure à la vie personnelle.
- **le passage** pour accéder à un état considéré par le sujet comme infiniment plus délectable.

➤ **Les suicides ludiques**

- **l'ordalie** pour s'éprouver soi-même ou solliciter le jugement des dieux.
- **le jeu** qui est le fait de se donner des chances de mort, dans le seul but de jouer avec sa vie.

Ici, aucun type n'est pur, exclusif. On rencontre plus souvent l'intrication de plusieurs types dans un même acte.

### APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE

Le plus grand nombre de travaux épidémiologiques existant traitent surtout du suicide.

Cependant, l'ouvrage de Davidson et Philippe (5) " Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui " publié en 1986 traite de la tentative de suicide.

Ces auteurs trouvent que :

- A l'inverse du suicide, la tentative de suicide touche deux fois plus de femmes que d'hommes.

L'incidence est maximum à l'adolescence et parmi les jeunes adultes.

Elle diminue significativement avec l'âge. En France comme dans le reste du monde, l'augmentation des tentatives de suicide paraît être due particulièrement aux récidives.

- Plus de la moitié des tentatives de suicide ont lieu durant la journée (7 – 19 heures). La tranche horaire la plus chargée (24%) est de 19 à 21 heures. Les médicaments sont utilisés 9 fois sur 10.
- La tentative de suicide est plus fréquente chez les personnes socialement isolées. Les personnes à statut social bas aussi sont les

plus touchées. Le chômage est très fréquent chez les suicidants. Les suicidants appartiennent le plus souvent à des familles dissociées.

- La tentative de suicide est considérée comme l'expression d'un trouble mental dans environ 40 à 70 % des cas selon le sexe (les femmes moins que les hommes). Plus de 4 tentatives sur 10 sont des récurrences qui se produisent dans de courts délais après la précédente.

En Afrique et au Sénégal en particulier, les études existantes sont surtout axées sur le suicide et non les tentatives de suicide. Cependant certains écrits sur le suicide font une petite place aux tentatives de suicide.

Au Sénégal, Sow (26) rapporte qu'en 1938, Le Goff a réalisé une enquête par questionnaire auprès de ses élèves de l'Ecole Normale de Gorée. Il leur est demandé s'ils avaient entendu parler de suicide chez eux et s'ils pouvaient en décrire quelques cas. C'est ainsi que 76 cas ont été relevés en A.O.F.

En 1962, Sow(26) a réalisé une étude dans la population générale. Il a recueilli des faits concernant les suicides à partir des brigades de gendarmerie en zone rurale et des commissariats de police en zone urbaine. Il a relevé 16 cas en milieu urbain sur une période de sept ans et 40 cas en milieu rural sur une année.

Hilal (15), en compilant les registres des services d'anatomopathologie et de réanimation de l'hôpital Aristide Le Dantec et des services de réanimation de l'hôpital Principal de 1968 à 1982 a trouvé sur une population de 1210 cas de suicide et tentatives de suicides :

- Une forte prédominance des femmes (69,1%)



- Un âge moyen de 30,19 (écart-type) : 12,94)
- Des perturbations des relations entre les parents (querelles, divorce) ;
- Un pourcentage de décès d'environ 12,6% avec les hommes qui sont plus fortement représentés (%) ;
- Une plus grande représentativité d'étrangers (16.8% d'européens, 8% de libano-syriens) parmi les suicidants.

En 1995, Douckaga (8), dans son mémoire “ Tentatives de suicide : Aspects psychopathologiques et épidémiologiques ” portant sur 59 cas colligés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1990 et le 31 décembre 1994 à l'Hôpital de FANN trouve :

- que plus de la moitié de sa population (55,9%) a moins de 30 ans avec un mode situé dans la tranche d'âge 25-29 ans (27,1%)
- Un plus grand nombre de Ouolofs, Sérères et Pulaars ;
- Une forte prévalence de chrétiens (8,5%) alors qu'ils représentent 4,3% de la population générale ;
- Un risque suicidaire s'élevant avec le niveau de scolarisation ;
- Une fréquence plus grande en milieu urbain et suburbain ;
- Une légère prédominance dans les ménages polygames ;
- Une prépondérance de médicaments et de produits toxiques sur les autres méthodes utilisées.

# **DEUXIEME PARTIE**

## METHODOLOGIE

### Cadre d'étude

Notre étude est réalisée sur la presqu'île de Dakar suivant son découpage sanitaire.

Ce découpage se fait en districts sanitaires recouvrant l'aire géographique des départements. Les districts sanitaires sont les suivants :

- Dakar-centre avec 2 centres de santé
- Dakar plateau avec 1 centre de santé et 05 hôpitaux
- Dakar Nord-est avec un centre de santé et 1 hôpital
- Dakar Ouest avec 2 centres de santé
- Pikine avec un centre de santé
- Guédiawaye avec un centre de santé
- Mbao avec un centre de santé et un hôpital
- Rufisque avec un centre de santé

Outre ces hôpitaux et centres de santé, on peut trouver dans les districts sanitaires des postes de santé et des cases de santé dans certaines localités comme Mbao et Rufisque ;

### Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale entre janvier 1992 et novembre 1996.

**Population d'étude :**

Tous les patients admis en urgence dans les formations sanitaires sus citées qui se sont blessés ou intoxiqués volontairement mettant ainsi leur vie en danger.

**Collecte des données :**

Elle s'est faite sur la base d'un questionnaire comprenant :

Une première partie :

- Le nom de la formation hospitalière.
- L'identification du patient.
  - Le numéro de l'observation.
  - L'âge.
  - Le sexe.
  - La religion.
  - La situation matrimoniale.
  - L'ethnie.
  - Le domicile.
  - La profession.
  - Le niveau d'étude.

Une deuxième partie avec :

- La date de la tentative de suicide.
- L'heure de découverte.
- L'heure d'admission.

- Le lieu de la tentative de suicide.
- Le moyen utilisé.
- L'existence ou non de traitement avant l'hospitalisation.
- La nature du lien entre le suicidant et la personne qui l'a acheminé aux urgences,
- Enfin, l'évolution de la tentative de suicide et les motifs évoqués (cf. annexes).

Ce questionnaire a été rempli soit par entretien direct, soit à partir des registres complétés par des documents tels que billets d'hospitalisation, bons d'examens, reçus, etc....

En pré-testant ce questionnaire, une très grande disproportion a été notée entre les lieux de collecte :

- Un (01) cas retrouvé au centre de santé de Yoff.
- Onze (11) cas à l'hôpital général de Grand Yoff.
- Aucun cas reçu en urgence dans les autres structures sanitaires même si à Fann et à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye des patients sont orientés pour un suivi psychiatrique après que la situation d'urgence est jugulée.

Une grande réticence a été observée au niveau des formations privées sollicitées qui au nom de la confidentialité n'ont pu nous communiquer leurs chiffres.

L'Hôpital Principal de Dakar totalise à lui seul 430 cas. Il faut noter qu'avec la fermeture pendant plus de 04 années du Service de Chirurgie Générale et de

Réanimation de l'hôpital Aristide le Dantec, tous les cas d'urgence sont naturellement acheminés sur l'hôpital Principal de Dakar.

C'est un hôpital général de 600 lits situé en plein centre du plateau à Dakar.

Il dispose d'un Service de Psychiatrie de 12 lits comptant au niveau du personnel :

- 02 médecins psychiatres.
- 05 infirmiers(ères).
- 07 garçons et filles de salle.
- 01 major administratif.
- 01 secrétaire médicale.

Ce Service de Psychiatrie se trouve à proximité du Service des soins d'urgence, soins intensifs ou Réanimation. Les suicidés admis en urgence sont facilement vus par un psychiatre une fois la situation critique dépassée.

### **Saisie, Analyses et résultats**

#### Saisie :

Les données seront saisies et analysées avec Epi Info 6

#### Types d'analyses

Nous procéderons à des analyses uni variées, bi-variées et stratifiées au besoin.

Les variables continues seront analysées avec le test de student. Les variables discontinues seront analysées avec le test du  $\chi^2$ .

- Le traitement des manquants :

Vu la disparité observée du fait de la différence entre l'entretien directe et les données des registres, pour certaines variables, nous avons des manquants plus ou moins importants.

\* Si les manquants sont relativement importants :

Nous avons pour chaque variable, utilisé le test de la différence entre des proportions pour tester l'hypothèse suivante :

Existe-t-il une différence entre les résultats obtenus avec les manquants et les résultats obtenus sans les manquants pour un degré de confiance de 95% ?

Chaque fois que les résultats sans les manquants étaient significativement différents des résultats avec les manquants, nous avons éliminé la variable de nos analyses : Il en est ainsi avec les variables : Heure, Niveau d'étude.

Chaque fois que les résultats sans les manquants n'étaient pas significativement différents des résultats avec les manquants nous avons procédé aux analyses avec la population sans les manquants. Ce qui explique que dans certains tableaux les totaux peuvent varier.

\* Si les manquants sont peu importants :

Nous les avons conservés et procédés aux analyses

- Les Résultats

Les résultats de notre étude sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques

### **Contraintes :**

La contrainte majeure de notre étude réside dans le fait que nous travaillons sur une population hospitalière avec le biais de Berkson qui lui est inhérent.

Cependant, le pronostic vital étant en jeu, les patients quelle que soit leur origine sociale ont tendance à se diriger vers la structure offrant le meilleur plateau technique : ici l'Hôpital Principal.

De ce fait, la population de suicidants diffère de la clientèle habituelle de l'Hôpital Principal de Dakar (fonctionnaires, étrangers, etc....). Parfois, certains patients au sortir de la réanimation ne pouvaient plus prendre en charge leur suivi ce qui fait que la consultation psychiatrique leur a été offerte pour qu'ils puissent être vus. Le biais de Berkson plus haut cité est dès lors minoré voire contrôlé.

Au regard de tous ces facteurs, nous pouvons considérer que la population des suicidants de l'hôpital Principal à une distribution normale par rapport à la population des suicidants dans la population générale de la région.

### **Définitions opérationnelles**

#### **Guérison :**



Nous parlons de guérison quand la tentative de suicide ne débouche pas sur le décès ou des séquelles physiques.

**Séquelles :**

Ce sont ici les séquelles physiques : paralysie, sténose de l'œsophage, etc....

**Dysfonctionnement familial :**

C'est une perturbation des relations au sein d'une famille : relations conflictuelles, séparation de certains membres etc....

**Maladies graves :**

C'est l'infection à VIH, associée ou non à d'autres maladies.

# RESULTATS

**AGE**

<b>Age</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Pourcentages cumulés</b>
<b>10-14</b>	12	2,7%	2,7%
<b>15-19</b>	132	30,1%	32,7%
<b>20-24</b>	121	27,6%	60,4%
<b>25-29</b>	80	18,2%	78,6%
<b>30-34</b>	43	9,8%	88,4%
<b>35-39</b>	19	4,3%	92,7%
<b>40-44</b>	16	3,6%	96,3%
<b>45-49</b>	6	1,4%	97,7%
<b>50-54</b>	5	1,1%	98,8%
<b>55-59</b>	2	0,5%	99,3%
<b>65-69</b>	1	0,8%	99,5%
<b>75-79</b>	1	0,2%	99,7%
<b>Age inconnu</b>	1	0,2%	100%
<b>Total</b>	<b>439</b>	<b>100%</b>	<b>10%</b>

Plus de la moitié des sujets de notre étude ont moins de 24 ans.

Nous n'avons que 10 sujets de plus de 50 ans dont 1 seul de 77 ans.

**SEXE**

<b>Sexe</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Masculin</b>	100	22,8%
<b>Féminin</b>	331	75,4%
<b>Manquants</b>	8	1,8%
<b>TOTAL</b>	<b>439</b>	<b>100%</b>

Le nombre de femmes suicidantes fait 3 fois celui des hommes avec un sexe ratio de 0,3.

**ORIGINE**

<b>Origine</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>sénégalais noirs</b>	337	76,8%
<b>Cap Verdiens</b>	12	2,7%
<b>Européens</b>	35	8,0%
<b>libanais</b>	26	5,9%
<b>Métis</b>	8	1,8%
<b>Autres Africains</b>	21	4,8%
<b>Total</b>	<b>439</b>	<b>100%</b>

Notre série est constituée de Sénégalais en majorité (76,8%) mais aussi d'Européens (8%) suivis des Libanais avec 3 points de différence.

**ETHNIE**

<b>Ethnie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Wolofs</b>	167	49,4%
<b>Diolas</b>	12	3,6%
<b>Pulaar</b>	41	12,1%
<b>Mandingues</b>	76	22,5%
<b>Sérères</b>	31	9,2%
<b>Autres</b>	11	3,3%
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100%</b>

Les Mandingues se démarquent avec 22,5% de notre série après les Wolofs qui font 49,4%.

**PROFESSION**

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Elèves</b>	138	48,8%
<b>Couture</b>	11	3,7%
<b>Domestiques</b>	10	3,4%
<b>Autres</b>	73	24,7 %
<b>Sans profession</b>	63	21,4%
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100%</b>

Les élèves constituent la moitié de notre série.

**RELIGION**

<b>Religion</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Musulmans</b>	332	75,6%
<b>Catholiques</b>	100	22,8%
<b>Autres</b>	3	0,7%
<b>Manquants</b>	4	0,9%
<b>Total</b>	<b>439</b>	<b>100%</b>

Les musulmans sont 3 fois plus nombreux que les catholiques.



**SITUATION MATRIMONIALE**

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Pourcentag es cumulés</b>
<b>Célibataires</b>	283	72,4%	
<b>Mariés</b>	92	23,5%	
<b>Divorcés</b>	11	2,8%	
<b>Autres</b>	5	1,3%	
<b>Total</b>	<b>391</b>	<b>100%</b>	

Plus de la moitié des suicidants sont des célibataires.

**SCOLARITE**

<b>Scolarité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>1<sup>er</sup> cycle</b>	70	40,9%
<b>2<sup>ème</sup> cycle</b>	46	26,9%
<b>Université</b>	31	18,1%
<b>Autres</b>	24	14,0%
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100%</b>

Les suicidants au 1<sup>er</sup> cycle représentent 40,9% de notre échantillon suivi du 2<sup>ème</sup> cycle (26,9%) et des universitaires (18,1%).

**ADRESSE**

<b>Adresse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Banlieues</b>	33	10,7%
<b>Base</b>	8	2,69%
<b>Centre</b>	58	18,8%
<b>HLM/Sicap</b>	83	26,9%
<b>Nouveaux quartiers</b>	31	10,0%
<b>Vieux quartiers</b>	39	12,6%
<b>Quartier traditionnel</b>	18	5,8%
<b>Total</b>	<b>270</b>	<b>100%</b>

Le plus grand nombre de suicidants provient des HLM et Sicap et du centre ville.

**LIEU**

<b>Lieu</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Domicile</b>	327	94,2%
<b>Lieu de travail</b>	13	3,7%
<b>Autres</b>	7	2,0%
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>100%</b>

Presque toutes les tentatives de suicide sont effectuées au domicile.

**ACCOMPAGNANTS**

<b>Accompagnants</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Parents</b>	329	74,9%
<b>Amis</b>	17	3,9%
<b>Pompiers</b>	1	0,2%
<b>Autres</b>	11	2,5%
<b>Manquants</b>	81	18,5%
<b>Total</b>	<b>439</b>	<b>100%</b>

Les suicidants sont presque toujours acheminés à l'hôpital par leur famille (74,9%).

**MOTIFS**

	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Conflits</b>	46	14,8%
<b>Dysfonctionnement familial</b>	156	47,1%
<b>Maladie grave</b>	4	1,2%
<b>Maladie psychiatrique</b>	86	26,0%
<b>Autres</b>	36	95%
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

Le motif le plus fréquent de tentative de suicide semble être le dysfonctionnement familial.

**MODE**

<b>Mode</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Nivaquine</b>	181	41,2%
<b>Autres médicaments</b>	170	38,7%
<b>Produits traditionnels</b>	6	1,4%
<b>Moyens violents</b>	14	3,2%
<b>Autres</b>	6	1,7%
<b>Manquants</b>	8	1,8%
<b>Total</b>	<b>279</b>	<b>100%</b>

Le mode de tentative de suicide le plus représenté est celui effectué avec les médicaments 38,7% et surtout la Nivaquine (41,2%).

**SUIVI PSYCHIATRIQUE par ANNEE**

<b>Année</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>
<b>92</b>	2	94	114
<b>93</b>	64	18	82
<b>94</b>	63	16	79
<b>95</b>	58	6	64
<b>96</b>	98	2	100
	303	136	439

Suivi psychiatrique en fonction de l'année.

$$\chi^2 = 201$$

P value = 0,000000000000...

Le nombre de suicidants vus en psychiatrie a constamment augmenté au fil des années.



**MODE selon le MOTIF**

Mode Motif	Dysfonction familial	Conflit	Mdie Psychiat	Mdie grave	Autres	Total
<b>Nivaquine</b>	64	31	25	1	10	131
<b>Autres médicament</b>	65	9	37	2	21	134
<b>Toxiques Tradit.</b>	2	2	1	0	1	6
<b>Moyens Violents</b>	1	1	8	1	0	11
<b>Autres Med.</b>	21	5	13	0	4	43
<b>Manquants</b>	3	1	2	0	0	6
<b>Total</b>	156	49	86	4	36	331

 $\chi^2 = 47,87, p = 0,001$

**MOTIF selon la SITUATION MATRIMONIALE**

	<b>Céliba- taires</b>	<b>Mariés</b>	<b>Divorcés</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
<b>Dysfonct. Familiale</b>	107	46	0	3	156
<b>Conflit</b>	46	5	0	1	52
<b>Mdie Psychiatr.</b>	48	25	9	1	83
<b>Mdie Organ. Grave</b>	2	2	0	0	4
<b>Autres</b>	26	7	2	0	35
<b>Total</b>	229	85	11	5	330

$\chi^2=34$   $p=0,006$

## EVOLUTION selon l'ANNEE

	1992	1993	1994	1995	1996	Total
<b>Décédés</b>	4	3	6	2	0	15
<b>Guéris</b>	109	78	73	44	99	403
<b>Séquelles</b>	1	0	0	1	1	3
<b>Manquants</b>	0	1	0	16	0	17
<b>Total</b>	114	82	79	63	100	438

$\chi^2= 101, \quad p= 0,000000000$

**EVOLUTION selon SEXE**

	<b>Décédés</b>	<b>Guéris</b>	<b>Séquelles</b>	<b>Manquants</b>	<b>Total</b>
<b>Femmes</b>	9	304	2	16	331
<b>Hommes</b>	6	91	1	1	99
<b>Manquants</b>	0	8	0	0	8
<b>Total</b>	15	403	3	17	438

$$\chi^2 = 6,25 \quad p = 0,39$$

**EVOLUTION selon MODE**

	<b>Décédés</b>	<b>Guéris</b>	<b>Séquelles</b>	<b>Manquants</b>	<b>Total</b>
<b>Nivaquine</b>	7	165	0	9	181
<b>Autres Medict.</b>	3	159	1	7	170
<b>Toxiques Tradit.</b>	1	5	0	0	6
<b>Moyens Violents</b>	2	11	1	0	14
<b>Autres</b>	1	56	1	1	59
<b>Manquant</b>	1	7	0	0	8
<b><u>Total</u></b>	15	403	3	17	438

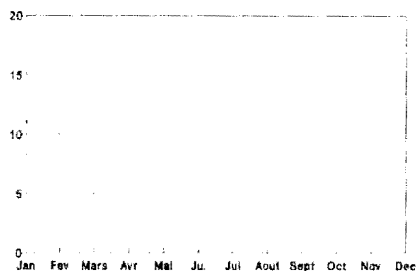
$\chi^2=25,41$  p= 0,04

**MOIS selon l'ANNEE**

	<b>92</b>	<b>93</b>	<b>94</b>	<b>95</b>	<b>96</b>	<b>Total</b>
<b>Janv.</b>	11	7	2	7	11	38
<b>Fév.</b>	10	6	4	5	13	38
<b>Mars</b>	5	13	4	8	10	40
<b>Avril</b>	5	10	4	6	13	38
<b>Mai</b>	15	11	4	6	18	54
<b>Juin</b>	10	11	15	7	7	50
<b>Juillet</b>	19	4	11	9	5	48
<b>Août</b>	16	1	8	3	10	38
<b>Sept.</b>	12	2	9	3	5	31
<b>Oct.</b>	7	2	7	3	8	27
<b>Nov.</b>	2	8	8	4	0	22
<b>Décembre</b>	2	7	3	3	0	15
<b>Total</b>	114	82	79	64	100	439

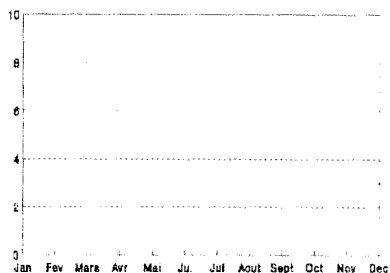
$$\chi^2 = 96,45 \quad p = 0.000008$$

Annee 1992



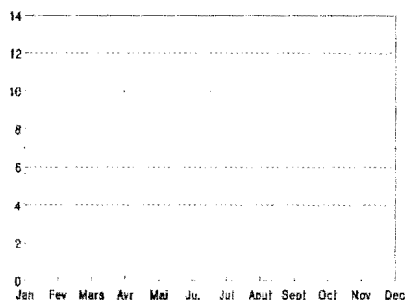
Series 1

Annee 1995



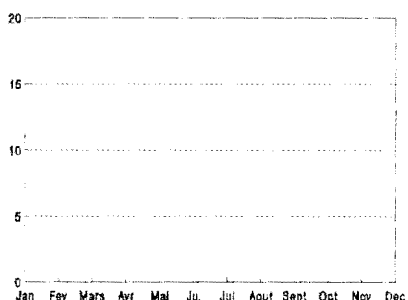
Series 1

Annee 1993



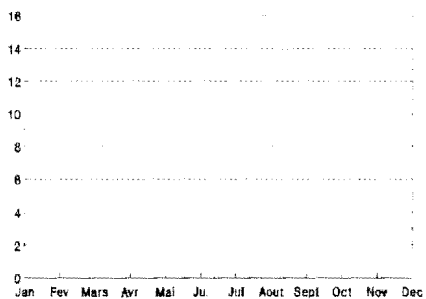
Series 1

Annee 1996



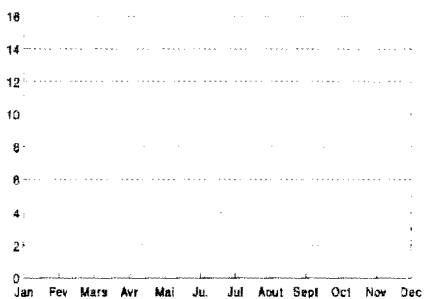
Series 1

Annee 1994



Series 1

Annee 1994



Series 1

# COMMENTAIRES



## I / LA POPULATION ETUDIEE

### 1 / Caractères généraux

Note série comporte 439 sujets reçus à l'hôpital de Dakar de janvier 1992 à octobre 1996.

Leur âge varie de 13 à 77 ans avec un âge moyen de 24,521 plus ou moins 5,829.

Cette population est composée à plus de deux tiers (2/3) de femmes avec un sex-ratio de 0,3.

Elle se compose

- De sénégalais noirs à 76,8 %.
- D'européens à 5,9 %.
- De sénégalais d'origine libanaise à 5,9 %.
- De sénégalais d'origine cap verdienne à 2,7 %.
- De métis à 1,8 %.

Au niveau des sénégalais noirs, les groupes ethniques qui se démarquent sont :

- Les Oulofs à 49,4 %.
- Les Mandingues à 22,5%.
- Les Pulaars à 12,1 %.
- Les Diolas à 3,6 %.
- Les autres ethnies à 3,3 %.

Les sujets étudiés sont des élèves (46,8 %), sans profession ((21,4 %) tailleurs, coiffeurs (3,7 %),

domestiques (3,4 %). L'ensemble des autres professions est représenté à 24,7 %.

Ce sont des célibataires surtout (73 %).

Le niveau scolaire atteint est le premier cycle (40,9 %), le second cycle (26,9 %) et l'université (18,1 %).

Nos suicident proviennent essentiellement de HLM / Sicap 26,9 % suivi du centre ville (18,8 %).

## 2 / concernant l'âge

Mpania & coll (20) dans une étude effectuée sur 1016 patients hospitalisés à Kinshasa pour tentative de suicide trouvent que 65,4 % ont moins de 30 ans. alors que pour Mboussou & Coll (19) il y a une rareté de la tentative de suicide après 40 ans à la fondation Jeanne EBORI au Gabon.

Ouedraogo (22) présente au Burkina Faso des âges extrêmes de 9 et 70 ans et un âge moyen de 25,4 plus ou moins 9,3 ans chez les suicidants.

En France cependant, Philippe et Davidson (5) constatent un maximum de tentatives de suicides après 45 ans.

La tentative de suicide, utilisée comme moyen de résolution d'un problème jugé insurmontable pourrait être l'apanage du groupe social le moins pourvu d'expérience, les jeunes.

Le statut de la personne âgée qui est respectée, entourée et obéie dans les structures traditionnelles africaines tendrait aussi à la protéger du suicide contrairement à ce qui se passe dans les pays dits développés. Néanmoins, la présence dans notre série d'un homme de 77 ans dont la tentative de suicide s'est soldée par le décès devrait attirer notre attention. Cet homme dont les motifs de l'acte nous sont inconnus, provient d'un village traditionnel lébou.

Chez les lébous, le système de gouvernement est basé sur le conseil supérieur des dignitaires qui comprend : le Serigne Ndakarou, le Ndeye dji Reew, le Jaraaf, le Saltigué, le Ndeye Djambour et le Ndeye dji Fré. De tout ce collège, seul le Ndeye dji Fré représente les jeunes.

Tout est basé sur le respect des anciens (27). De nos jours, les jeunes occupent de plus en plus de rôles qui étaient dévolus aux anciens (21).

Cette mutation expliquerait peut être certaines situations critiques, pouvant mener au suicide.

## **2 / Concernant le sexe**

Panizzo (23) au Mozambique, Eudier (12) en Grande Bretagne trouvent un nombre supérieur de femmes chez les suicidants.

Le statut de la femme partout dans le monde revêt une singularité liée au retard de sa responsabilisation en ce qui concerne les 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.

## **3 / Concernant la religion, l'origine et l'ethnie**

La majorité des sénégalais noirs et de musulmans dans notre série est en adéquation avec la composition de la population du Sénégal.

Le pourcentage d'européens est en nette diminution par rapport aux taux trouvés (65 % des suicidants en 1970 sont européens et libanais), (15) (14,9 % d'européens en 1968 - 1982).

On pourrait émettre plusieurs hypothèses concernant cette diminution. Cette population pourrait se faire admettre dans les structures privées dont les données ne nous sont pas accessibles.

On pourrait aussi penser qu'avec le temps beaucoup de problèmes de cette population d'expatriés liés à l'adaptation ont pu se résoudre. La durée de séjour des européens au Sénégal s'est aussi considérablement amoindrie.

Le taux de libanais est quasi constant entre 1978 - 1982 (5,7 %) et notre étude (5,9 %).

Les métis faisaient 30 % des suicidants en 1970 et ne font plus que 1,8 % dans notre étude.

Le métissage qui était un phénomène nouveau d'une part et d'autre part un hiatus lors de la période de transition entre le colonialisme et l'indépendance est actuellement un phénomène presque banal.

En ce qui concerne le sous-groupe de sénégalais noirs, après les Ouolofs, c'est le grand groupe Mandingue qui s'individualise avec 22,5 %. Ce groupe se compose de Sarakolés, Bambaras, Socés etc.... Ce grand groupe se caractérise par sa forte représentation au niveau de la population émigrée (vers les pays Occidentaux) surtout les Sarakolés. La navigation entre deux cultures surtout des adolescents pourrait expliquer cette forte tendance suicidaire.

#### **4/ la profession**

La majorité des élèves trouvée dans notre série pourrait être due au facteur de confusion que constitue l'âge: La majorité de notre population est jeune.

Cette population jeune dans notre pays vit un malaise perceptible souvent démesurée : grèves scolaires à répétition, meurtres violents lors du conflit Sénégal/Mauritanie etc....

Aussi une perte de repères avec une situation économique et sociale dégradée (habillement excentrique, nouveau langage hermétique pour les anciens...etc.)

Les métiers des petits cadres, couturiers, coiffeuses nous paraissent sur-représentés dans notre série. Souvent, s'adonnent à ces métiers les jeunes qui n'ont pas pu réussir leurs études et on sait que ces travaux sont loin d'être valorisés. C'est dire tout le drame que peuvent vivre ces jeunes et qui a une influence certaine sur leur comportement.

### **5/ Le statut matrimonial**

Le grand nombre de célibataires est aussi lié à l'âge 73 %. Collomb (4) trouvait quant à lui une majorité de mères de famille désemparées chez les suicidants.

A ce propos, il faut noter que la situation de la femme a subi de nombreuses mutations ces dernières années. Autant jusqu'aux années 70 on parlait de mariages forcés, de mariages précoces, contre le gré des femmes, autant actuellement on note de plus en plus de cas de célibat prolongé, une impossibilité de trouver un conjoint pour le mariage.

Le mariage tant convoité de nos jours est une protection contre les retombés de la crise économique et sociale. Donc il serait tout à fait compréhensible qu'il constitue un facteur de protection contre le suicide.

### **6 / Concernant la résidence des suicidants**

Les quartiers d'origine qui se dessinent le plus ici sont les HLM/ SICAP et le centre ville. Si la seconde provenance peut se justifier du fait probablement de sa proximité de la structure hospitalière, pour la première on pourrait penser à la promiscuité qui y existe, au regard de l'autre sur le quotidien de toute une famille.

Pourquoi ne pas penser aussi à la paupérisation des foyers du fait que la plupart des pères de famille qui étaient les premiers cadres de l'administration sont actuellement à la retraite ?

## II / LA TENTATIVE DE SUICIDE

### a/ Le lieu

Elle est effectuée à la maison (94 % des cas). Ce sont les parents qui découvrent le suicidant et l'acheminement à l'hôpital (75 % des cas).

### b/ Le motif

les parents constituent l'interlocuteur privilégié quand la tentative de suicide est motivée par un dysfonctionnement familial : c'est à eux de découvrir la tentative de suicide, de la gérer au besoin.

*Cas Clinique 1 : A.T., 18 ans, de sexe féminin, dont les parents ont divorcé, vit avec son père qui s'est remarié. A 1 mois de son examen du brevet de fin d'études moyennes, elle sort de chez elle, déclarant aller voir sa mère. Le lendemain, le père découvre qu'en réalité A.T. était au bal. Il la sermonne et lui reproche de vouloir devenir volage comme sa mère. A.T. entre dans sa chambre et avale 20 cachets de Nivaquine. Le père et la sœur l'acheminent au service de réanimation de l'hôpital Principal où les rejoint la mère avertie entre temps. A.T. pleure durant l'entretien et déclare qu'elle aimerait que ses parents soient ensemble et s'entendent bien.*

Pour ce qui est du dysfonctionnement familial, il s'agit ici presque toujours de parents géniteurs séparés. L'adolescent vit ainsi entre deux familles ou plus, où souvent il ne trouve pas sa place. Il présente un comportement déviant : fugues d'un lieu à un autre et chaque parent condamne la fuite en condamnant le parent absent.

Ainsi, le jeune touché dans son honneur, se sent aussi pris dans une situation inextricable de dette de loyauté entre ses deux parents. Sa dernière alternative est de mettre sa vie en danger pour attirer l'attention sur sa situation.

L'acte suicidaire est toujours un prétexte à une réunion de toute la famille. Un fait marquant, c'est le sentiment d'unité et d'intimité de la famille que l'on semble vivre à l'occasion de ces drames. En fait, la famille et rien que la famille entoure le patient. On ne voit pas les amis, les voisins qui habituellement rendent toujours visite à l'hospitalisé au Sénégal.

Les maladies psychiatriques restent importantes comme cause de suicide (26,0%).

**Cas Clinique 2:** *F.T. 23 ans , suivie en psychiatrie depuis 2 ans pour hébéphrénie, est reçue en urgence après ingestion de Khémé. A l'entretien, elle déclare ne pas comprendre le motif de son acte. Elle a par ailleurs un discours complètement incohérent. Elle souffre de sténose caustique de l'œsophage et décédera de complications post opératoires d'une oesophago-entéroplastie.*

Les conflits aussi sont évoqués comme motif de tentative de suicide. Ce sont surtout ici les conflits au sein du couple.

**Cas Clinique 3 :** *M.D. 40 ans, mère de 4 enfants ne s'entend plus avec son mari depuis 3 mois. Elle ne peut pas demander le divorce car elle est sans ressources financières. Elle pense avoir épuisé toutes les voies de recours pour se réconcilier avec son mari. Ce dernier est rentré ce jour à 2 heures du matin. M.D. qui l'attendait a pris à son retour une quantité non chiffrée d'antispasmodiques. A l'entretien elle dit vouloir que son mari la respecte plus et s'occupe mieux d'elle et de ses enfants.*

Par ailleurs, les maladies graves sont encore pourvoyeurs de tentatives de suicide même si c'est en faible proportion (1,2)%. Ces maladies graves dans notre étude comporte toujours l'infection à VIH, associée ou non à une autre maladie.

**Cas Clinique 4 :** *Un homme de 55 ans avec une insuffisance rénale chronique subit des séances d'hémodialyse depuis de nombreuses années. Il est en plus*

*séropositif au VIH. Lors d'une séance de dialyse, il se donne la mort par un coup de revolver.*

Cette notion de maladie grave ou incurable est déjà notée par Collomb (4) comme cause de suicide. Nous constatons que tous les motifs évoqués, à l'exception peut-être des maladies psychiatriques, constituent des fautes contre l'honneur du suicidant.

### **c/ le mode**

le mode de tentative de suicide le plus utilisé est l'absorption médicamenteuse en particulier la chloroquine. Cette donnée concorde avec tous les travaux menés sur la tentative de suicide en Afrique (18), (19), (20), (22). La chloroquine est un des produit circulant le plus en Afrique (vulgarisation, accessibilité) du fait de l'endémicité du paludisme. Son amertume en fait, dans la mentalité populaire, un produit de haute toxicité.

Les toxiques traditionnels, le « Khémé » en l'occurrence sont utilisés (1,5%). Le « Khémé » est de la soude caustique utilisée pour la confection traditionnelle de savon et dans la teinturerie aussi. Son absorption entraîne souvent des décès post opératoires après réparation de sténoses caustiques de l'œsophage.

Les moyens violents (pendaison, armes à feu ou armes blanches) sont aussi utilisés(3,2%). Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé les chutes dans un puits que Sow(26) a beaucoup relevé dans son étude.

Peut-être qu'un travail portant sur les suicides ou tentatives de suicide en milieu rural pourrait retrouver ce mode de suicide, vu qu'il n'y a pratiquement plus de puit à Dakar.



### d/ Evolution de la tentative de suicide

a) Lorsque nous croisons l'évolution à l'année, nous obtenons une courbe de guérison en V avec un pic en 1992, une tendance à la baisse avec un minimum en 1995 et une amorce de reprise en 1996.

Si nous calculons la proportion de guérison par rapport à l'ensemble des malades et par année, nous nous rendons compte que nous avons à peu près les mêmes taux de guérison pour toutes les années.

- b) En croisant l'évolution avec le sexe, les données brutes montrent un nombre supérieur de femmes avec plus de décès, plus de guérisons et plus de séquelles dans cette population féminine.

Après analyse proportionnelle, nous trouvons que même s'il y a plus de femmes qui tentent de se suicider, elles guérissent plus que les hommes qui meurent plus et ont plus de séquelles.

c) Néanmoins, vue la proportion importante des séquelles et des décès chez les femmes et les écarts proportionnels relativement bas entre ces modalités évolutives chez la femme, il apparaît que la tentative de suicide est toujours sérieuse quel que soit le sexe.

- d) Quand nous croisons l'évolution au mode de tentative de suicide utilisé, les données brutes montrent un taux de mortalité supérieure pour les moyens violents et pour les toxiques traditionnels.

Après analyse proportionnelle déterminant le pronostic en fonction du mode utilisé, nous trouvons que :

- La nivaquine entraîne ou le décès, ou la guérison et pas de séquelles: c'est la loi du tout ou rien. Le taux de décès qu'elle entraîne est supérieur à celui de la guérison

- Les autres médicaments donnent un taux de décès inférieur à celui de guérison et de séquelles.
- Les toxiques traditionnels sont les plus grands pourvoyeurs de mortalité.
- Les moyens combinés (autres) donnent plus de séquelles que de guérisons et de décès.

La tentative de suicide de la femme semble plus être un chantage au suicide comme le note Diop (7). On peut penser que leurs problèmes sont très liés aux conceptions et croyances de leur entourage. Ce chantage les aide certainement dans la résolution de ces problèmes. Néanmoins, cet acte de chantage n'est pas bénin dans la mesure où il arrive qu'elles en meurent.

Quant aux hommes, le risque est plus grand qu'ils meurent lors d'une tentative de suicide. Il semble que les situations qui les poussent au suicide soient beaucoup plus inextricables. Au plan culturel aussi, on pardonnerait difficilement à un homme de rater son suicide.

#### **e/ Le nombre de suicidants en fonction de la période de l'année**

Sur toutes les années étudiées (1992 à 1996) nous constatons une tendance générale à l'augmentation du nombre de suicidants à partir du mois d'avril et une diminution à partir du mois de juillet. Le maximum de suicidants est noté entre avril et juillet.

- Le nombre de suicidants qui augmentent à partir du mois de juillet nous fait penser à la théorie anté Durkheimienne qui voulait que les suicides soient majorés par les grandes chaleurs.

Aussi, l'autre hypothèse qui veut que les suicides surviennent au moment où l'activité sociale est à son maximum. Certes nous n'avons pas pu déterminer

avec exactitude les heures de la tentative de suicide mais nous savons que les mois d'avril, mai, juin, juillet constituent des mois de chaleur où les maisons sont désertées et où tout le monde vit en symbiose et souvent dans la rue la plupart du temps. Cette période correspond à celle de la préparation intensive des différents examens académiques avec tout leur lot d'angoisse.

## STRATEGIES DE PREVENTION

Une prévention efficace devra agir d'abord en amont de la tentative de suicide. De ce qui ressort de notre travail nous pouvons dire que la principale cible de cette prévention sera les adolescents, surtout ceux issus de familles désunies. Dans cette perspective, les familles doivent être informées du risque que court un enfant placé dans une situation inextricable de conflit entre les parents où la prise de position implique le choix d'un parent et le rejet de l'autre.

Le mieux serait toutefois de ne pas en arriver à ces conflits. Ceci peut nous paraître utopique d'emblée. Néanmoins, il existe des structures qu'on pourrait réhabiliter comme les « TOURS » de famille : il s'agit d'associations regroupant les membres d'une même famille qui se réunissent régulièrement pour mieux se rapprocher les uns des autres et résoudre les problèmes de la famille.

Ces structures ne pouvant pas toujours être opérantes, les parents devront apprendre à gérer leurs différends, à en parler à leur progéniture de la manière la moins traumatisante pour elle, de créer un espace de parole pour les enfants.

Les interlocuteurs privilégiés des adolescents, qu'ils soient médecins, enseignants, psychologues, travailleurs sociaux, animateurs de collectivités de jeunes, devront être formés pour détecter à temps et prendre en charge un problème familial qui n'est pas toujours clairement verbalisé. Ceci sera facilité par une formation de ces acteurs en thérapie familiale et approche systémique. Ce cadre de formation existe depuis trois ans avec un groupe qui se réunit régulièrement pour des séances d'initiation. Bientôt, verra le jour l'association sénégalaise pour la thérapie familiale et l'approche systémique.

La prescription et la délivrance des médicaments devrait être beaucoup plus rigoureuse.

Pour ce qui est de la Nivaquine il faudra s'attendre à de nombreuses difficultés dans la mesure où le paludisme sévit à l'état endémique dans nos régions.

Les toxiques traditionnels d'utilisation courante tel le « *khémé* » devront être employés précautionneusement car aujourd'hui, leur abandon pur et simple ne peut être demandé aux populations qui n'ont que ce moyen pour contourner le coût élevé de produits tels que le savon depuis la dévaluation du franc CFA.

La prévention concerne aussi les malades mentaux qu'il faudra faire suivre régulièrement. Ceci d'autant plus rigoureusement que ce malade aura eu dans ses antécédents familiaux ou personnels une tentative de suicide ou un suicide.

Les personnes vivant avec le VIH ou atteintes de maladies graves, devront être accompagnées par un personnel de santé bien formé en counselling. Une thèse se prépare actuellement qui abordera l'accompagnement psychologique des personnes atteintes de maladies graves (cancers, insuffisance rénale chronique) et une autre sur les sujets vivant avec le VIH.

Les personnes âgées doivent être respectées et occuper la place qui leur sied. L'âge ne doit pas être une tare mais surtout une somme d'expérience dont peuvent bénéficier les plus jeunes. Il faut surtout garder en vue que l'acte suicidaire est possible chez elles.

Concernant les femmes, il faudrait les amener à pouvoir poser leurs problèmes et être écoutées. Qu'elles puissent se sentir assez libres, assez valorisées dans les travaux domestiques qu'elles exercent le plus souvent. Que la menace de l'homme tout puissant pouvant la laisser vieille fille ou simplement la répudier ne pèse plus sur elle.

Il faudrait s'atteler à la mise sur pied d'un observatoire national du suicide et la création d'une ligne téléphonique SOS suicide.

Les centres d'écoute d'adolescents qui existent déjà doivent être multipliés

Les organisations de jeunes (Associations culturelles et sportives, groupes d'éclaireurs ou de scouts devront être mises à contribution afin que les

adolescents puissent y discuter sereinement et y apprendre à se créer un espace de parole là où ils en ont besoin.

Enfin, au niveau de la communauté mandingue, une enquête devra se faire surtout chez ceux concernés par l'émigration afin de comprendre les nombreux cas de tentatives de suicide rencontrés au sein de cette collectivité.

## **2- Prévention secondaire**

Une fois la tentative de suicide commise, le patient devra être acheminé d'abord vers un service d'urgence. Il faudra, une fois l'urgence levée, voir le patient avec sa famille afin que son appel ne soit pas sans réponse. C'est ce modèle de prise en charge qui se fait actuellement à l'Hôpital Principal et à ce jour, on ne note presque pas de récurrences.

## **3- Prévention tertiaire**

Les séquelles aussi bien physiques que psychologiques seront prises en charge.

# CONCLUSION

## CONCLUSION

Les tentatives de suicides constituent un problème préoccupant à travers le monde entier. Au Sénégal qui est un pays sous développé, ne disposant pas d'infrastructures sanitaires suffisantes, la prise en charge des suicidants s'avère très délicate.

Aussi, avons nous mené une étude descriptive transversale du 01 janvier 1992 au 30 novembre 1996 à l'hôpital Principal de Dakar.

Nos objectifs dans ce travail étaient de déterminer le profil épidémiologique des suicidants, les caractéristiques de la tentative de suicide et de dégager des stratégies de prévention.

### 1. Les suicidants

439 suicidants ont été admis à l'hôpital Principal pendant la durée de notre étude.

Les jeunes sont les plus concernés : plus de 50% de nos patients ont moins de 24 ans. Le plus jeune a 13 ans, le plus âgé 77 ans. 10 seulement ont plus de 50 ans.

Toutes les études réalisées en Afrique ont montré cette majorité de jeunes et l'incidence des problèmes liés à l'adolescence.

Les femmes représentent plus des 2/3 de notre série. Même si pour elles les guérisons sont importantes, un grand nombre parmi elles meurent ou gardent des séquelles après la tentative de suicide. Leur acte ne doit donc plus être considéré comme un chantage uniquement puisqu'elles peuvent en mourir.



Contrairement à ce que trouvaient les premiers travaux sur les suicides :

- Les métis (1,8%) et les européens (8%) de notre série ne font pas la majorité des suicidants.
- La deuxième place après les Wolofs n'est plus occupée par les sérères mais le grand groupe Mandingue(22,5%). Nous pensons au rôle joué par l'émigration vers les pays occidentaux avec souvent des jeunes écartelés entre deux cultures surtout au niveau des Soninkés.

Nos patients proviennent surtout des SICAP/HLM et centre ville (45,7%). Ces quartiers, surtout les SICAP et HLM étaient occupés pendant la période post coloniale par les premiers cadres de l'administration du pays. Ils constituaient l'élite privilégiée. De nos jours, ils se retrouvent à la retraite et souvent les enfants n'ont pas pu prendre la relève. Ceci entraîne des perturbations très importantes au niveau de la dynamique familiale.

## **2. La tentative de suicide**

La tentative de suicide se fait presque toujours au domicile (94%) dans notre série.

La désunion familiale est le motif le plus évoqué (47%). Ceci nous fait penser que la tentative de suicide serait un appel lancé à la famille qui se retrouve ainsi autour du suicidant.

Les maladies psychiatriques sont responsables de 26% des tentatives de suicide.

Les conflits, surtout du couple représentent 15% des motifs de suicide.

L'infection à VIH est responsable de 1,2% des tentatives de suicide.

Le moyen le plus utilisé est l'absorption orale de chloroquine(41,2%). De ce moyen découle soit la mort, soit une guérison sans séquelles : c'est la loi du tout ou rien. Les autres médicaments aussi sont beaucoup utilisés (38,7%).

L'absorption médicamenteuse est donc privilégiée lors des tentatives de suicide. Il faut noter que des toxiques traditionnels notamment le khémé (caustique utilisé en teinturerie et savonnerie) sont utilisés dans les tentatives de suicide.

Ces toxiques sont pourvoyeurs de décès par complications de lésions caustiques de l'œsophage.

Le maximum de tentatives de suicide se fait durant les mois de mai, juin et juillet qui correspondent, d'une part, aux examens scolaires et, d'autre part, aux grandes chaleurs où les populations vivent quasiment hors des maisons.

Au vu de ces données, nous pouvons constater que la tentative de suicide devient de plus en plus fréquente.

Une stratégie préventive efficace sera basée sur l'identification précoce d'un dysfonctionnement familial surtout si un adolescent est concerné. Ainsi, toute personne qui, dans sa pratique se trouve à l'écoute d'adolescents (médecins, psychologues, assistants et travailleurs sociaux, animateurs de collectivités de jeunes) doit être en mesure de déceler un appel, identifier un problème familial et le prendre en charge. Pour aider à cela, un groupe de thérapie familiale systémique a vu le jour à Dakar depuis 3 ans. Il réunit des psychiatres, psychologues, assistants et travailleurs sociaux, infirmiers qui s'initient à identifier et prendre en charge les problèmes familiaux.

Avec la vulgarisation des résultats de notre étude, les groupes de jeunes (ASC, mouvement d'éclaireurs, scouts) pourront constituer des cadres d'écoute où la solidarité sera renforcée. Ces cadres seront d'autant plus efficaces que leur période d'activités correspond au pic des tentatives de suicide.

La prévention portera aussi sur l'élargissement de la formation du personnel de santé en counselling pour qu'il puisse accompagner les personnes vivant avec le VIH et atteintes de maladies graves.

La prescription et la délivrance des médicaments devraient être plus rigoureuses.

Il faut aussi toujours penser à la possibilité de la tentative de suicide chez la personne âgée.

Toute tentative de suicide est à prendre au sérieux surtout celle des femmes qu'il ne faut plus prendre seulement pour un acte de chantage.

La création d'une ligne SOS suicide serait souhaitable.

Enfin, notre étude gagnerait à être complétée par une enquête portant sur la tentative de suicide au niveau de la communauté mandingue en particulier ceux touchés par l'émigration.

Une étude portant sur les récidives de tentatives de suicide est aussi à mener.

Avec la réouverture du service de réanimation de l'hôpital Le Dantec, nous pouvons nous attendre à une population plus représentative que celle de notre étude. La collaboration des structures sanitaires privées serait souhaitable.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

1. **ACHILLE-DELMAS F.**  
*Psychopathologie du suicide*, Paris, Alcan, 1932.
2. **BAECHLER J.**  
*Les suicides*, Paris, Calman Lévy (3<sup>ème</sup> ed.) 1975, 650 pages
3. **BEYE A.B.**  
*Nder en flammes*, Dakar, Nouvelles éditions africaines 1990, 90 pages.
4. **COLLOMB H., ZWINGELSTEIN J. ET PICA M. (1962)**  
Les conduites suicidaires à Dakar en milieu non africain. *Bull. et mém. De la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Dakar*, 10, 156-161.
5. **DAVIDSON F., PHILIPPE A.**  
Epidémiologie-statistique In *Suicides et conduites suicidaires*. Masson, Paris.
6. **DESHAIES G.**  
*Psychologie du suicide*, Paris PUF, 1947, 374 pages.
7. **DIOP M. (1961)**  
La dépression chez le noir africain. *Bulletin et Mémoire de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Dakar*, IX, 247-253. Repris dans *Psychopathologie africaine* (1967), III, 2 : 183-191.
8. **DOUCKAGA A.D.**  
*Tentatives de suicide : aspects psychopathologiques et épidémiologiques*.  
Mém. Du Diplôme d'Initiation à la Psychopathologie, Dakar, juillet 1995.
9. **DUCLoux M., BARBOTIN J.C., CUISINIER C., FERRECI ET J. DEMARCHI**  
Modalités, motivations et mortalités de 263 cas de tentatives d'autolyse observées en 5 ans à l'Hôpital Principal de Dakar. *Bull. Soc. Med. Afr. Noire Langue Française*, 1973, Tome XVIII (3) : 317-330.
10. **DURKHEIM E.**  
*Le suicide*. Etude de sociologie, Paris, Alcan 1897 (réed., Paris, PUF, 1960).
11. **ESQUIROL E.**  
*Des maladies mentales considérées sous les rapports médicaux, hygiénique et médico-légal*. J-B. Baillière, 1838.

**12 EUDIER F.**

Epidémiologie des gestes suicidaires. *Rev. Neuropsychiatrie - Ouest*, 1994, 115, 3-5.

**13. EY H.**

Le suicide pathologique. *Etudes psychiatriques*, Tome II, Paris, Desclée de Brouwer, 1948 p. 341-377.

**14. Freud S.**

a- Deuil et mélancolie (1917), *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. Idées, 1968, p. 147-174.

b- Au delà du principe du plaisir (1920), *Essais de psychanalyse*, Paris P.B. Payot, 1968, p. 7-81.

c- *Psychopathologie de la vie quotidienne*, 1901, Paris, P.B. Payot, 1969, 297 pp.

**15. HILLAL M.W.**

*Etude statistique des tentatives de suicide de 1968 à 1982 en milieu hospitalier dakarais*. Thèse méd. 1984 n° 66.

**16. JEFFREYS M.D.W.**

Samsonic suicide or suicide of revenge among africans. *African studies*, 11, pp 118-122 (1952).

**17. LE CORAN**

Chapitre des femmes, versets 29-30.

**18. MAYANDA H.F., SENG P., NZINGOULA S., NDEDET J.P.**

Tentatives de suicide et suicides de l'adolescent au CHU de Brazzaville (à propos de 93 cas). *Médecine d'Afrique Noire*, 1993 (127-129).

**19. MBOUSSOU M.L., MILEBOU-AUBUSSON**

Suicides et tentatives de suicides à la Fondation Jeanne Ebori - Libreville (Gabon). *Médecine tropicale*. Volume 49 n° 3 - juillet-septembre 1989.

**20. MPANIA P.M., KALULA K., MAWETE KEREMP**

Etudes psychopathologique des conduites suicidaires au CMPP de Kinshasa. *Psych. Med.*, 19, 14 (2563-2567), 1987.

**21. NDOYE O.**

La thérapie du Ndoep à la fin du XXème siècle : le cas d'une adolescente.  
*Texte non publié.*

**22. OUÉDRAOGO T.L., OUÉDRAOGO A., COMPAORÉ R.**

Les tentatives de suicide en milieu africain à Ouagadougou, Burkina Faso.  
*Synapse*, 1996.

**23. PANIZZO E.**

Study on suicide attempts analysed in the psychiatric ward of Maputo Central Hospital in 1990 : psychological considerations. *Psychopathologie africaine*, 1994, 1, 109-120.

**24. RACAMIER**

La suicidose in « *le génie des origines* ». Paris, Payot, 1992, pp 84-91.

**25. SALL I.**

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

**26. SOW D.**

*Les conduites auto-agressives - suicides et automutilations au Sénégal.*  
Dakar, Thèse Méd. Dakar 1962, n° 6.

**27. SYLLA A.**

*Le peuple lébou del apresqu'Ile du Cap-Vert*, Dakar, NEA, 1992, 135 pages.

**28. VÉDRINNE J., SOREL P., WEBER D.**

Sémiologie des conduites suicidaires. *EMC* (1) 37, 114 - 1. 80 1996, 8 p.

**29. VOISIN A.**

*Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1883.

# ANNEXES



# TENTATIVE DE SUICIDE

## ENQUÊTE MULTICENTRIQUE

**Intitulé de la formation hospitalière :** \_\_\_\_\_/

**Identifiant** (1ère lettre du nom) : /\_\_\_/ et prénom en entier : \_\_\_\_\_/

**N° de l'observation** : (= ordre chronologique par rapport au début de cette enquête, ex : 001) \_\_\_\_\_/

**Age** : \_\_\_\_\_/

**Sexe** (M ou F) : \_\_\_\_\_/

**Religion** (Musul = 1, Chr = 2, Sans = 3, Autre = 4) /\_\_\_/

**Situat. matrimoniale** (Célib. = 1, Marié = 2, Divorcé = 3, Veuf = 4, Autres = 5) \_\_\_\_\_/

**Ethnie** (Woloff, Sérère...): \_\_\_\_\_/

**Domicile** (ville et quartier): \_\_\_\_\_/

**Profession** : \_\_\_\_\_/

**Niveau d'étude** : \_\_\_\_\_/

**Date** : Jour /\_\_\_/\_\_\_/ Mois /\_\_\_/\_\_\_/ Année /\_\_\_/\_\_\_/

**Heure d'admission** : Heures /\_\_\_/\_\_\_/ Minutes /\_\_\_/\_\_\_/

**Heure de la découverte de la TS** : Heures /\_\_\_/\_\_\_/

**Lieu de la TS** (domicile, lieu de travail, etc...): \_\_\_\_\_/

**Mode de la TS** : \_\_\_\_\_/

- médicaments = 01, produits industriels = 02, toxiques végétaux/traditionnels = 03  
- moyens physiques (noyade = 04, pendaison = 05, arme à feu = 06, arme blanche = 07, feu = 08, puits = 09, autre = 10)

Si mode de la TS = 10, veuillez préciser : \_\_\_\_\_/

**Traitement de la TS avant hospitalisation** : (O ou N) \_\_\_\_\_/

et si oui, lequel : \_\_\_\_\_/

**Amené par** (spontané = 1, police = 2, sapeurs = 3, famille = 4, amis = 5, autres = 6)

Si autres, veuillez préciser : \_\_\_\_\_/

**Prise en charge aux urgences** :

- gestes d'urgence (lavage, perfusion, sutures,...), veuillez préciser : \_\_\_\_\_/

- consultation psy. (O/N): \_\_\_\_\_/ lieu : \_\_\_\_\_/

- hospitalisation (O/N): \_\_\_\_\_/ lieu : \_\_\_\_\_/

- autres : \_\_\_\_\_/

**Evolution** :

- somatique (guéri = 1, DCD = 2, séquelles = 3) : \_\_\_\_\_/

si séquelles, veuillez préciser : \_\_\_\_\_/

- diagnostic psy. (pathologie psychiatrique = 1, dysfonctionnement familial = 2, professionnel = 3, scolaire = 4, autres = 5) : \_\_\_\_\_/

si autres, veuillez préciser : \_\_\_\_\_/

## Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette École, et de mes Chers Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

**Vu**  
**Le Président de Jury**

**Vu**  
**Le Doyen**

**Vu et permis d'imprimer**  
**Le Recteur de L'université Cheikh Anta Diop de Dakar**